

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.

Théoriquement, on a invoqué comme telles : le tempérament scrofuleux ; — la disposition rhumatismale ou goutteuse ; — l'action de l'humidité ou du froid ; — le traumatisme ; — la misère, etc. — Rien de tout cela n'est sûrement confirmé par l'observation.

Ce que j'ai cru remarquer pour ma part, c'est que ces manifestations osseuses précoces se produisent surtout dans les trois conditions suivantes :

1° Chez les sujets jeunes et lymphatiques. Rien d'étonnant, donc, qu'à ce titre elles s'observent plus fréquemment chez la femme que chez l'homme.

2° Dans les syphilis qui affectent d'emblée l'état général, qui d'emblée s'en prennent à la santé, en créant tout un ensemble de troubles infectieux vers les différents systèmes (syphilis asthéniques, nerveuses, fébriles, viscérales, dénutritives, etc.). Et, en effet, c'est non pas exclusivement, mais le plus souvent au milieu d'un cortège complexe de déterminations morbides que se montrent ces ostéopathies précoces.

3° Dans les syphilis malignes. Il est très habituel que des lésions osseuses précoces figurent au nombre des manifestations de cette redoutable forme de la maladie. En ce moment même je traite en ville, avec mon distingué confrère le D^r Blache, un malade qui, quatre mois après un chancre phagédénique du gland, est affecté d'une exostose tibiale en même temps que d'ulcérations phagédéniques de la peau et de la gorge.

Localisations. — Ces ostéopathies précoces ont des localisations préférées, au nombre desquelles il faut citer : en première ligne, le crâne ; — en seconde ligne, le tibia ; — en troisième ligne, les côtes et le sternum.

Voici, à ce propos, ce que m'a fourni comme résultats statistiques un relevé de 56 cas observés en ville :

Ostéopathies secondaires. — Statistique de localisation.

Le crâne.....	20 cas.
Le tibia ou les tibias.....	16 —
Les côtes.....	6 —
Le sternum.....	5 —
Le cubitus.....	4 —
L'humérus.....	1 —
Le radius.....	1 —
Le péroné.....	1 —
La clavicule.....	1 —
Le maxillaire inférieur.....	1 —
Total.....	56 cas.

Formes morbides. — Toutes les manifestations osseuses de la période secondaire étaient autrefois confondues sous la rubrique

commune de *douleurs ostéocopes*. Or, une observation plus rigoureuse a montré que ces manifestations, loin de consister toutes en des phénomènes identiques, se présentent au contraire sous des formes diverses qui demandent à être nosologiquement distinguées. Ainsi, avec les progrès de l'analyse clinique, on a vu :

1° Que, tantôt, les douleurs osseuses se rattachent à un ensemble de phénomènes constituant une phlegmasie superficielle de l'os ou mieux du périoste ; — et l'on a désigné ce premier ordre de lésions sous le nom de *périostite* ;

2° Que, tantôt, ces douleurs ne sont que l'expression d'une lésion plus complexe ou plus avancée, aboutissant à constituer sur la surface de l'os une tuméfaction dure, solide, vraisemblablement ossiforme ; — et l'on a donné à cet autre ensemble de phénomènes le nom de *périostose* ;

3° Que, tantôt enfin, les os deviennent le siège d'une sensibilité morbide très accusée sans qu'aucune tumeur, sans qu'aucun phénomène inflammatoire se développe à leur surface. La douleur, dans ce cas, est le seul symptôme constatable cliniquement. — A ce dernier ordre de cas reste appliquée, faute de mieux, la dénomination vague d'*ostéalgie*, dénomination que nous sommes bien forcés de conserver actuellement, puisque l'essence de cette douleur osseuse nous échappe, mais que nous nous hâterons d'abandonner ou de modifier le jour où nous serons édifiés sur le siège ou la nature de la lésion.

Périostite, périostose, ostéalgie, tels sont donc les trois modes suivant lesquels la syphilis exerce son action sur le système osseux (sans parler même de l'exostose vraie qui peut être précoce et prendre place dans la période secondaire, mais que nous nous réservons d'étudier dans une autre partie de cet ouvrage). — Voyons comment ils se caractérisent cliniquement.

I. — **Périostite.** — La périostite secondaire est assez commune, et bien plus commune, certes, chez la femme que chez l'homme.

