

équivoques; — parce que, coexistant parfois avec une arthropathie voisine, elles sont englobées en quelque sorte dans la symptomatologie prédominante de l'affection articulaire. Ainsi, j'ai vu une synovite du biceps fémoral être presque absolument dissimulée par une arthropathie du genou. Aussi bien, en de telles occurrences, ces lésions tendineuses risquent-elles d'échapper à l'attention du médecin ou de rester méconnues. Il n'est qu'un moyen, qu'une *méthode* pour se tenir en garde contre des surprises ou des erreurs de ce genre et restituer le diagnostic dans la droite voie. Cette méthode consiste en ceci : 1° Interroger et contrôler avec soin les sensations douloureuses énoncées par le malade; — 2° Soumettre la région endolorie à une véritable *analyse anatomique* par un toucher digital des plus attentifs, en vue de circonscrire exactement le siège précis de la douleur. De la sorte, on aboutira à reconnaître, s'il s'agit d'une lésion tendineuse : 1° que la douleur a un siège unique et bien délimité; — 2° que ce siège correspond avec une rigueur anatomique au trajet d'un tendon; — 3° qu'éveillant en ce point une souffrance plus ou moins vive la pression reste indolente en dehors de ce point; — 4° enfin, que la douleur est excitée, exaspérée par tous les mouvements spontanés ou provoqués dont l'effet est de tendre le tendon malade. C'est et ce n'est qu'à l'aide d'une exploration dirigée de la sorte qu'on parviendra à dépister dans les cas difficiles une synovite tendineuse et à pouvoir en affirmer l'existence.

En l'espèce, d'ailleurs, la difficulté est moins de trouver la lésion quand on la recherche que de *songer à la rechercher*. Nombre de synovites n'échappent au diagnostic que faute d'un examen suffisant pour les reconnaître.

Tandis que, si l'on s'astreint à mettre en œuvre, dans les cas obscurs et douteux, la très simple méthode que je viens de dire, on aboutira maintes fois à localiser dans le système synovial des douleurs et des troubles fonctionnels dont le véritable siège, sans elle, aurait couru grand risque de rester méconnu. Pour avoir curieusement étudié cette question, je crois être en droit d'affirmer que nombre de ces souffrances vagues dont se plaignent si fréquemment les syphilitiques à la période secondaire relèvent de synovites tendineuses. Ainsi, j'ai bien souvent constaté :

1° Que certaines de ces douleurs « *de genoux* », qui nous sont si souvent accusées par nos malades, ont leur origine dans des lésions tendineuses, lésions affectant soit le tendon rotulien, soit surtout les tendons de la patte d'oie, soit encore l'extrémité du tendon du biceps au niveau de la tête du péroné, soit même peut-être celui du demi-membraneux;

2° Que, de même, certaines douleurs « *des chevilles ou des pieds* » relèvent de lésions semblables occupant les tendons extenseurs des orteils, le tendon de l'extenseur du pouce ou les tendons péroniers;

3° Que celles du *poignet* et des *mains* résultent le plus habituellement de lésions localisées dans les tendons extenseurs des doigts;

4° Que celles du coude et celle notamment « *de la saignée* » ont souvent leur siège dans le tendon du biceps.

Cette dernière mérite une mention spéciale. Il n'est pas rare que des sujets syphilitiques se plaignent d'éprouver au pli du coude, « à la saignée », comme ils le disent, une sorte de point fixe douloureux, d'étreinte locale, qui les empêche d'étendre l'avant-bras sur le bras. Ce symptôme, à coup sûr, peut relever de causes diverses, par exemple d'une arthralgie, d'une périostite ou d'une de ces myosites bizarres que nous allons bientôt étudier. Mais, non moins certainement, il dérive parfois d'une *synovite bicapitale*. Et, en effet, dans les cas de cet ordre, le doigt porté sur le tendon du biceps éveille là une vive douleur, tandis que les parties voisines restent indolentes au palper. D'autre part, tous les mouvements, volontaires ou communiqués, qui ont pour résultat de tendre ce tendon déterminent en ce même point, et là seulement, une souffrance aiguë. De tels signes ne sont-ils pas dénonciateurs d'une ténosite ?

Hygroma secondaire. — Des lésions d'ordre tout semblable affectent quelquefois, mais bien plus rarement, les bourses séreuses sous-cutanées ou profondes, et constituent ce qu'on a appelé l'hygroma secondaire.

