

même vu récemment que l'herpès génital peut retentir sur les ganglions inguinaux (1).

Dans ces cas, je considère comme très important de rechercher avec soin les caractères suivants, dont je vous ai montré la grande utilité sur un bon nombre de malades de mes salles des femmes et des hommes, signe qui n'a pas été indiqué, que je sache, par les auteurs. (J'ai publié sur ce sujet une note dans le *Journal des connaissances médicales* : H. Leloir, sur « deux caractères cliniques d'une grande utilité au point de vue du diagnostic du chancre syphilitique avec l'herpès, etc. (*Journal des connaissances médicales*, 3 avril 1885).

Voici ces signes :

Prenez un chancre nain, pressez-le entre vos doigts aussi longtemps que vous voudrez, vous ne ferez pas sourdre plus de liquide à sa surface qu'il n'y en a ordinairement. C'est à peine si cette surface sera vernissée par une mince couche de liquide.

Prenez au contraire une érosion d'herpès, d'herpès solitaire dans le cas actuel, pressez-la entre vos doigts, et vous ferez sourdre à sa surface une gouttelette d'un liquide séreux, transparent, de couleur ambrée, analogue à la sérosité de certains eczémats. Essuyez cette gouttelette, pressez de nouveau, vous ne tarderez pas à voir sourdre une nouvelle gouttelette de liquide. Essuyez encore, puis pressez encore, nouvelle gouttelette. Et ainsi de suite. Ceci, Messieurs, vous ne l'observerez pas dans le chancre, dans la variété de chancre nain qui peut être confondue avec cette variété d'herpès solitaire chancriforme.

(1) Dans plusieurs cas il a produit un engorgement ganglionnaire non douloureux, multiple, mais ne présentant pas peut-être la dureté spécifique de l'adénopathie du chancre infectant. Dans un cas, chez une femme de notre salle Saint-Gôme, il a produit une adénopathie suppurée du pli inguinal droit.

Donc, dans le chancre, pas ou peu de suintement, ce suintement n'est pas exagéré par la pression, une fois essuyé, il ne se reproduit qu'avec la plus grande difficulté. Dans l'herpès, au contraire, suintement ; suintement bien plus abondant, augmenté par la pression et se reproduisant abondamment par la pression un grand nombre de fois. Vous pouvez vous-mêmes juger de la valeur de ce signe sur les malades que je fais passer devant vous.

Ce fait me semble pouvoir être interprété histologiquement de la façon suivante. Dans l'herpès, par suite de l'hyperémie neuro-paralytique, il y a œdème hyperémique localisé et plus ou moins accentué du derme, parfois de l'hypoderme, etc., dilatation vasculaire. Dans le chancre, rien de semblable, il y a néoplasme dur avec sclérose vasculaire parfois. Donc, dans l'herpès, lorsque vous comprimez la base de la lésion élémentaire, vous faites sourdre à la surface de l'érosion le liquide de l'œdème localisé du tégument, le suc de la lésion, si j'ose m'exprimer ainsi. Dans le chancre au contraire, rien de semblable, il n'y a pas de liquide d'œdème, il n'y a pas de suc que vous puissiez exprimer à la surface de la lésion, il n'y a qu'un néoplasme dur, résistant, incompressible et sans suc exprimable pour ainsi dire (1).

Parfois, Messieurs, ainsi que vous l'avez vu chez quelques malades de nos salles, l'œdème localisé du derme peut produire sous l'érosion herpétique, une sorte d'induration simulant de très près l'induration superficielle de certains chancres nains, induration dont la limitation peut très bien induire le clinicien en

(1) Lorsque le chancre syphilitique repose sur un tissu œdématisé, comme vous l'avez vu dans plusieurs cas de chancre du prépuce, le liquide de l'œdème suinte par l'érosion chancreuse. C'est là une cause d'erreur de diagnostic dont il faut se méfier, comme je vous l'ai déjà dit.

erreur. Mais si vous saisissez entre les doigts cette pseudo-induration de l'herpès vous arrivez, au bout de quelque temps, par une pression forte et prolongée à la malaxer, à la modeler pour ainsi dire entre vos doigts, à la déformer, à l'aplatir. Saissez au contraire l'induration du chancre, serrez-la autant et aussi longtemps que vous voudrez, vous n'arriverez pas à la modeler, vous ne la déformerez pas. On pourrait donner à ces signes le nom de « *signes de l'expression du suc.* » Les signes précédents dont je viens de vous donner la raison anatomo-pathologique, sont applicables au diagnostic de tous les syphilômes avec certaines lésions de la peau pouvant les simuler, ainsi que je l'ai montré dans une note sur la nature et l'anatomie pathologique de l'érythème polymorphe publiée en avril 1884 à la Société anatomique. (*Progrès médical*, 1884).