Elle s'accuse de la façon suivante :

Douleur fixe et limitée en un point superficiel de l'os, sourde ou peu intense dans le repos, exagérée par le mouvement, mais devenant suraiguë et intolérable par la pression ; — en ce point, soulèvement léger, en forme de bosselure étalée, plate comme une amande ; — empatement ou tension inflammatoire à ce niveau ; — et, en certains cas seulement, sensation assez obscure de fluctuation circonscrite, comme si quelques gouttelettes d'exsudat liquide étaient interposées entre l'os et la membrane périostique.

Les périostites secondaires, détail assez remarquable, sont presque toujours *très circonscrites*. Elles n'affectent guère, en général, que l'étendue d'une pièce de 50 centimes ou d'un franc. Rarement elles

sont plus considérables, et souvent au contraire elles se restreignent à des proportions moindres. *Il faut donc les chercher pour les trouver*; car bien souvent elles sont ignorées en tant que lésions par les malades, qui se plaignent simplement « d'une douleur » sans rien accuser d'autre, et bien souvent aussi elles échappent au médecin s'il ne prend soin de soumettre à une investigation attentive la région où réside cette douleur.

D'où cette règle de pratique: Alors qu'un syphilitique accuse une douleur en un point quelconque, ne point se satisfaire de cette déclaration, mais la contrôler des yeux et des doigts. Explorer, et explorer avec soin la région indiquée. Fort souvent, en effet, un palper attentif révélera sur la surface d'un os un point très circonscrit et imperceptiblement surélevé, au niveau duquel la moindre pression, le moindre attouchement déterminera une douleur vive, douleur assez aiguë quelquefois pour arracher un cri d'angoisse. Ce sera une périostite qui se dévoilera de la sorte, une périostite qui, sans un tel examen, aurait eu toutes chances pour rester méconnue ou pour être vaguement confondue avec une névralgie, une myosalgie, un rhumatisme, une douleur quelconque.

Exemple: Il est absolument fréquent que des malades syphilitiques viennent se plaindre à leur médecin de « douleurs dans les jambes », douleurs qu'ils rapportent soit à un rhumatisme, soit à telle ou telle autre cause imaginaire. Promenez le doigt sur la face sous-cutanée et la crête du tibia, et tout à coup le malade jettera un cri alors que vous arriverez sur une toute petite saillie de l'os, saillie inappréciable à l'œil, mais perceptible au toucher. Qu'est-ce que cela? Une *périostite tibiale*.

II. — **Périostoses.** — Moins communes que les périostites, sans être rares cependant, et beaucoup plus facilement appréciables.

Trois phénomènes les caractérisent: 1° une *saillie* à la surface de l'os; — 2° une *douleur* vive au niveau de cette saillie; — 3° une *dureté véritablement osseuse* de la tumeur qu'elles constituent.

La *saillie* se traduit au toucher, et souvent à la vue. C'est un soulèvement de forme et d'étendue variables, tantôt tubéreux et mamillaire, tantôt et plus souvent étalé, aplati comme une amande, mesurant de 1 à 2 ou 3 millimètres de hauteur, sur une largeur de base d'un à plusieurs centimètres.

Cette saillie est *douloureuse*; — douloureuse, d'abord, spontanément, soit au repos, soit surtout dans les mouvements; douloureuse ensuite et surtout à la pression qui provoque elle une intolérable angoisse. — Détail intéressant: les douleurs spontanées que déterminent ces lésions sont notablement augmentées par la chaleur. A cela tiennent peut-être les exacerbations nocturnes qu'elles présentent au lit et qui sont souvent assez vives pour empêcher tout repos.

Enfin, dernier caractère, l'intumescence douloureuse est remarquable par sa *dureté*. Il suffit de la toucher pour acquérir la conviction qu'elle est constituée par une production osseuse ou ossiforme. C'est donc bien sûrement en une périostose que consiste la lésion.

Abandonnée à elle-même, cette périostose reste longtemps douloureuse, plusieurs semaines environ; puis il arrive un moment où les douleurs se calment et la tuméfaction seule persiste. — La petite tumeur qui survit alors est le plus souvent sujette à des retours douloureux multiples, intermittents, que les malades ne manquent guère de considérer comme des « crises de rhumatisme ».

Au contraire, soumise au traitement spécifique, l'affection se résout très rapidement. Les douleurs, d'abord, se calment en quelques jours; puis le relief osseux s'affaisse et disparaît sans laisser de traces.