On les a rencontrées sur des points très divers, à savoir : le plus souvent sur la bourse prérotulienne (et quelquefois d'une façon symétrique); — moins souvent sur la bourse rétro-olécranienne ou celle de la patte d'oie; — rarement sur la bourse ischiatique (dont la lésion, soit dit incidemment, en raison de ses douleurs locales ou de ses douleurs d'irradiation, a pu simuler une sciatique partielle ou fessière), les bourses malléolaires, la bourse qui sépare le brachial antérieur du biceps, etc.

Cet hygroma secondaire, à la façon de la ténosite secondaire, se présente sous deux formes : 1° une forme froide, aphlegmasique, exempte de tout symptôme de réaction locale; — 2° une forme sub-aiguë, avec douleurs, empatement, suffusion rosée des téguments, troubles fonctionnels corrélatifs. — Inutile de reproduire ici cette symptomatologie qui est exactement celle de la ténosite.

Existe-t-il, comme on l'a dit, une troisième forme qu'on pourrait qualifier du nom d'*hygroma sec*, se caractérisant simplement par une crépitation « de neige foulée » ? Cela reste à l'étude.

Dans les quelques cas d'hygroma secondaire qui ont été bien observés, la résolution s'est toujours produite d'une façon rapide (quelques semaines en moyenne), sous l'influence du traitement spécifique, aidé ou non de quelques applications locales.

IV. — MUSCLES

On croit assez généralement que les *muscles* ne sont affectés par la syphilis qu'à une époque avancée de la diathèse, notamment à la période tertiaire. C'est là un préjugé contre lequel je ne saurais réagir assez vivement. Les muscles, tout au contraire, sont fréquemment éprouvés par la syphilis secondaire, et cela de diverses façons.

On peut ranger sous les six chefs suivants les déterminations morbides qui se produisent sur les muscles au cours de la période secondaire :

- 1° Douleurs musculaires ou *myosalgies* ;
- 2° *Contracture* musculaire ;
- 3° *Myosite*.
- 4° Affaiblissement, *débilité* musculaire ;
- 5° Amaigrissement musculaire, *amyotrophie* ;
- 6° *Tremblement*.

Quelques-uns de ces troubles fonctionnels ont déjà trouvé ou trouveront place dans divers chapitres de cet ouvrage. D'autres doivent nous occuper ici.

I. — **Myosalgies.** — Les myosalgies syphilitiques consistent en de simples *douleurs* musculaires, ayant ou paraissant bien avoir leur siège dans le tissu, dans le parenchyme même des muscles de la vie de relation.

La douleur est l'*unique* phénomène qui les caractérise. Et, en effet, l'examen clinique le plus minutieux ne révèle aucune altération du muscle endolori, à savoir : ni tuméfaction, ni atrophie, ni rénitence morbide, ni induration circonscrite, ni lésion d'aucun genre. A la douleur, il est vrai, s'ajoute bien un certain degré d'impuissance musculaire, mais ce dernier trouble n'est lui-même qu'un effet, une conséquence de la douleur. Si les mouvements sont empêchés, ils ne le sont qu'en raison de la souffrance seulement ; car, le malade consent-il à surmonter cette souffrance, le mouvement s'exécute ; la motilité proprement dite n'est donc pas atteinte.

Les douleurs de la syphilis musculaire occupent le corps même du muscle, sa portion charnue. Il est rare qu'elles affectent un muscle tout entier ; presque toujours elles sont circonscrites (du moins autant qu'on en peut juger) à une portion de son trajet, sur une hauteur de quelques centimètres environ.

Ces douleurs se produisent surtout dans les mouvements. Mais, au repos même, elles se font encore sentir de temps à autre, soit qu'elles résultent de contractions musculaires inconscientes ou de changements d'attitude assez légers pour être inappréciables, soit qu'elles dérivent de toute autre cause inconnue. — Quelquefois, mais non

pas toujours, elles sont exaspérées par la pression ou même par le simple palper ; ce qui permet au médecin d'en limiter exactement le siège et l'étendue. — Au repos, elles ont le caractère sourd et contusif ; dans les mouvements, elles deviennent aiguës et tout à fait pénibles. — Enfin, dernier détail, elles subissent assez souvent de l'influence *nocturne* une exacerbation marquée. — D'autres fois encore, elles sont plus vives le matin, au réveil, alors que le muscle ne s'est pas exercé depuis longtemps.

