

tant; elles trouveront place dans un autre chapitre de cet ouvrage.

III. — **Forme strumeuse. — Écrouelles secondaires.** — Il n'est pas rare que les adénopathies secondaires, modifiées par la qualité du terrain sur lequel elles se développent, dégèrent en adénopathies strumeuses.

A leur début, les adénopathies de cet ordre ne diffèrent en rien des espèces précédentes. Mais bientôt, au lieu de se borner aux proportions relativement minimales ou moyennes que ne dépassent guère les adénopathies de provenance purement syphilitique, elles continuent à s'accroître et deviennent anormalement volumineuses, jusqu'à affecter les dimensions d'une noix, d'un marron, voire, mais cela est plus rare, d'un œuf de poule. De plus, elles s'agminent parfois plusieurs ensemble (comme à l'aîne, par exemple), et aboutissent à constituer de la sorte de grosses masses irrégulières, marronnées. Elles rappellent alors complètement d'aspect les engorgements glandulaires de la scrofule; et, de fait, ce sont bien là, suivant toute vraisemblance, des lésions *mixtes, hybrides*, où syphilis et scrofule peuvent l'une et l'autre revendiquer leur part. Aussi, de vieille date, les a-t-on qualifiées de dénominations diverses, toutes en harmonie avec cette croyance: adénopathies *strumoïdes* de la syphilis, adénopathies *syphilo-strumeuses, syphilo-scrofule ganglionnaire*, etc. Ricord en faisait un type de son fameux « scrofulate de vérole ».

Arrivées au degré de développement que je viens de dire, ces adénopathies sont susceptibles de deux modes de terminaison: ou bien elles se résolvent, mais lentement, péniblement, et après être restées stationnaires, torpides, pendant des mois, si ce n'est plus; — ou bien elles finissent, mais toujours avec la même lenteur, par s'enflammer. Dans ce dernier cas, elles deviennent sensibles, légèrement douloureuses, *s'empâtent*, suivant le terme consacré, et s'immobilisent, en se massant par adhérences tant avec le tissu cellulaire profond qu'avec les téguments, lesquels rougissent à leur niveau. A ce degré, il est encore possible quelquefois, grâce à un traitement résolutif, d'enrayer les progrès de ce bubon *strumo-phlegmasique* et du *phlegmon périganglionnaire* qui le complique habituellement. Le plus souvent, toutefois, on ne réussit pas à empêcher la formation du pus. Un abcès, donc, se constitue. Évacué, il s'affaisse, mais ne se ferme que rarement d'une façon définitive. Bien plus souvent il reste fistuleux, en fournissant pour un temps fort long une petite quantité d'un pus mal lié, grumeleux, qui est celui des suppurations tuberculeuses et qui, d'ailleurs, inoculé à des animaux, a pu quelquefois reproduire sur eux la tuberculose. — D'autres abcès se produisent assez souvent au voisinage du premier, suivent la même marche, restent également fistuleux, etc.; et l'on assiste de la sorte à tout le tableau des bubons strumeux que je n'ai pas à décrire ici.

C'est à ces suppurations ganglionnaires, dérivées à la fois et de la

syphilis et de la tuberculose, qu'on a pu sans exagération donner le nom significatif d'**écrouelles secondaires**.

Chose singulière, ces adénopathies syphilo-strumeuses ne se rencontrent pas indifféremment sur toutes les régions du corps. Certains ganglions se montrent quasi-réfractaires à cette invasion mixte de la syphilis et de la scrofule. Tels sont, par exemple, les ganglions cervicaux postérieurs, mastoïdiens, épitrochléens, où il est plus que rare, c'est-à-dire exceptionnel, de constater cette forme strumeuse. Et, inversement, il en est d'autres, comme les ganglions cervicaux antérieurs, sous-maxillaires, inguinaux, iliaques externes, etc., où cette dégénérescence strumeuse s'observe avec une réelle fréquence. La syphilo-scrofule, on le voit, a donc bien positivement ses sièges de prédilection; ou, disons mieux peut-être, ce sont les ganglions « aimés de la scrofule », les ganglions usuels de la scrofule qui se prêtent le plus volontiers à cette association des deux diathèses, et cela pour des raisons qui restent à déterminer.

