

ADÉNOPATHIES et LYMPHANGITES SECONDAIRES.

La réaction du germe infectieux sur le système lymphatique commence avec le chancre, comme nous l'avons vu par ce qui précède, pour se continuer ultérieurement au cours de la période secondaire. Seulement, au cours de cette période, elle se modifie d'allure. Avec le chancre, elle semblait constituée par des adénopathies locales, symptomatiques d'une infection locale. Dans la période secondaire, inversement, elle se traduit par des adénopathies qui dérivent manifestement, par le fait même de leur dissémination, voire parfois de leur généralisation, d'une infection générale, d'une véritable « syphiloémie », suivant le mot du P^r de Amicis.

Fréquence. — La syphilose secondaire du système lymphatique constitue un ordre de manifestations des plus communes. Il n'y aurait que peu d'exagération à la dire constante, tant il est rare de la voir faire absolument défaut. A coup sûr, en tout cas, la syphilis est du nombre des maladies qui influencent le plus activement le système ganglionnaire. A coup sûr, également, c'est au cours de la période secondaire qu'elle l'influence de la façon la plus fréquente et la plus intense, relativement surtout à ce qui se produit dans la période tertiaire, où les accidents de ce genre sont incomparablement plus rares.

Il est vrai que l'intensité de ces manifestations secondaires vers le système lymphatique est extrêmement variable d'un sujet à un autre. Ainsi, à prendre les deux extrêmes, il est des cas où les adénopathies secondaires sont réellement importantes et par leur multiplicité et par leur volume; et il en est d'autres où elles restent à la fois si peu nombreuses et si minimes que les malades peuvent ne pas même s'en apercevoir. Pourquoi ces différences, et de quelles raisons pathogéniques dérivent-elles? Cela, jusqu'à ce jour, nous a échappé complètement.

Échéance d'apparition. — C'est au début même de la période secondaire que se fait ou tout au moins que se révèle cette prise de possession du système lymphatique par la syphilis. A cette époque il se produit vers ce système un grand mouvement de prolifération, sans doute préparé depuis un certain temps par un processus silencieux. Quoi qu'il en soit, c'est en coïncidence avec les premières poussées éruptives secondaires, quelquefois même un peu auparavant, qu'on voit poindre de divers côtés des adénopathies spéciales, notamment, à ne parler que des plus communes, celles qui ont pour siège la région de la nuque, les apophyses mastoïdes, le cou, la région sus-épitrochléenne, etc. Et c'est peu de temps après, vers l'époque où les dermatoses secondaires battent leur plein, que cette prolifération ganglionnaire atteint son apogée.

Des adénopathies secondaires, toutefois, peuvent se manifester à une époque plus tardive; mais elles restent alors isolées. En tout cas elles deviennent de plus en plus rares à mesure que la maladie s'éloigne de son début.

Division. — La réaction infectieuse de la syphilis s'exerce, mais avec une très grande inégalité de fréquence, soit sur les ganglions, soit sur les cordons lymphatiques. Ainsi que je viens de le dire, les adénopathies secondaires sont extraordinairement communes; tout au contraire les lymphangites ou, pour parler plus exactement, les lymphopathies secondaires sont relativement rares.

I. — ADÉNOPATHIES. — *Siège.* — Deux points à noter relativement aux localisations de ces adénopathies secondaires.

Le premier, c'est que le système ganglionnaire n'est jamais envahi tout entier, c'est-à-dire dans tous ses districts. La clinique nous le présente seulement affecté dans un certain nombre de ses ganglions, et de ses ganglions superficiels, sous-cutanés. — Nous manquons encore d'autopsies en nombre suffisant pour juger de l'état des ganglions profonds au cours de la période secondaire. On les dit « épargnés ou relativement épargnés à cette période »; mais cela demande vérification.

Le second point, plus curieux, disons même extraordinaire, consiste dans la *prédilection de la syphilis secondaire pour certains ganglions* qu'elle affecte de préférence à tous les autres. Prédilection que de rechef et à dessein je qualifie d'extraordinaire en ce qu'elle n'est en rien motivée, au moins dans la plupart des cas. Ainsi, il est trois groupes de ganglions qui sont intéressés par la syphilis secondaire avec une énorme supériorité de fréquence par rapport à tous les autres, à savoir :

- Les ganglions cervicaux postérieurs;
- Les ganglions cervicaux antérieurs;
- Et les ganglions épitrochléens.