Localisations. — Les myosalgies secondaires ont de véritables sièges de prédilection.

Citons comme tels :

1° Les masses musculaires des *cuisses* et des *jambes*. — Rien de plus fréquent que d'entendre nos malades accuser des douleurs plus ou moins vives dans les membres inférieurs, douleurs que l'exploration permet de localiser soit dans le triceps fémoral, soit plus souvent dans les muscles du mollet. Si peu qu'elles atteignent une certaine acuité, ces douleurs forcent à garder le lit ; car, presque également accrues par la marche et la station, elles ne sont soulagées que par le décubitus.

Elles ont souvent le caractère *contusif*, à en juger du moins d'après le dire des malades, qui ne cessent de répéter : « C'est comme si j'avais reçu une volée de coups de bâton dans les jambes ».

2° Les muscles de l'*épaule*. — De là ce symptôme également commun, qui consiste en un endolorissement de l'épaule, en une gêne plus ou moins pénible pour mouvoir et surtout pour élever les bras. Essayez dans ces conditions de presser le deltoïde entre vos doigts, et vous déterminerez aussitôt dans le corps même de ce muscle une assez vive souffrance.

3° Les muscles des *avant-bras* (les fléchisseurs spécialement). — De là un certain embarras dans les mouvements de flexion des doigts, de là l'inhabileté, la maladresse de la main, l'impossibilité de serrer, de presser. Certaines de nos malades, en raison de ces douleurs spéciales, doivent renoncer à coudre, parce que le maniement de l'aiguille éveille dans les masses musculaires de l'avant-bras une véritable fatigue, un « agacement, un énervement intolérable ».

4° La portion cervicale du trapèze. — D'où la difficulté de certains mouvements de la tête et une variété particulière de *torticolis*.

5° Les masses lombaires (*lumbago syphilitique*), etc.

Tantôt on n'observe qu'une seule de ces localisations douloureuses, et tantôt on en rencontre plusieurs en coïncidence. Il n'est même pas rare, chez la femme spécialement, qu'elles soient multiples à un haut degré. Ainsi, j'avais dans mes salles, il y a quelques mois, une malade qui souffrait à la fois de myosalgies intenses occupant les masses musculaires des cuisses et des lombes, les mollets, les deltoïdes, les muscles de l'avant-bras, du dos et de la nuque. J'ai même

vu plusieurs fois une sorte de courbature douloureuse envahir presque tout le système musculaire et tenir les malades alités pendant quelques semaines.

Très souvent, d'ailleurs, il s'adjoint à ces douleurs musculaires d'autres douleurs ayant leur origine dans les articulations, les tendons et le périoste. Ce sont là, en effet, tous phénomènes de même ordre, qui appartiennent au même stade de la diathèse et qui, pour cette double raison, s'observent fréquemment associés.

Formes. — Durée. — Traitement. — Les myosalgies secondaires sont variables comme intensité de douleur. Parfois, mais rarement, elles acquièrent l'acuité du rhumatisme musculaire le plus intense. Bien plus souvent elles ne consistent qu'en un *endolorissement* sourd du muscle, en une sorte de malaise, de *courbature*, peu sensible au repos, mais rendue très pénible par le mouvement.

Elles ne sont pas moins variables comme évolution et comme durée. Tantôt elles ne persistent pas au delà de quelques jours; tantôt elles demandent plusieurs semaines pour disparaître. Enfin, elles sont à la fois sujettes à recrudescences et à récidives.

On en fait justice assez facilement, et cela à l'aide du traitement interne, aidé de quelques applications locales (liniments narcotiques, chloroforme, sinapismes, badigeonnages à la teinture d'iode, au besoin même petits vésicatoires volants). — Les bains de vapeur généraux (alors qu'ils ne sont pas contre-indiqués par d'autres raisons) ou, préférablement, les bains de vapeur locaux sont encore d'un utile emploi pour soulager ce genre de douleurs.

II. — Contracture musculaire. — Contracture secondaire du biceps brachial. — On a cité quelques cas de « contracture » survenue sur divers muscles (fléchisseurs des doigts, muscles des mollets, biceps crural, fléchisseurs de la jambe sur la cuisse, masséter, etc.), au cours de la période secondaire. Mais ce ne sont là que des faits très exceptionnels, sur lesquels d'ailleurs un supplément d'enquête est encore nécessaire. Je n'en parlerai pas. — En revanche et de la façon la plus authentique, il est un muscle qui semble presque avoir le monopole des phénomènes de ce genre. C'est le *biceps brachial*.