Il est hors de doute, de par l'observation, que les adénopathies secondaires syphilo-strumeuses sont favorisées dans leur développement par les prédispositions héréditaires ou individuelles, par le tempérament lymphatique ou scrofuleux, au total donc par le terrain sur lequel germe la syphilis. Mais ce qui n'est pas moins certain, ce que démontre également la clinique, c'est que parfois cette forme d'adénopathies se montre contre toute attente sur des sujets exempts (en apparence du moins) de toute tare strumeuse et restés indemnes jusqu'alors de toute manifestation tuberculeuse. J'affirme, pour ma part, l'avoir souvent rencontrée en de telles conditions. Il semblerait donc de la sorte que la syphilis peut servir d'incitation, de prétexte à une première éclosion tuberculeuse. Ce fait, au surplus, n'est pas isolé, et nous verrons plus tard que plus d'une fois la tuberculose pulmonaire est venue se greffer sur des lésions originairement syphilitiques du poumon.

Lorsqu'il nous est donné d'assister *ab ovo ad finem* au développement de lésions mixtes de ce genre, il n'y a pas danger pour nous d'en méconnaître le double caractère. Car alors nous les voyons en pleine évidence naître originairement de la syphilis, puis subir ultérieurement la dégénérescence strumeuse. Rien de plus simple. Mais il en est tout autrement si le médecin n'assiste qu'à la dernière partie de cette évolution morbide ou s'il n'est pas renseigné sur les antécédents spécifiques du malade. Dans ce cas, le caractère *mixte* de la lésion court grand risque de passer inaperçu, et l'on croit alors avoir affaire simplement à un bubon strumeux, sans tenir compte des relations originelles de ce bubon avec la syphilis. C'est pour cette raison, sans nul doute, que les adénopathies secondaires de forme strumeuse passent généralement pour beaucoup plus rares qu'elles ne le sont en réalité.

Quant au traitement de cette forme spéciale, il va sans dire qu'il doit être mixte, c'est-à-dire constitué par la médication antistrumeuse combinée à la médication antisyphilitique.

Adénopathie rétro-pharyngée. — Une courte mention est due à cette localisation encore peu connue des adénopathies secondaires. Celle-ci se fait dans l'un ou l'autre et quelquefois dans l'un et l'autre des deux petits ganglions prévertébraux qui sont situés symétriquement en arrière du pharynx, à 2 ou 3 centimètres au-dessous de l'apophyse basilaire et au niveau de la deuxième ou de la troisième vertèbre cervicale.

Mon attention a été plusieurs fois appelée sur cette adénopathie par la constatation d'une saillie latérale à la paroi postérieure du pharynx, saillie sous-muqueuse, due à une petite tumeur rétro-pharyngée, laquelle n'était rationnellement imputable qu'à un ganglion.

Cette adénopathie pourrait-elle, pour une raison quelconque, servir d'origine à une suppuration rétro-pharyngée, ainsi qu'en a exprimé l'idée mon éminent et regretté maître le P^r Verneuil? Un certain nombre de faits (la plupart réunis dans la thèse inaugurale du D^r Darbouet, 1885) sembleraient donner créance à cette opinion.

II. — LYMPHANGITES SECONDAIRES. — Tandis que les adénopathies constituent une manifestation non pas seulement commune, mais quasi-constante de la période secondaire, les lymphangites (j'entends les lymphangites dûment spécifiques et dérivant d'une influence directe de la syphilis) n'y figurent que d'une façon rare, presque exceptionnelle relativement. On les y rencontre cependant en quelques cas et sous des formes diverses que je vais avoir à décrire.

Ces lymphangites sont généralement assez précoces dans l'étape secondaire; elles peuvent cependant se produire à toute échéance.

Elles affectent des localisations variées. On les a rencontrées surtout au niveau des membres (soit supérieurs, soit inférieurs), bien plus rarement à la région cervicale, à la région sous-maxillaire, etc. — Elles sont notablement fréquentes sur les organes génitaux. — Disons de suite que, sur ces derniers organes, elles présentent une réelle importance au point de vue diagnostique, tandis que partout ailleurs il ne s'y rattache guère qu'un intérêt de curiosité.

I. — Au niveau des membres, elles se traduisent simplement par ceci: de *longs cordons durs et aphlegmasiques*.

Ces cordons ne sont autres que les vaisseaux lymphatiques infiltrés sur une certaine étendue de leur trajet (par exemple, sur une longueur de 10, 15 à 20 centimètres) et devenus appréciables grâce à la dureté que leur communique cette infiltration. On les sent faci-

lement et nettement sous le doigt, à travers la peau. Ils donnent au palper la sensation de cordes de violon ou de « ficelles tendues », avec un volume comparable à celui d'une aiguille à tricoter ou d'une plume de corbeau. — Quelquefois ils présentent un ou plusieurs petits renflements en forme de pépin ou de minuscule olive.