Tous les autres ganglions, tels que ceux des aines, des aisselles, des creux poplités, etc., peuvent être dits presque épargnés relativement à ceux dont il vient d'être question.

1. — Parmi ces ganglions *préférés* de la syphilis, sur lesquels besoin est d'insister, se placent au premier rang et sans conteste les **ganglions cervicaux postérieurs**. Ceux-ci se répartissent en trois groupes qui correspondent aux diverses adénopathies suivantes :

1^o Adénopathie *cervicale postérieure* proprement dite, constituée par les ganglions situés sur les parties postéro-latérales du cou, dans la rainure du trapèze;

2^o Adénopathie *sous-occipitale*, constituée par les ganglions sous-occipitaux, lesquels sont situés à la partie postéro-inférieure du crâne, à la base même de l'occiput;

3° Adénopathie *mastoïdienne*, constituée par les ganglions mastoïdiens. — Relégués derrière l'oreille et beaucoup moins volumineux que les précédents, ceux-ci forment au niveau même de l'apophyse mastoïde de petits soulèvements hémisphériques ou semi-ovoïdes, comparables tout au plus à des moitiés de noyaux de cerise ou à des grains de grenade.

Ces trois variétés d'adénopathies coexistent chez nombre de malades; chez d'autres, il n'en existe que deux ou même une seule, et celle-ci, presque invariablement, est la cervicale postérieure.

Cette adénopathie cervicale postérieure est tellement commune qu'elle est devenue un signe banal de syphilis. Voyez un médecin interroger un malade; au premier soupçon de syphilis, il ne manquera jamais de courir droit aux ganglions cervicaux postérieurs; et ce n'est pas sans raison, car il espère trouver là et il trouvera là dans la plupart des cas un élément sémiologique qui certes n'est pas sans valeur.

ii. — Les *adénopathies cervicales antérieures* se subdivisent de même en plusieurs groupes.

Les plus communes sont les adénopathies *péri-pharyngées*. Celles-ci sont placées sur les côtés du pharynx, au-devant du muscle sterno-mastoïdien. — Disons par avance qu'elles semblent expliquées en nombre de cas par les syphilides de la gorge.

Notablement plus rares sont les adénopathies *sus-hyoïdiennes*, situées au niveau ou au-dessus de l'os hyoïde, et les adénopathies *cervicales inférieures* siégeant sur les parties inféro-latérales du cou.

A ce groupe il faut adjoindre encore les adénopathies *sous-maxillaires*, le plus souvent symptomatiques de lésions spécifiques de la bouche.

iii. — Moins fréquente, mais bien autrement curieuse, en raison de sa singularité de siège et de l'absence de toute raison propre à l'expliquer, est l'*adénopathie épitrochléenne*. Celle-ci siège à la partie inférieure et interne du bras, le long du bord interne du biceps et à quelques centimètres au-dessus de l'épitrochlée. — D'après de Amicis, elle se rencontrerait presque dans le quart des cas, d'une façon contemporaine avec les adénopathies usuelles de la syphilis secondaire.

Elle est susceptible de quelques variétés. Ainsi, elle peut être unilatérale ou bilatérale; — elle peut être constituée par un ganglion unique ou bien, ce qui est beaucoup plus rare, par deux ou trois ganglions.

Pathogénie. — On a longuement discuté sur la *pathogénie* des adénopathies secondaires. Pour les uns, ces adénopathies seraient toujours *symptomatiques*, c'est-à-dire provoquées par des lésions du tégument cutané ou muqueux. Pour les autres, elles seraient plus spécialement ou exclusivement même *idiopathiques*, c'est-à-dire

déterminées directement par la diathèse et non par des manifestations locales. Le débat est de médiocre importance, à mon gré; d'autant que l'une et l'autre de ces opinions contiennent certainement, comme je vais l'établir, une part de vérité.

D'une part, en effet, il est positif que certaines adénopathies secondaires se produisent sans être appelées, incitées, motivées par le moindre phénomène local, cutané ou muqueux. Tels sont les cas — fort nombreux — où des adénopathies cervicales se manifestent sans la moindre éruption du cuir chevelu. (Et, d'ailleurs, alors même qu'on rencontre quelques minimes croûtelles dans le cuir chevelu, est-ce qu'il n'y a pas presque toujours un défaut de proportion entre ces insignifiantes lésions et l'importance usuelle des adénopathies cervicales?) — Telle est de même l'adénopathie épitrochléenne, qui se présente très fréquemment sans la plus légère dermatose de la main et de l'avant-bras. — Tels sont encore certains cas où l'on a vu (comme sur deux malades cités par Prince Morrow) des adénopathies généralisées se manifester en dehors de toute éruption. — Il est donc de toute évidence que, dans ces conditions, les adénopathies se développent sous l'influence *directe* de la syphilis et par le fait seul de l'infection générale, sans être sollicitées, provoquées par l'incitation médiate d'une lésion locale.