Et, en effet, on assiste parfois (le fait est assez rare cependant), au cours de la période secondaire, à la très étrange scène que voici, laquelle se présente invariablement avec la même physionomie comme ensemble et même comme détails. C'est un malade qui, du jour au lendemain, se trouve pris d'une contracture ou d'une sorte de contracture du biceps. Il se présente avec *l'avant-bras fléchi sur le bras et immobilisé, comme ankylosé dans cette attitude*. Il ne peut étendre le membre affecté. L'essaie-t-il qu'il en est empêché par une douleur vive, et il n'y parvient même pas en s'efforçant de dominer cette douleur. Le médecin vient-il alors à tenter l'extension

forcée, il ne réussit qu'à provoquer une angoisse des plus pénibles, et il éprouve la sensation d'une résistance toute particulière, d'une sorte de *rigidité* du bras, laquelle maintient obstinément le membre dans la flexion. Bref, le mouvement d'extension de l'avant-bras sur le bras est devenu impossible, voire au prix de la douleur, et l'avant-bras est fixé d'une façon permanente dans la flexion.

Tel est le fait dans ses grandes lignes. Au détail, on perçoit encore ceci : que le tendon du biceps se présente tendu comme une corde, rigide et saillant au-dessous de la peau, ce qui n'est pas sans contraster avec l'inertie apparente du muscle; — que le biceps ne semble pas contracturé; moins flasque qu'un muscle au repos, il n'offre pas cependant la dureté d'un muscle qui se contracte (Mauriac); — que la flexion de l'avant-bras ne dépasse pas en général l'angle obtus (il est bien plus rare qu'elle atteigne l'angle droit ou l'angle aigu); — que parfois cette flexion ne peut être rendue complète sans éveiller une douleur qui porte sur l'olécrane et la partie la plus inférieure du triceps brachial (Mauriac); — qu'à part ces troubles de l'extension et de la flexion tous les autres mouvements du membre ont conservé leur liberté; — qu'à l'état d'immobilité la douleur est nulle, à cela près de quelques légers élancements ou de crampes sourdes dans le corps du muscle; mais qu'elle apparaît tout aussitôt et avec une angoisse réelle dès qu'on veut pratiquer l'extension forcée, et qu'alors elle a pour siège le pli du coude, sur le trajet du tendon et plus près de l'insertion des fibres musculaires que du radius, etc. — Finalement, l'examen le plus minutieux révèle l'intégrité absolue de tous les systèmes organiques ambiants (peau, tissu cellulaire, os, articulations, nerfs, tendons, etc.).

Est-il quelque raison qui semble présider au développement de ce singulier trouble fonctionnel? Aucune. L'analyse étiologique la plus minutieuse ne découvre rien. D'une part, nulle cause occasionnelle, provenant d'un effort, d'une distension musculaire, d'un surmenage, d'un refroidissement, etc. D'autre part, nulle cause prédisposante, telle que diathèse rhumatismale ou goutteuse. Seule, la syphilis reste responsable de ce trouble musculaire, comme le poison saturnin d'une paralysie saturnine. Et, en effet, c'est là tellement un accident d'ordre syphilitique qu'il n'a jamais été réalisé — à ma connaissance tout au moins — par aucune maladie autre que la syphilis. Cette contracture bicipitale, dans la forme que je viens de décrire, peut donc être dite par excellence un *accident de syphilis*. Au point que, par elle seule, elle dénoncerait, elle attesterait la syphilis, en l'absence de tout commémoratif ou de toute autre manifestation d'ordre spécifique.

J'ajouterai encore : cette contracture bicipitale est presque exclusivement une manifestation *secondaire*. On l'observe généralement

du deuxième au quinzième mois de l'infection. Il est absolument rare qu'elle se produise à une époque plus tardive.

Elle se manifeste avec toutes les formes de syphilis, mais bien plus souvent avec les formes légères ou moyennes qu'avec les formes graves. — Elle se rencontre surtout avec les syphilis fécondes en accidents vers le système locomoteur (arthralgies, arthropathies, synovites, ostéalgies, etc.) ou bien en coïncidence avec ces troubles nerveux superficiels qui composent ce qu'on appelle le nervosisme secondaire.