Ils sont complètement aphlegmasiques, à savoir: indolores spontanément, indolores au toucher, mobiles sous la peau, mobiles sur les parties sous-jacentes. Extérieurement ils ne se traduisent par aucune rougeur tégumentaire, de sorte que l'affection consiste bien moins en une lymphangite qu'en une lymphopathie plastique par infiltration.

Le plus souvent ils ne donnent lieu à aucun symptôme, et le malade (ou quelquefois même le médecin) s'en aperçoit par hasard. Parfois cependant ils déterminent une certaine gêne locale et un léger degré d'empatement des tissus périphériques.

En général on ne perçoit au toucher qu'un seul vaisseau infiltré de la sorte. Il est possible toutefois qu'on en constate deux (ou même trois, a-t-on dit), plus ou moins rapprochés et suivant un trajet parallèle. — En tout cas, ce qui est plus curieux, c'est que ce vaisseau ou ces vaisseaux ne sont jamais infiltrés que sur un *segment* de leur trajet. On les sent très nettement sous le doigt dans une certaine étendue, puis tout à coup et sans transition on ne les sent plus; ils semblent se dérober subitement, en constituant de la sorte de véritables *lymphangites segmentaires*.

Coincidence, on peut constater un certain développement des ganglions qui servent d'aboutissants à ces lymphatiques infiltrés; mais cela n'a rien de constant. Tout au contraire, on remarque assez souvent un état d'immunité absolue desdits ganglions.

Comme localisations, deux cas possibles :

Ou bien il n'existe qu'un *seul foyer* de lymphangite, par exemple à l'avant-bras, au bras, à la cuisse, sur un segment de tel ou tel membre. Ainsi, l'un de mes malades a présenté, peu après une roséole, une lymphangite secondaire qui siégeait à la région inférieure de la cuisse, depuis la rotule jusqu'à mi-hauteur du membre. (Soit dit incidemment, cette lymphangite toute spontanée et survenue sans la moindre provocation locale avait été, par exception rare, quelque peu douloureuse à son début.)

Ou bien, il existe *plusieurs foyers* de lymphangite d'une façon contemporaine, à savoir: sur les avant-bras, sur les cuisses, sur les avant-bras et à la région sous-maxillaire. Une malade, citée par le D^r P. Sallé (1), présentait de la sorte trois foyers lymphangitiques, un à chaque avant-bras et un troisième au niveau de la région

(1) *Essai sur quelques altérations des vaisseaux lymphatiques dans le cours de la syphilis*, Thèse de Paris, 1884.

sous-maxillaire gauche, où l'on sentait « plusieurs cordons lymphatiques indurés ».

Évolution. — Cette lymphangite secondaire, soit localisée, soit disséminée, est d'ordre résolutif; mais elle n'est qu'assez lentement résolutive. — Elle persiste au moins plusieurs semaines et parfois plusieurs mois. — Elle est accessible à l'influence du traitement spécifique qui la modifie assez rapidement.

Traitement local superflu. — Bains généraux; repos de l'organe.

II. — *Lymphangite secondaire génitale.* — Peu commune, sans être rare, chez l'homme. — Tout à fait rare (peut-être parce qu'elle est le plus souvent méconnue) chez la femme.

Chez l'homme, elle a un véritable siège de prédilection, à savoir : la rainure glando-préputiale. — Elle s'observe encore quelquefois sur le prépuce ou la couronne du gland.

Au niveau de la rainure glando-préputiale, elle se présente sous deux formes : la forme *nodulaire*, et la forme *en coulée*.

1° Sous la forme nodulaire, elle constitue des nodosités ou plutôt une nodosité (car il est rare qu'il en existe plusieurs), qu'à tous égards on ne saurait mieux comparer qu'à l'induration posthume du chancre. Cette nodosité, en effet, rappelle exactement l'induration chancreuse, et cela à plusieurs titres, à savoir : par son volume, qui est celui d'un noyau de cerise, d'une groseille, d'une amande, d'un haricot; — par sa forme, soit globuleuse ou semi-globuleuse, soit légèrement aplatie en amande; — par sa consistance absolument ferme et d'une dureté sèche, chondroïde; — et par sa durée, qui n'est guère inférieure à plusieurs mois.

2° La forme dite *en coulée* ne diffère guère de la précédente que par son étendue et sa configuration. Au lieu de se présenter ramassée en boule, en noyau, l'infiltration plastique qui la constitue s'étale sur la rainure à la façon d'une coulée liquide qui aurait suivi la rigole supérieure du gland. Elle forme là un véritable croissant d'induration, qui peut affecter jusqu'à 2, 3 et 4 centimètres de longueur, voire davantage. Ainsi, sur un de mes clients, les deux tiers de la rainure étaient occupés par une induration circonscrite de ce genre.