Mais, d'autre part, il n'est pas rare que des adénopathies se produisent à la suite et au voisinage de certaines localisations diathésiques. Exemples : adénopathies péri-pharyngées multiples et en pléiade à la suite de poussées éruptives vers les amygdales et la gorge; — adénopathies sous-maxillaires à la suite de plaques muqueuses des lèvres et de la bouche; — adénopathies cervicales postérieures et mastoïdiennes à la suite d'éruptions profuses du cuir chevelu, etc. Comment refuser en pareilles conditions la qualité de lésions *symptomatiques* à de tels accidents? Comment ne pas établir une relation de cause à effet entre ces déterminations cutanées ou muqueuses et les engorgements glandulaires qui leur servent manifestement d'épiphénomènes?

Donc, bien certainement, il est des adénopathies qui se développent au voisinage et sous l'influence de lésions secondaires, tout comme l'adénopathie primitive sous l'action du chancre. — Seulement, à ce dernier propos, ne manquons pas de placer une remarque. C'est qu'entre les lésions secondaires et le chancre il existe une différence considérable au point de vue de l'influence que ces deux ordres d'accidents peuvent exercer sur les ganglions. Avec le chancre, l'adénopathie syphilitique n'a pas, pour ainsi dire, le droit de faire défaut; elle est forcée, *fatale*. Avec les lésions secondaires, l'adénopathie est seulement éventuelle, *possible*; elle peut se produire ou ne pas se produire, et très souvent en effet elle ne se produit pas. Les exanthèmes cutanés, par exemple, ne développent presque jamais d'adénopathies;

le psoriasis palmaire, entre autres, laisse absolument indemnes les ganglions du bras et de l'aisselle; les syphilides vulvaires ne retentissent qu'assez rarement sur les ganglions de l'aîne, etc. Il n'est guère en somme que certaines formes et certaines localisations d'accidents qui influencent les ganglions à la période secondaire, telles que les syphilides du cuir chevelu et les syphilides muqueuses de la cavité buccale. — Quant aux raisons de ces diverses particularités, elles nous échappent encore, et ce sont là des faits cliniques qu'il nous faut enregistrer sans les comprendre.

FORMES CLINIQUES. — Les adénopathies secondaires sont susceptibles de formes diverses, qu'on peut ramener à trois types. Mais de ces trois formes il en est une qui, à elle seule, est incomparablement plus fréquente que les deux autres réunies. Sans exagération on peut dire qu'elle se présente 19 fois sur 20. Je la décrirai donc tout d'abord, et cela sous le nom de forme usuelle.

I. — **Forme usuelle.** — Celle-ci est également la forme bénigne des adénopathies secondaires. On peut la caractériser d'un mot, en disant qu'elle est *calquée sur le type de l'adénopathie primitive*, de l'adénopathie symptomatique du chancre. De tous points, en effet, elle reproduit le bubon satellite du chancre, et comme symptômes, et comme allure générale, et comme terminaison.

Elle est constituée, donc, comme celui-ci, par des adénopathies essentiellement *aphlegmasiques, indolentes et spontanément résolutive*s. — Détaillons.

Comme volume, d'abord, ces adénopathies secondaires sont peu importantes. Elles n'offrent guère en moyenne que les proportions d'une noisette. Quelquefois moindres (exemple : adénopathies mastoïdiennes), elles atteignent en d'autres cas les proportions d'une olive ou d'une demi-noix, rarement celles d'une noix.

Elles débutent et se constituent sourdement, insidieusement, sans attirer l'attention des malades, qui s'en aperçoivent un beau jour d'une façon toute fortuite ou qui, en ignorant même l'existence, se montrent fort surpris quand le médecin les leur révèle. C'est assez dire combien elles sont *indolentes* dans leur développement. C'est dire aussi qu'elles sont absolument *aphlegmasiques*, ne déterminant ni rougeur de la peau, ni chaleur locale, ni phénomènes réactionnels généraux, ni troubles périphériques d'aucun genre. Ce sont, en un mot, des intumescences glandulaires, et rien de plus; des intumescences glandulaires lisses à leur surface, fermes et dures, et donnant bien l'idée d'une infiltration, d'une néoplasie ganglionnaire. — Elles ne contractent aucune adhérence avec les tissus ambiants; elles restent *libres et mobiles*, ce qui permet d'en apprécier à la fois le volume, la forme et la rénitence. On dirait, tant elles roulent librement sous le doigt, des « *noisettes* » sous-cutanées, et c'est de ce nom, en effet, que les qualifient les malades. Elles diffèrent donc notablement par

cet ensemble de caractères des adénopathies inflammatoires ou strumeuses, dont le propre est de former de rapides adhérences avec le stroma cellulaire périphérique et de se masser avec les tissus ambiants.