Enfin, Messieurs, parfois la biopsie, en vous permettant de faire l'examen histologique de la lésion, vous sera d'une certaine utilité au point de vue du diagnostic différentiel. Remarquons en passant que, *contrairement à ce que nous avons vu pour le chancre simple, l'examen des produits de raclage de la surface de l'érosion ne pourra pas vous servir dans ce diagnostic différentiel.* Car, dans le chancre syphilitique gris, de même que dans l'érosion herpétique grise, il y a formation d'un réticulum épithélial par altération cavitaire à la surface de l'érosion.

Après cette longue étude, Messieurs, vous pourriez vous croire en droit de poser toujours d'une façon absolue le diagnostic du chancre. Eh bien, n'oubliez pas que le syphilôme primaire *singe* bien des lésions et que bien des lésions *singent* le syphilôme primaire. N'oubliez pas, surtout s'il s'agit d'un cas de médecine légale, que, ainsi que l'a bien dit Fournier, « on ne peut poser le diagnostic du chancre par le chancre. » Les caractères de l'adénopathie eux-mêmes ne suffisent pas non plus, comme nous le verrons, pour poser ce diag-

nostic. En un mot, méfiez-vous, et si l'on demandait de vous un certificat médico-légal, attendez avant de donner votre opinion l'explosion des accidents secondaires.

## ONZIÈME LEÇON.

SOMMAIRE. — *Les lymphatiques à la période du syphilôme primaire. (Adénopathies, lymphangites primaires). — Marche du virus syphilitique. — Racines du chancre.*

A. — *Des adénopathies primaires.* Fréquence ; Date d'apparition ; siège ; nombre ; volume ; consistance ; indolence ; aplegmiasie. — Adénopathies anormales dans leur aspect et leur évolution (Exemples). — Où s'arrête l'adénopathie primaire ? Envahissement successif et de proche en proche des ganglions (Exemples). — Persistance de l'adénopathie. — Importance diagnostique de l'adénopathie ; lorsque le chancre existe encore ; lorsque le chancre a disparu (Exemples).

B. — *Des lymphangites primaires.* — Fréquence ; siège, caractères cliniques. — Sont-elles spéciales aux chancres des organes génitaux ? — Lymphangites des gros vaisseaux lymphatiques. — Lymphangites réticulaires. — Œdème lymphangitique. — Ces lymphangites sont presque toujours aplegmiasiques. — Comparaison clinique et anatomo-pathologique entre les lésions des lymphatiques à la période du syphilôme primaire et les lésions des lymphatiques aux périodes ultérieures de la syphilis (Exemples).

C. — *Marche du virus syphilitique.* — Comparaison entre la marche du virus syphilitique et la marche du virus tuberculeux dans les expériences d'inoculation. — Le syphilôme primaire est-il un accident local, un foyer virulent où s'élabore le virus ou non ? — *Racines du chancre :* — Lymphatiques ; vasculaires sanguines ; conjonctives. — L'organisme est-il infecté d'une façon générale dans les premiers jours de l'apparition du syphilôme primaire ? — Discussion.

Messieurs,

Voici donc le chancre étudié complètement et suivi dans son évolution. Après l'étude du chancre vient celle de son satellite fatal, l'*adénopathie*.

A. Messieurs, l'adénopathie n'est pas une complication survenant par hasard, c'est au contraire le corollaire, le satellite fatal, obligé, nécessaire du chancre. Cette adénopathie s'accompagne fréquemment de *lésions des vaisseaux lymphatiques*, que nous aurons également à étudier.