Dans ce cas encore, cette infiltration plastique est non pas analogue, mais absolument identique comme caractères à l'induration qui survit à certains chancres étendus de la rainure.

Sur la couronne du gland, la lymphangite secondaire est quelque peu différente comme physionomie. Elle affecte là une forme discoïde, en constituant de petits placards durs, circulaires, de l'étendue d'une pièce de vingt ou de cinquante centimes.

Au prépuce, elle se présente sous une forme que dépeint très exactement le terme de lymphangite *en ficelle à nœuds*. C'est-à-dire

qu'elle consiste à la fois en ceci : d'une part, de petits cordons durs, tout à fait comparables à des ficelles, du calibre d'une aiguille à tricoter, et d'une longueur de 2, 3, 4 centimètres; — d'autre part, de petits renflements globuleux, gros comme un pois, simulant des nœuds sur une ficelle.

Il n'est pas rare de rencontrer dans l'épaisseur du prépuce plusieurs de ces petits cordons moniliformes, auxquels font suite parfois des lymphangites semblables du fourreau.

Lésion sans symptômes et sans réaction le plus souvent; — mais lésion susceptible de se compliquer sous des influences d'excitation (coït, malpropreté, plaques muqueuses sous-préputiales, etc.). Et alors, plusieurs épiphénomènes possibles : tuméfaction œdémateuse du prépuce; — ou bien tuméfaction mollasse de l'organe, sans œdème véritable, sans tension, sans inflammation, et tuméfaction tout à fait remarquable par sa longue durée et par sa résistance à tout traitement; — plus rarement, rigidité préputiale, déterminant le phimosis, scléreuse d'apparence et en réalité, chronique ou tout au moins longuement persistante, et constituant ce qu'on appelle le *prépuce en cuirasse*.

Pseudo-chancre lymphangitique. — La règle est que ces lymphangites génitales évoluent et se résorbent sans incidents, notamment sans incidents tégumentaires à leur niveau.

Mais quelquefois, alors surtout qu'elles sont sous-muqueuses, il arrive (et cela sous des influences encore indéterminées) que leur surface tégumentaire s'enflamme, rougisse, s'écaille, s'exfolie et, par chute de leur épithélium, devienne *érosive*. Dans ces conditions se trouve constituée une lésion qui, très simple en réalité, n'en est pas moins des plus insidieuses comme apparences en ce qu'elle ressemble tout à fait à un chancre syphilitique. Pour cette raison, je l'ai qualifiée du nom de *pseudo-chancre lymphangitique*.

Que voit-on en effet? Ceci : D'une part, une érosion superficielle, circonscrite, bien délimitée, sans bords, lisse de fond, rouge, etc., c'est-à-dire, au total, une érosion rappelant tous les caractères objectifs du chancre; — et, d'autre part, une érosion doublée par un noyau dur, globuleux ou discoïde, rappelant, lui aussi, très exactement les caractères de l'induration chancreuse.

De par cet ensemble de caractères, comment une telle lésion n'éveillerait-elle pas le soupçon d'un chancre? Aussi bien les malades, en pareil cas, ne manquent-ils pas de qualifier de « chancre » ce nouvel accident. « Docteur, nous disent-ils, *mon chancre m'est revenu*; en tout cas, si ce n'est pas lui qui est revenu, je n'en ai pas moins un nouveau chancre tout semblable au premier. » Et combien de fois cette erreur des malades n'a-t-elle pas été partagée par certains médecins! Nombreux, très nombreux, à coup sûr, sont les cas où ce pseudo-chancre d'origine lymphangitique a été pris

pour ce qu'il n'était pas, c'est-à-dire qualifié indûment des noms de « second chancre induré, chancre induré de récédive », et produit alors comme témoignage de la possibilité d'une réinfection syphilitique, comme exemple de « vérole doublée, voire triplée », etc.

J'insisterais sur ce dernier point s'il ne constituait ici une digression. Je m'en abstiens donc, et, réservant la discussion qu'il comporte pour un autre chapitre de cet ouvrage, je me bornerai à spécifier ici la conclusion qui dérive de ce qui précède, à savoir : que *des lésions de lymphangite secondaire, venant, pour une raison quelconque, à s'éroder en surface, peuvent constituer un véritable Sosie du chancre syphilitique.*

AFFECTIONS SECONDAIRES DU SYSTÈME LOCOMOTEUR.