Une fois qu'elles ont acquis leur complet développement, ces adénopathies *restent ce qu'elles sont*, et cela pour un temps variable, toujours assez long. Pendant plusieurs semaines au minimum, pendant plusieurs mois en général, elles demeurent absolument stationnaires sans subir la moindre modification. — Puis, à un moment donné, elles commencent à perdre de leur consistance et à diminuer de volume. Elles se résolvent alors progressivement, sans phénomènes nouveaux, s'atrophient sur place et disparaissent. Elles sont donc *spontanément résolutive*s.

Au total, le trait prédominant de cette symptomatologie, c'est la *bénignité* des symptômes. Aussi bien a-t-on dit, non sans raison, que ces adénopathies secondaires étaient « plus curieuses qu'importantes ».

De là cette conséquence, qu'elles ne réclament aucune intervention thérapeutique spéciale. Elles guérissent seules en effet, et, dans cette première forme tout au moins, il est absolument superflu de leur opposer, en dehors du traitement de la diathèse, la moindre médication locale.

Leur véritable intérêt est donc scientifique et surtout séméiologique. Ce sont des *indices*, des témoins utiles à consulter dans les cas de diagnostic obscur, des signes propres à éveiller un soupçon, à mettre sur la piste de syphilis méconnues, ignorées ou dissimulées. A ce point de vue spécial, les adénopathies cervicales *postérieures* sont particulièrement significatives, et cela pour deux raisons : parce que, d'abord, de toutes les adénopathies secondaires ce sont les plus communes et celles qui font le moins souvent défaut; — et, en second lieu, parce qu'elles occupent un siège où il est assez rare que d'autres affections développent des engorgements ganglionnaires. La scrofule elle-même, celle de toutes les maladies qui affecte le plus fréquemment les glandes cervicales, se porte avec une préférence marquée sur la région *antérieure* du cou, et n'intéresse que d'une façon relativement rare les ganglions de la nuque. Il est exceptionnel en tout cas qu'elle atteigne uniquement ces derniers, comme le fait la syphilis. Sous ce rapport même, il existe entre ces deux diathèses, scrofule et vérole, une opposition singulière qui a été de vieille date signalée par Ricord et dont le diagnostic peut tirer parfois un utile parti.

Certains auteurs, et notamment de Amicis, ont revendiqué, non sans quelque exagération peut-être, une égale importance séméiologique pour l'adénopathie *épitrochléenne*. Dans un intéressant mémoire qu'il a consacré récemment à ce sujet, le savant syphiliographe

que je viens de citer n'hésite pas à considérer cette adénopathie comme « un élément des plus précieux pour le diagnostic de la syphilis, et cela en raison : 1° de sa grande fréquence; — 2° de son volume souvent assez considérable; 3° et surtout de sa persistance possible pendant de longues années, auquel cas elle peut constituer le signe unique qui atteste l'infection. » — Ces derniers résultats demandent à être contrôlés par une observation ultérieure.

II. — **Forme confluente. — Glandage secondaire.** — Cette forme diffère essentiellement de la précédente par la multiplicité des glandes affectées et, quelquefois aussi, par leur excès de volume.

Le plus habituellement, on l'a vu par ce qui précède, les adénopathies secondaires sont discrètes. Ainsi, le fait le plus commun est de trouver quelques ganglions à la nuque, quelques autres au niveau des amygdales ou sous la mâchoire, et c'est tout. Mais en certains cas, chez la femme notamment, il n'en est plus ainsi, et l'on voit se produire des adénopathies multiples, qui, par leur multiplicité même, s'écartent de la forme usuelle. On constate alors de nombreux ganglions dans chaque rainure du trapèze, sous l'occiput, aux apophyses mastoïdes, dans les régions parotidiennes, sous-maxillaires, sus-hyoïdiennes, péri-pharyngées, cervico-latérales, épitrochléennes, etc. Ces ganglions multiples présentent tous les caractères des adénopathies que nous avons décrites précédemment; ils sont seulement un peu plus volumineux que de coutume. Quelquefois ils sont tellement nombreux qu'ils forment de véritables chapelets qui descendent de l'occiput au milieu du cou, et de la région parotidienne au creux sus-claviculaire. Ce sont là les **chapelets cervicaux** de la vérole.