L'ADÉNOPATHIE, a dit Ricord, accompagne aussi fatalement le chancre que l'ombre suit le corps. En effet, Messieurs, l'adénopathie peut être considérée comme constante ou du moins presque constante. Jullien, en réunissant plusieurs statistiques, nous montre que l'adénopathie a manqué, ou pour mieux dire n'a pas été constatée, seulement 37 fois sur 1367 chancres. Il est très difficile de déterminer d'une façon précise la date d'apparition de l'adénopathie. D'après Fournier elle se montre en général dans le deuxième septenaire qui suit le chancre. Peut-être, et cela paraît probable, se montre-t-elle plus tôt ; mais, en tous cas, elle n'est guère appréciable avant le septième jour. Il m'est arrivé plusieurs fois de voir des malades, et des malades très maigres (par conséquent chez lesquels l'exploration des ganglions était facile) au troisième ou quatrième jour de leur chancre. Ils n'avaient pas d'adénopathie inguinale.

*Siège.* — L'adénopathie se montre au niveau des ganglions où se rendent les lymphatiques partant de la région où siège le chancre. Ainsi par exemple, comme vous l'avez constaté dans nos salles, c'est au niveau des ganglions inguinaux qu'il faut chercher l'adénopathie des chancres des organes génitaux. C'est au niveau des ganglions sous-maxillaires que siège l'adénopathie d'un chancre de la lèvre. C'est à l'épitrôchlée que siège l'adénopathie des chancres de la main.

Chez un étudiant dont je vous ai déjà parlé, c'est au creux poplité que se trouvait un gros ganglion lequel

m'a fait découvrir un chancre situé entre les orteils. — Où siègeait l'adénopathie des chancres du sein chez les malades de notre service? C'était à l'aisselle... Je pourrais multiplier ces exemples.

Messieurs, cette adénopathie primaire est en général une adénopathie poly-ganglionnaire. D'où le nom de pléiade que lui a donné Ricord. Chez les malades que je vous présente atteints de chancres de la verge, vous voyez que l'adénopathie inguinale se présente sous forme d'un chapelet de trois à six ganglions. Mais vous concevez bien que, selon la juste remarque de Fournier, l'adénopathie est fatalement monoganglionnaire, dans les régions où un seul ganglion est l'aboutissant exclusif d'un seul département tégumentaire.

Chez la petite fille que je vous présente atteinte d'un chancre de la commissure labiale, il n'existe qu'un seul ganglion sous-maxillaire, mais en revanche ce ganglion est volumineux. D'ailleurs, dans la pléiade ganglionnaire il y a presque toujours un ganglion plus volumineux que les autres. C'est sans doute le ganglion où aboutissent directement les vaisseaux lymphatiques partant du chancre, c'est le ganglion anatomique de Ricord.

Quant au *volume* de cette adénopathie, c'est, comme le dit Fournier, une adénopathie minime ou moyenne comme développement si on la compare aux ganglions de la strume, du cancer, de l'adénie, etc. Le volume du ganglion oscille entre celui d'un gros pois, d'une noisette, d'un œuf de pigeon. Parfois, ces ganglions peuvent être beaucoup plus gros, tel est le cas d'un homme de notre salle des vénériens, qui présentait des ganglions inguinaux gros comme des œufs de poule. Les adénopathies sous-maxillaires sont souvent volumineuses, tel est le cas de cette petite fille que je vous présente, qui porte un ganglion sous-maxillaire unique, mais gros comme une mandarine. Vous avez vu des

ganglions de l'aisselle, consécutifs à des chancres du sein, gros comme de petites oranges.

La *consistance* de cette adénopathie présente quelque chose d'assez caractéristique. C'est une dureté *sui generis*, cartilagineuse, chondroïde, élastique. On croirait, dit Ricord, l'induration du chancre transportée dans les ganglions. Et en effet, Messieurs, il s'agit bien ici d'un syphilôme, d'un syphilôme ganglionnaire. Toutefois, ne vous abusez pas sur la valeur de cette consistance. Cette dureté ne présente qu'une valeur diagnostique relative; elle peut ne pas être nette chez les syphilitiques, et d'autre part vous avez souvent constaté dans nos salles des adénopathies de consistance presque similaire chez des sujets nullement syphilitiques.

Les ganglions sont indépendants les uns des autres et des tissus voisins. Ils roulent sous le doigt. Cela tient à l'absence de réaction inflammatoire ambiante. Il ne s'agit pas ici d'inflammation ganglionnaire spécifique, mais de syphilôme ganglionnaire. Cette adénopathie est indolente. Il n'existe à son niveau ni douleur spontanée, ni douleur provoquée. Aussi les malades ignorent-ils souvent l'existence de cette adénopathie, aussi faut-il la chercher pour la trouver.