Évolution. — Terminaison. — Durée. — Le propre de l'affection est de débiter sourdement, insidieusement, à l'insu du malade, qui, à un moment donné, se trouve stupéfait de ne plus pouvoir étendre son avant-bras. — Une fois établie, elle reste longtemps stationnaire, sans modifications. — On peut la dire de teneur continue, à cela près de quelques oscillations insignifiantes. — Puis, elle finit par décliner, mais lentement, insensiblement.

Toujours elle guérit. Et toujours elle guérit intégralement, sans laisser vestige de son passage sur le muscle affecté.

Dans l'énorme majorité des cas, elle est et reste unilatérale. — On l'a vue cependant, par exception, envahir les deux bras, mais toujours d'une façon successive.

Variable suivant l'intervention ou la non-intervention du traitement, sa durée est presque toujours notablement longue. Sauf pour certains cas bénins, elle n'est guère inférieure à deux, trois ou cinq mois. Je crois apocryphes les cas où elle se serait prolongée, comme on l'a dit, plusieurs années.

Pathogénie. — Toutes les théories imaginables ont été produites à son sujet. On a voulu faire de cette myopathie bicipitale un phénomène réflexe d'une arthropathie, d'une ténosite, d'une périostite locale. Mais toutes ces interprétations pèchent par la base, en l'absence de toute lésion appréciable vers l'article, les tendons et les os. — On a émis les diverses hypothèses d'une névrite, d'une irritation des cellules motrices de la moelle, d'une lésion localisée du système nerveux central, etc. ; mais l'ébauche même d'une démonstration fait défaut à toutes ces théories. — S'agirait-il d'une myosalgie simple ? Mais une myosalgie implique un état douloureux du muscle qui manque en l'espèce. D'autre part, si intense soit-elle, une myosalgie permet aux mouvements de s'exécuter alors que le malade consent à dominer sa douleur. — Et ainsi de suite pour d'autres explications que je passerai sous silence.

Un seul fait reste certain, indiscutable ; c'est que *le muscle est malade* et malade pour son compte, si je puis ainsi parler. Cela ressort de considérations diverses. D'abord, il est le siège d'élançements, de crampes ; et, si faiblement accentués que soient ces phénomènes douloureux, ils n'en ont pas moins une signification

réelle. — Puis, comme l'a établi M. Mauriac, il ne répond pas au pincement, à la façon d'un muscle sain, par la formation soudaine de ce qu'on appelle le bourrelet contractile. — De même encore « il répond mal à l'électricité et ne perçoit que faiblement la sensation que provoque dans les muscles sains le passage du courant galvanique ». Donc, d'une façon ou d'une autre, il est malade, bien certainement.

Mais de quelle façon est-il malade ? Serait-ce, comme on l'a dit, par le fait d'une *myosite* ? L'absence de douleur à la pression et l'absence de dureté, d'infiltration locale, sont des phénomènes peu favorables à cette interprétation. Il est vrai qu'on suppose ici l'existence d'une myosite spéciale, ne portant que sur quelques fibres du muscle et non sur toute sa masse, d'une myosite de « modalité hyperémique ou sub-inflammatoire », ne s'élevant pas jusqu'au degré de l'infiltration plastique. Soit ! Mais, avec cela, nous voici ramenés au champ des hypothèses.

Somme toute, le voile n'est pas encore levé sur la pathogénie de cette myopathie bicipitale. Il l'est encore moins sur la raison qui localise dans le biceps une affection de ce genre. En vertu de quelle affinité ce muscle est-il, à l'exclusion de tous ses congénères, le siège de la contracture ou pseudo-contracture bizarre que je viens de décrire ? Cela reste à l'état d'énigme.

Traitement. — Il n'est pas douteux que le traitement spécifique exerce une action curative sur le symptôme en question ; mais il est non moins certain que cette action ne se traduit en général que d'une façon assez lente, plus lente qu'à l'égard de la plupart des autres manifestations secondaires. Nouvelle bizarrerie, que je ne me charge pas d'expliquer.

C'est la médication mixte qui, de par expérience, se trouve indiquée en l'espèce. — L'iodure y tiendrait une place prépondérante, au dire de certains auteurs. — Quels résultats fournirait le traitement par injections mercurielles ? Cela reste à expérimenter.

On a tenté d'agir sur la contracture par des moyens externes, à savoir : soit par des révulsifs cutanés (vésicatoires, ventouses, sinapismes), soit par des onctions calmantes (belladone, opium, chloroforme, etc.), soit par des frictions, des malaxations, des douches de vapeur, des pulvérisations d'éther, soit enfin par l'électricité. L'utilité de ces diverses pratiques a toujours paru bien restreinte.