Localisations. — Les périostoses secondaires se rencontrent en des points très variés. Mais il est certains sièges qu'elles affectent avec une prédilection marquée, à savoir: la face interne du tibia; — le crâne; — le sternum et les côtes.

Quelques mots sur les particularités qu'elles présentent en ces points.

1° C'est à la face interne ou sur la crête du *tibia* qu'elles sont le plus communes. Elles se produisent là sous deux formes. Tantôt ce sont des périostoses assez larges, assez volumineuses, qui dessinent à la surface de l'os une tumeur aplatie, de plusieurs centimètres de long et de large. Tantôt et plus souvent ce sont de petits mamelons granuleux et pisiformes, qui constituent autant de bosselures disséminées ou groupées. Parfois ces mamelons ne sont même pas appréciables à la vue, et il n'est alors que le toucher qui permette d'en percevoir le relief en faisant constater un état inégal, « *raboteux* », de la face interne ou de la crête du tibia.

2° Au *crâne*, où elles se manifestent plus rarement, les périostoses occupent surtout la *région frontale*. Elles forment là de petits soulèvements arrondis, de l'étendue d'une pièce d'un franc environ, sur une hauteur de 2 à 3 millimètres, et tout à fait analogues d'aspect à des *bosses* traumatiques, consécutives à de légères contusions. — Il peut en exister plusieurs. J'en ai vu jusqu'à trois coïncidemment sur le frontal et le pariétal.

3° Les périostoses *sternales* sont quelquefois plus volumineuses. J'en ai fait mouler une qui mesurait 5 centimètres de diamètre comme surface, avec un relief de 4 à 5 millimètres. Elle coïncidait, comme le montre le moulage en question, avec une roséole spécifique, argument péremptoire à l'adresse des auteurs qui récusent ces périostoses en tant qu'accidents de la période secondaire.

4° Sur les côtes, les périostoses secondaires se présentent sous forme de petites nodosités, de légères bosselures, dont le doigt

apprécie facilement le relief et la dureté. Elles déterminent toujours des douleurs assez vives, que l'on confond souvent avec des points de névralgie intercostale ou de pleurodynie; car, inappréciables pour les malades, ces tubérosités costales ne se révèlent au médecin que s'il a le soin de pratiquer un examen local des plus minutieux, en promenant les doigts sur chacune des côtes. Je ne crains pas de le répéter, ce n'est qu'au prix d'une investigation des plus attentives qu'on arrive à découvrir ces petites, mais intéressantes lésions.

III. — **Ostéalgies.** — Enfin, dans un troisième ordre de cas, la syphilis secondaire détermine vers le squelette des phénomènes douloureux dont il est impossible de définir la raison anatomique.

Ce que l'on constate est ceci : Au niveau d'un os, une *douleur* circonscrite, superficielle, facilement limitable par le palper, qui provoque là dans une certaine étendue de véritables angoisses. Mais, avec cette douleur, *rien*; aucun autre symptôme, nulle tuméfaction, nulle saillie; pas d'empâtement, pas de rougeur; surface de l'os absolument lisse et normale. La douleur, en un mot, est le *seul signe appréciable*; elle seule constitue l'état morbide.

Où réside exactement cette douleur? Impossible de le dire. Dans l'ignorance de son siège précis, force nous est donc de qualifier le symptôme par le symptôme en l'appelant *ostéalgie*.

Or, les ostéalgies secondaires sont très communes, chez la femme notamment.

On les observe sur un grand nombre de points, mais plus spécialement sur les portions du squelette qui se trouvent *à nu* sous la peau, telles que les extrémités des os longs (épicondyle, épitrochlée, apophyse styloïde du radius, tête du cubitus, condyles fémoraux, tubérosités tibiales, malléoles); ou bien encore sur les apophyses de quelques os plats (voûte acromiale, épine de l'omoplate, etc.).