En effet, Messieurs, cette adénopathie est une adénopathie aphlegmasique. Elle ne s'accompagne ni de rougeur, ni de douleur, ni de chaleur, elle n'aboutit pas à la suppuration. Je le répète encore, c'est un syphilôme ganglionnaire, ce n'est pas une inflammation du ganglion. Cette absence de phénomènes inflammatoires explique l'absence d'adhérence, l'indépendance des ganglions qui roulent sous le doigt, l'absence de suppuration et de douleurs, la dureté spéciale de l'adénopathie, etc. De tout ceci résulte un fait d'une grande valeur diagnostique : le bubon suppuré témoigne contre l'hypothèse syphilis, contrairement à ce que pensent les malades.

Tels sont les caractères ordinaires, j'oserais presque dire constants, du syphilôme ganglionnaire primaire.

Cependant, dans certains cas, cette adénopathie peut se présenter sous un aspect anormal. L'adénopathie peut manquer ou, pour mieux dire, ne pas être constatée. Nous avons vu qu'elle n'a pas été constatée dans 37 cas sur 1367. Dans ces observations, il faut distinguer, car l'absence de constatation n'est pas la même chose qu'absence d'adénopathie. Or l'adénopathie peut échapper par suite de l'état lymphatique du malade dont les ganglions étaient engorgés antérieurement. Elle peut échapper par suite de l'embonpoint excessif de certains sujets. Le phagédénisme et d'autres accidents inflammatoires peuvent en outre masquer l'adénopathie. Mais dans certains cas (3 fois sur 265), l'adénopathie a manqué totalement (Fournier). Y aurait-il eu dans ces faits absorption directe du virus syphilitique par le sang? Il serait intéressant d'étudier avec soin dans des cas analogues la date d'apparition et l'évolution ultérieure des accidents secondaires. Nous y reviendrons.

*L'adénopathie peut être anormale* par son volume. Elle peut être minuscule. Elle peut être énorme. Les ganglions peuvent devenir gros comme des oranges. Vous l'avez constaté chez quelques-uns de nos malades, et en même temps vous avez pu observer que parfois ces ganglions devenaient douloureux et tendaient à s'enflammer. Je vous ferai remarquer en passant que le volume de l'adénopathie n'est pas toujours en rapport direct avec celui du chancre. Je vous ai montré récemment un malade atteint d'un chancre nain de la verge, et qui présentait une adénopathie inguinale considérable (1). On voit quelquefois les ganglions se grouper en une masse constituée par plusieurs ganglions

(1) Les ganglions étaient gros comme des œufs de dindon. Cas du n° 315 du *Recueil d'observations, service hommes*.

réunis entre eux par des cordons lymphatiques très épais, comme l'a bien montré Bassereau.

Très rarement, mais vous en avez pu voir cependant quelques exemples (N° 266 du recueil d'observations, hommes), les ganglions peuvent s'enflammer et suppurer. Cette inflammation simple se montre à la suite d'irritations diverses (marche, fatigue exagérée, irritation du chancre, herpès, blennorrhagie, etc.). C'est, en somme une adénite inflammatoire simple, greffée sur un syphilôme ganglionnaire. Cette adénite inflammatoire simple peut ne pas s'abcéder. Dans d'autres cas, il se fait une suppuration ganglionnaire qui évoluera absolument comme une adénite suppurée ordinaire.

Parfois les ganglions syphilitiques pourront s'abcéder parce que le chancre est un chancre mixte, ce ne sera alors que l'adénite du chancre simple, greffée sur un syphilôme ganglionnaire. Cette adénite du chancre simple pourra donc, comme les adénites chancrélleuses, être inflammatoire simple ou chancreuse.