La syphilis secondaire affecte fréquemment le système locomoteur.

Communes dans les deux sexes, mais plus communes assurément dans le sexe féminin, les déterminations morbides que l'infection éveille sur ce système consistent surtout en des phénomènes douloureux, en des *douleurs*. Et, en effet, jusqu'à une époque peu éloignée de nous elles n'ont été désignées que sous ce nom : *douleurs syphilitiques, douleurs secondaires*, etc. Or, il est arrivé pour cette dénomination générique et vague, ne traduisant qu'un symptôme, ce qui est advenu à la plupart des dénominations de symptômes appliquées à des états morbides, ce qui est advenu, par exemple, aux vieux mots de diarrhée, de dyspnée, d'asthme, de colique, etc. Tant que le symptôme seul a été connu, sans que l'on sût à quoi le rapporter, force a bien été d'en conserver le nom ; mais, du jour où l'on a pu le rattacher à la lésion d'un organe, bien vite on a délaissé le nom du symptôme pour lui substituer celui d'un état morbide, d'une localisation anatomique, d'une affection individualisée. De même ici. Tant qu'on n'a pas su ce qu'étaient les douleurs syphilitiques, on les a simplement appelées douleurs ; mais, lorsqu'on a été autorisé à les rattacher à la lésion d'un os, d'un muscle, d'une articulation, du périoste, aussitôt on en a fait des ostéites, des périostites, des arthralgies, des myosalgies, etc.

Aussi, nosologiquement, n'est-il plus guère question aujourd'hui des « douleurs syphilitiques », alors que dans l'ancien temps des traités complets ou tout au moins des chapitres spéciaux leur étaient consacrés (1). Ce changement de nomenclature n'est que l'expression d'un progrès clinique, comme on va le voir.

(1) À citer comme exemple le curieux et original traité de G. Torella, *De dolore in pudendagrâ Dialogus*.

L'étude des déterminations morbides de la syphilis secondaire sur le système locomoteur comprend les symptômes qui se produisent sur les os ; — sur les *tissus fibreux*, notamment les tendons ; — sur les *articulations* ; — et sur les *muscles*.

I. — SYSTÈME OSSEUX.

Les affections secondaires du système osseux n'ont été déterminées et classées que de nos jours. C'est qu'en effet longtemps on les a récusées en raison du vieux préjugé d'après lequel on considérait comme impossible qu'une syphilis *jeune* s'attaquât à des organes *profonds* comme les os.

Depuis qu'on a rompu avec cette croyance, on les a reconnues pour ce qu'elles sont, à savoir pour des expressions communes, courantes, de syphilis secondaire.

Échéances d'apparition. — Elles peuvent se produire à tout stade de la syphilis secondaire. Mais elles sont plus particulièrement fréquentes dans les étapes *jeunes* de cette période, c'est-à-dire à l'époque des premières poussées secondaires, voire de la toute première. De la sorte on les rencontre communément en coïncidence avec les syphilides qui inaugurent l'explosion des accidents généraux, telles que la roséole et la syphilide érythémato-papuleuse.

Il y a plus, mais ceci, à la vérité, ne constitue qu'une exception curieuse. Les déterminations osseuses se sont quelquefois produites en avance de quelques jours sur toutes les autres manifestations secondaires, comme *première* manifestation d'accidents généraux. Exemple :

Une jeune femme est admise dans mon service, à l'hôpital Saint-Louis, pour un chancre syphilitique de la lèvre inférieure, datant de trois semaines environ. — Quatre semaines plus tard, elle est prise d'un malaise général, avec lassitude, courbature, brisement, légers accès fébriles vespérins, et divers autres symptômes, au nombre desquels figurent des douleurs localisées vers les articulations et vers quelques points spéciaux, tels que le crâne et les tibias. — Au niveau de chaque tibia on distingue deux foyers douloureux très circonscrits, extrêmement sensibles à la pression et faisant une très légère saillie. — Au niveau d'une bosse frontale apparaît une légère bosselure, du diamètre d'une pièce d'un franc, douloureuse spontanément et surtout extraordinairement douloureuse au toucher. — Puis, trois jours après, début d'une éruption érythémateuse, bientôt reconnue pour une roséole spécifique.

Dans ce cas, donc, des manifestations osseuses du genre de celles qui vont nous occuper ont prélué de quelques jours à l'invasion de la première syphilide.

Étiologie. — On ne sait presque rien des causes qui dirigent d'une façon précoce l'action de la syphilis sur le système osseux.