Il est à remarquer aussi que ces ostéalgies se portent de préférence sur les points où abonde le *tissu fibreux*, où s'épanouissent des aponévroses, où s'insèrent des tendons, des ligaments, tels que, par exemple, les extrémités articulaires, les bords de l'omoplate, les apophyses épineuses des vertèbres, etc. De sorte qu'une question se présente : le tissu fibreux n'a-t-il pas une part dans les douleurs que l'on constate en ces points et, d'une façon plus générale encore, dans celles qui se produisent à la surface des os? D'autre part, le périoste n'étant qu'une dépendance, une forme histologique de ce tissu, peut-être ne serait-il pas irrationnel de rapporter également à une affection du système fibreux les périostites dont nous avons parlé précédemment. Ce n'est là, toutefois, qu'une simple hypothèse.

IV. Aux diverses affections qui précèdent se rattachent certaines souffrances, certaines *douleurs* qui sont éminemment communes

à la période secondaire et qui, en raison de leur importance clinique, réclament ici une mention particulière. A ne parler que des plus communes, il en est trois qui comportent un véritable cachet spécifique, à savoir : la céphalée; — la sternalgie; — et la pleurodynie.

I. **Céphalée secondaire.** — L'usage et la routine ont appliqué le terme de céphalée à toute douleur de tête d'origine syphilitique. Qu'un sujet en puissance de syphilis vienne à se plaindre « de la tête », immédiatement et sans plus ample examen on le déclare atteint de céphalée. Et l'on croit avoir tout dit quand on a prononcé ce mot, sans même examiner le crâne, sans même rechercher s'il n'existe pas une raison locale à cette douleur. C'est là de la pathologie facile, mais les choses sont moins simples quand on y regarde de près.

En réalité, il n'y a pas *une* céphalée syphilitique; il y en a tout au contraire plusieurs. Il est, pour le syphilitique, au moins *trois façons d'avoir mal à la tête*. Ainsi, il peut avoir mal à la tête :

1° Par le fait de *névralgies* affectant les rameaux de la cinquième paire ou les nerfs sous-occipitaux;

2° Par le fait de douleurs internes, profondes, probablement encéphaliques (*céphalée* proprement dite);

3° Par le fait de douleurs externes ayant leur origine dans le *système osseux* (os et périoste).

Eh bien, cette troisième variété est précisément celle qui se trouve en cause pour l'instant. Elle est beaucoup plus commune qu'on ne le croit généralement, et on la reconnaîtra sans peine pour peu qu'on prenne soin de la rechercher. De la rechercher, comment? Le plus simplement du monde, à savoir : en explorant patiemment et minutieusement le crâne, et tout le crâne, région par région, et en ayant soin d'exercer sur chaque point exploré une légère pression. Qu'arrive-t-il ou que peut-il arriver alors? C'est que tout à coup la pression exercée sur un point éveille une vive douleur, et que le malade s'écrie : « Ah! voilà bien ma douleur; vous y êtes; c'est là que je souffre. » Puis, examinant avec plus de soin encore ce foyer douloureux, on y découvre de deux choses l'une : ou bien une légère saillie avec empâtement ou dureté; — ou bien rien du tout, rien autre qu'un point particulièrement sensible au moindre attouchement. Qu'est-ce que cela veut dire? Périostite ou périostose, dans le premier cas; — ostéalgie simple, dans le second.

Au reste, il n'est pas rare que les malades dirigent eux-mêmes le médecin dans la voie de ce diagnostic par la seule façon dont ils accusent leurs douleurs. C'est ainsi, par exemple, que les femmes de nos salles nous racontent parfois, en nous expliquant leurs souffrances, qu'elles ont « la tête comme meurtrie », qu'elles ne peuvent plus « se toucher la tête, tant elle est sensible par endroits », ou bien

« qu'elles n'osent plus se peigner, se démêler, parce que le peigne, en passant sur certains points du cuir chevelu, y excite une douleur insupportable », etc. ; tous propos, toutes façons de dire qui suffisent à appeler immédiatement l'attention du médecin vers une lésion superficielle du crâne.

II. Sternalgie. — Bien plus rare que le symptôme précédent, mais ne laissant pas de se rencontrer dans un certain nombre de cas, chez la femme spécialement.

Ce en quoi elle consiste est purement et simplement une sensation douloureuse présternale. Mais il faut être prévenu que les malades la traduisent le plus souvent de façon à donner le change. Le plus souvent, en effet, ils disent « souffrir de la poitrine, voire de l'estomac (!), avoir un poids, une barre sur le thorax, ne plus pouvoir respirer sans douleur, etc. ». Un examen local est donc ici, comme pour la céphalée, absolument *indispensable* au diagnostic. Et cet examen, en l'espèce, sera non moins révélateur, en démontrant ceci : à la surface antérieure du sternum, un ou plusieurs *foyers douloureux* exactement circonscrits, au niveau desquels le simple contact du doigt éveille une douleur vive, alors que les surfaces voisines restent absolument indolentes à la pression.