Chez les scrofuleux, les ganglions lymphatiques se réunissent quelquefois en masses volumineuses. Puis ces ganglions se ramollissent, perdent leur dureté. Ils finissent souvent par s'abcéder, s'ouvrir à l'extérieur, laissant à leur suite des fistules, des orifices sécrétant pendant longtemps un pus de mauvais aspect. C'est le ganglion syphilitico-strumeux. Ce sont les écoulements syphilitiques de quelques médecins. Il serait intéressant de rechercher si le pus qui s'écoule de ces écoulements peut être inoculable en série aux animaux, et s'il contient des bacilles. J'en ai vu il y a quelques années, plusieurs exemples intéressants. Dans un cas même, ces écoulements bi-inguinaux, accompagnés de fistules, d'engorgements des ganglions iliaques, etc., nécessitèrent une opération chirurgicale grave qui fut pratiquée par mon ami le D<sup>r</sup> Reverdin (de Genève).

Messieurs, on a beaucoup discuté pour savoir si l'adénopathie primaire se limite au premier groupe de gan-

glions où aboutissent les lymphatiques partant du chancre. Cette discussion est réellement oiseuse. La clinique, l'analogie, l'expérimentation, la pathologie générale, tout nous porte à croire que cet envahissement ganglionnaire se fait successivement et de proche en proche. D'ailleurs, dans trois autopsies, Fournier a pu prouver anatomiquement que l'adénopathie primaire de chancres génitaux ne s'était pas limitée seulement aux ganglions inguinaux, mais avait envahi les ganglions iliaques. (Cependant, il faut remarquer, comme le dit Jullien d'après une statistique de Horteloup, que les ganglions iliaques sont assez souvent pris chez des sujets non syphilitiques.)

J'ai vu en 1879, dans le service de mon maître Lailier, un malade atteint de chancre infectant de la verge chez lequel survint, pendant la période primaire, un engorgement tellement considérable des ganglions iliaques, que cette tumeur, grosse comme une tête de fœtus, simulait par son aspect une tumeur maligne du bassin et fut même prise pour telle par quelques chirurgiens. Il me paraît certain que cet envahissement des ganglions lymphatiques se fait de proche en proche. J'ai vu des cas de chancres céphaliques où les ganglions des régions sus-claviculaires ou sterno-mastoïdiennes paraissaient se prendre les uns après les autres, un à un, comme si le virus syphilitique était passé lentement et successivement d'un ganglion dans l'autre.

L'évolution du syphilôme ganglionnaire primaire est très lente, beaucoup plus lente que celle du chancre ; c'est-à-dire que le chancre étant disparu depuis longtemps, l'adénopathie primaire persiste encore avec tous ses caractères. En général, vous trouverez encore l'adénopathie primaire deux, trois et même six mois après la disparition du chancre, comme vous pouvez le constater sur la série de malades que je vous présente. Voici même d'autres malades chez lesquels l'adénopathie pri-

maire persiste encore huit mois, onze mois et même trente mois après la disparition du chancre.

Vous concevez de quelle importance diagnostique est la persistance de ce compagnon fatal, qui survit au chancre. — Au bout d'un temps variable, lentement, spontanément, d'une façon latente, on voit diminuer, se résorber et finalement disparaître, le syphilôme ganglionnaire.

*L'adénopathie primaire présente donc une importance diagnostique considérable. Ici nous devons distinguer deux cas :*

1° *Lorsque le chancre existe encore, elle peut être d'une grande importance diagnostique, soit que le chancre se trouve masqué par suite de son siège même, soit qu'il se trouve masqué par d'autres lésions. C'est ainsi que l'adénopathie sous-maxillaire pourra vous mettre sur la trace d'un chancre céphalique plus ou moins dissimulé. C'est ainsi que, cherchant en vain le chancre ou son vestige chez un étudiant en médecine, couvert de syphilides cutanées et muqueuses précoces, ce fut un gros ganglion du creux poplité qui me fit demander au jeune homme d'enlever bottine et chaussette, et me fit découvrir entre deux orteils un magnifique chancre cutané passé complètement inaperçu. Vous avez vu plusieurs fois dans le service l'engorgement caractéristique des ganglions inguinaux nous faire émettre le diagnostic « chancre infectant probable » chez des malades dont les chancres du gland se trouvaient masqués par un phimosis avec œdème considérable du prépuce. Dans d'autres cas, bien que le chancre soit vu, on hésite. L'examen des ganglions vient souvent enlever toute hésitation. Dernièrement encore, l'un de vous hésitant devant une petite érosion de la verge, qu'il prenait pour une chancelle, fut étonné de me voir poser le diagnostic de chancre infectant d'après l'état des ganglions.*

C'est ainsi que des médecins atteints de chancres du doigt feraient bien de tâter leurs ganglions épitrochléens avant de considérer leurs lésions comme une prétendue tournoie. C'est ainsi encore que le chirurgien dont je vous ai parlé déjà n'aurait pas pris et opéré pour une fistule lacrymale un chancre de l'angle de l'œil. Il est vrai que ce chirurgien semblait ignorer la valeur diagnostique de l'adénopathie primaire, puisqu'il incisa en outre un gros ganglion parotidien, secondaire à ce chancre de l'œil.