Parfois même ces engorgements glandulaires se propagent à d'autres régions, telles que l'aîne, l'aisselle, etc. On croirait alors avoir affaire à une véritable *adénie* d'origine syphilitique.

C'est à cette forme, où l'on trouve plusieurs régions littéralement farcies de ces engorgements ganglionnaires, que l'on a appliqué le nom de **glandage secondaire**.

Est-il quelque élément pronostique à tirer de cette multiplicité, de cette confluence insolite des adénopathies secondaires? Oui, dans une certaine mesure. J'ai remarqué — et je n'ai été ni le premier, ni le dernier à faire cette remarque — que le grand nombre, le développement exagéré et la dissémination des glandes sur plusieurs régions coïncident assez fréquemment avec des manifestations syphilitiques plus ou moins sérieuses, notamment avec des troubles intéressant la vie splanchnique. J'ai vu plusieurs fois le glandage secondaire s'accompagner d'une *anémie* marquée, avec pâleur, décoloration chlorotique des téguments, faiblesse générale, alanguissement des fonctions nutritives, palpitations, essoufflement, désordres nerveux, etc. — Il serait même curieux de savoir si le nombre des globules blancs du

sang n'est pas augmenté dans les cas de ce genre, de façon à constituer une *leucémie* passagère ou même plus ou moins durable. Cette recherche reste à faire.

Toutefois, il n'est pas de loi générale à poser ici, c'est-à-dire il n'est pas de rapport constant à établir entre la gravité d'une syphilis et la qualité de ses adénopathies secondaires. Car les cas les plus contradictoires ne laissent pas de se présenter à l'observation. Ainsi l'on voit des syphilis malignes ne comporter que des adénopathies ou moyennes ou médiocres, comme aussi des syphilis d'intensité tout au plus moyenne coïncider avec des adénopathies plus ou moins importantes. Et, réciproquement, on observe de grosses adénopathies avec des syphilis malignes, comme aussi (ce qui est absolument commun) des adénopathies faibles, réduites à leur expression minima, avec des syphilis tout à fait légères.

Ces derniers temps, M. Augagneur a exprimé l'opinion que l'intensité des adénopathies secondaires constitue un signe plutôt favorable, et cela parce qu'elle témoigne d'une activité phagocytaire qui s'opposerait au déversement des produits infectieux dans l'organisme. « Si les ganglions, a-t-il dit, fonctionnent avec énergie, le phagocyte modifie l'agent infectieux et ne le laisse parvenir dans la circulation générale qu'après une lutte qui a certainement modifié ses propriétés toxiques. L'adénopathie intense est donc un phénomène favorable, en ce qu'elle indique plutôt la puissance défensive de l'organisme que l'énergie offensive du virus. » — De même, dans une communication toute récente à la Société de dermatologie, à propos d'un jeune homme affecté d'une syphilis maligne sans réaction ganglionnaire, M. le P^r Landouzy a insisté sur « le rôle défensif, atténuateur, que paraissent exercer les ganglions vis-à-vis de l'infection syphilitique ».

Cette doctrine, il est vrai, a été presque aussitôt attaquée par M. de Amicis, qui lui a opposé une double série d'observations, les unes relatives à des syphilis graves avec adénopathies secondaires multiples et volumineuses, les autres relatives à des syphilis légères avec adénopathies secondaires médiocres ou même nulles. — De même aussi, M. le P^r Gémy a introduit dans la discussion une remarque intéressante d'après laquelle, « chez les indigènes algériens, dont la syphilis est toujours grave, les ganglions sont presque toujours très volumineux ».

On est donc bien loin d'être fixé sur la question de savoir si les adénopathies jouent un rôle de protection dans la défense de l'organisme contre la syphilis. En tout cas, à le supposer même authentique, ce rôle doit être assez modeste, étant donné que les syphilis graves à grosses adénopathies ne laissent pas de s'offrir à l'observation d'une façon commune. A coup sûr ce sont d'autres raisons que la qualité des adénopathies qui constituent la gravité de la maladie. Ces raisons, je n'ai pas à les rechercher ni à les signaler pour l'ins-