Suivant les cas, c'est à une périostite, à une périostose, ou (plus souvent) à une ostéalgie simple que répondent ces foyers douloureux. — Ils ont en général l'étendue d'un pain à cacheter ou d'une pièce d'un franc. Parfois cependant on les a vus mesurer 5 à 6 centimètres de largeur. J'ai même eu l'occasion d'observer une femme sur laquelle la presque totalité du sternum était le siège d'une sensibilité extraordinaire au moindre attouchement.

Bien plus rarement, l'appendice xiphoïde devient le siège d'une sensibilité douloureuse à la pression, et cela sans lésion apparente (*xiphalgie*). La douleur est alors rapportée par les malades « au creux de l'estomac, à l'estomac », et peut facilement donner le change pour un point gastralgique.

III. Pleurodynie (point de côté secondaire). — Manifestation identique de nature aux deux précédentes et relevant comme elles de lésions osseuses. Particulièrement commune chez la femme au moment des poussées secondaires.

Cliniquement, elle consiste en ceci : une douleur plus ou moins vive dans un côté du thorax, latéralement en général ; — douleur gênant la respiration, s'exaspérant par les mouvements du thorax, devenant suraiguë dans la toux, l'éternuement, et donnant alors la sensation « d'un poignard enfoncé dans les chairs ».

Si l'on s'en tient aux déclarations du malade, on prendra cette douleur pour une pleurodynie vulgaire, pour un rhumatisme, pour

une névralgie intercostale, etc. Mais, si l'on vient à explorer méthodiquement le thorax en promenant les doigts sur chaque côte au niveau de la région endolorie, on arrive à dépister (comme tout à l'heure sur le crâne ou le sternum) un foyer très circonscrit de souffrance osseuse. Et, dès que le doigt du médecin touche ce foyer, le malade sursaute aussitôt en s'écriant : « C'est là, vous êtes sur ma douleur, vous la tenez. »

Puis, alors, un examen plus attentif de ce point révèle de deux choses l'une : ou bien l'existence à ce niveau d'un relief, d'une saillie osseuse (périostite ou périostose) ; — ou bien l'absence de toute lésion appréciable (ostéalgie).

Plus rarement des phénomènes de même ordre se rencontrent au niveau des cartilages costaux (*périchondrite secondaire*).

Somme toute, ce qu'on appelle si indûment la pleurodynie ou le point de côté secondaire n'est rien autre qu'une manifestation douloureuse relevant d'ostéopathies de la cage thoracique, et cela à l'instar de la céphalée crânienne et de la sternalgie, qui ne sont que des *algies* de même origine et de même nature.

Traitement. — Le traitement spécifique est le sédatif par excellence de toutes ces manifestations douloureuses du système osseux. L'opium et les narcotiques vulgaires, l'antipyrine, le salicylate de soude, etc., n'exercent sur elles presque aucune action ou ne produisent qu'un soulagement éphémère.

En tant que traitement spécifique, ce qui réussit le mieux est très certainement l'association du mercure et de l'iodure. Spécifions seulement que de petites doses d'iodure (2 grammes par jour en moyenne) sont très généralement suffisantes et agissent tout aussi bien que des doses plus élevées.

Si l'affection résiste (ce qui est bien rare), on pourra avoir utilement recours soit à des onctions mercurielles *in situ*, soit à des badigeonnages à la teinture d'iode, soit à de petits vésicatoires volants.

II. — ARTICULATIONS

La syphilis secondaire n'affecte les articulations qu'avec une fréquence très inférieure à celle des accidents osseux dont nous venons de parler.

Elle s'y manifeste sous trois formes, à savoir :

1° Des phénomènes douloureux, non accompagnés de la moindre lésion appréciable (*arthralgie*) ;

2° Des *hydarthroses*, c'est-à-dire des fluxions hypercriniques dépourvues de tout symptôme d'acuité ;

3° Des *arthropathies pseudo-rhumatismales*, de modalité subaiguë, rappelant plus ou moins les fluxions rhumatismales vulgaires.