2° Le chancre disparu, l'adénopathie primaire constitue un signe d'une grande importance diagnostique. C'est, selon la remarque de Fournier, un témoin posthume du chancre. C'est l'adénopathie qui nous fait dire qu'un chancre a dû siéger dans telles régions tégumentaires dont les lymphatiques aboutissent à tels groupes ganglionnaires. Vous en avez vu cette année de beaux cas dans le service. Vous vous souvenez de ce petit garçon chez lequel l'engorgement des ganglions inguinaux nous a mis sur la trace d'un chancre anal; vous vous souvenez de ce boulanger couvert de syphilides papulo-crustacées qui niait tout chancre avec la meilleure foi du monde, et chez lequel l'engorgement de quelques ganglions de l'aîne nous montra qu'il avait eu il y a quelque temps un chancre du prépuce. Chez la petite fille de notre salle Saint-Henri que je vous présente, c'est un gros ganglion sous-maxillaire qui nous a montré la porte d'entrée du virus syphilitique au niveau de la commissure labiale gauche, et qui nous a permis de découvrir que cette petite fille avait été infectée en buvant dans un bol souillé par les lèvres couvertes de plaques muqueuses d'une de ses camarades d'atelier. — Le recueil d'observations du service contient bien d'autres faits de ce genre. Je termine cette série d'exemples par l'anecdote suivante, tirée de ma pratique privée. Un client vient il y a quelque temps me

trouver, le tronc couvert d'une roséole confluyente, etc. Il n'a, dit-il, jamais eu de chancre. Je l'examine des pieds à la tête; de chancre, nul vestige. Je vais à la chasse aux ganglions. Je trouve un gros ganglion sous-maxillaire, dur, roulant sous le doigt, et je finis ainsi par trouver un chancre de la gencive.

Donc, Messieurs, n'oubliez pas ce précepte de Ricord, allez à la chasse aux ganglions.

*B. Lymphangites.* — Messieurs, ce ne sont pas seulement les ganglions où se rendent les vaisseaux lymphatiques partant de la région où siège le chancre qui se trouvent pris à la période primaire. Vous concevez très bien que, théoriquement, les vaisseaux lymphatiques qui conduisent le virus du chancre aux ganglions doivent être pris. En effet, ces lymphangites sont assez fréquemment perceptibles cliniquement pendant la durée du premier syphilôme, et peuvent même persister après lui. Si ces lymphangites ne sont pas cependant aussi constamment perceptibles *cliniquement* que l'est l'adénopathie primaire, il n'en résulte pas pour cela qu'elles manquent au point de vue anatomique; elles sont seulement tellement minimes qu'elles échappent à nos sens.

Les lymphangites partant du chancre se rencontrent une fois sur cinq, a dit Bassereau. Il me paraît probable que leur fréquence aurait été considérée comme plus grande par ce grand syphilographe, s'il avait aussi compté dans ses statistiques les *lymphangites réticulées* et les *œdèmes lymphangitiques*. Ces lymphangites se rencontrent surtout dans le cas de chancres des organes génitaux. Cependant elles s'observent aussi dans les chancres d'autres régions du corps. Et je me souviens avoir vu, en 1878, quand j'avais l'honneur d'être interne de mon maître le professeur Vulpian à l'hôpital de la Charité, un chancre infectant du dos de la main, accompagné de deux beaux cordons lymphan-

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 nouures 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'étau 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 trainées 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

les 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 aphlegmasiques. 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'ils 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<sup>o</sup> 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<sup>r</sup> 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 compagnés 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, Kirchofer, 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<sup>o</sup> *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 doit 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 Ponfick dans certaines tuberculoses miliaires aiguës.

patriote, le regretté Küss (de Strasbourg). Les indurations de voisinage, certains syphilômes chancriformes 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?