III. — *Myosite.* — La *myosite* vraie, caractérisée par une tuméfaction du corps musculaire avec suffusion plastique, rénitence au toucher, douleur à la pression, douleur provoquée par les mouvements, impotence fonctionnelle, etc., est une manifestation plus que rare, tout à fait exceptionnelle, au cours de la période secondaire. On en connaît à peine quelques cas, dont un des plus complets a été relaté

par M. Mauriac. Ce cas est relatif à une jeune femme qui, syphilitique depuis huit à dix mois, fut affectée, coïncidemment avec une roséole et une poussée de plaques muqueuses, d'une myosite incontestablement spécifique, occupant la masse musculaire des fléchisseurs superficiels des doigts. L'affection se traduisait par les symptômes suivants : tuméfaction diffuse de l'avant-bras, depuis le pli du coude jusqu'à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'articulation du poignet; — légère teinte rosée de la peau à ce niveau, mais sans empâtement du tissu cellulaire; — consistance dure et élastique, sans trace de nodosité; — douleurs sourdes, profondes, spontanées ou provoquées par les mouvements; — demi-flexion des doigts dans la paume de la main, et impossibilité de les redresser; — intégrité absolue des gaines tendineuses, etc. — Cette myosite guérit rapidement et sans laisser de traces sous l'influence du traitement spécifique.

IV. — **Affaiblissement, débilité musculaire.** — Il est très fréquent, dans la période secondaire de la syphilis et surtout dans les premiers temps de cette période, que la force musculaire soit affectée et diminuée d'une façon plus ou moins notable. Les malades ont conscience de ce phénomène. Ils se plaignent de perdre leurs forces, ils disent « ne plus se sentir les mêmes » au point de vue de la vigueur; ils ne supportent plus aussi facilement la marche, l'exercice, la fatigue; ils ne sont plus capables du même rendement de travail qu'autrefois.

« Lorsqu'elle est très accentuée, disais-je dans une de mes leçons cliniques où j'ai longuement étudié ce sujet, la diminution de force est aisément appréciable pour le médecin. Dans ces conditions, faites-vous simplement serrer la main par le malade, en le priant d'y déployer toute sa vigueur, et cela seul suffira pour vous rendre compte que la pression exercée n'est pas en rapport avec la taille, la musculature, l'habitus général de l'individu.

Mais ce n'est là, certes, qu'un procédé plus qu'élémentaire pour apprécier la déperdition des forces. Si vous voulez avoir une détermination exacte du phénomène, il vous faut recourir à une autre méthode — celle-ci mathématique et sûre — qui vous est offerte par le *dynamomètre*. Mesurez avec cet instrument la force musculaire à diverses périodes de la maladie, et vous pourrez de la sorte apprécier avec précision l'influence exercée sur les muscles par la diathèse.

Par un exemple je vais immédiatement fixer vos idées sur ce point.

Une femme entre dans nos salles pour divers accidents d'une syphilis secondaire de fraîche date. Cette femme est jeune, grande, bien musclée, de constitution assez robuste. Elle raconte cependant que depuis quelques semaines elle se sent très affaiblie et « toujours

courbaturée, même sans avoir rien fait ». Nous examinons le degré de force musculaire au dynamomètre. L'instrument marque 31 kilogrammes.

Dans la quinzaine qui suit, la malade est prise d'accidents nouveaux : céphalée vespérine, arthralgies, périostites circonscrites, accès de fièvre nocturne, etc. — La force musculaire baisse successivement à 29, 27 et 26 kilogrammes.

En dépit du traitement les accidents persistent ou ne disparaissent que pour faire place à d'autres : douleurs multiples, syphilides rebelles, phénomènes nerveux des plus variés, névralgies, analgésie, refroidissement des extrémités; accès de fièvre nocturne, erratiques, de type très irrégulier; inappétence, courbature; affaiblissement allant jusqu'à l'asthénie. — La force musculaire ne cesse de décroître, et le dynamomètre arrive à ne plus marquer que 23, 22, 20 et 19.

Le traitement est poussé avec vigueur et détermine même une stomatite, que nous nous empressons d'enrayer le plus hâtivement possible. Les accidents s'apaisent, la fièvre disparaît, les syphilides s'effacent. Tout aussitôt la force musculaire se relève à 24, 25, 28 et 30.

Huit jours plus tard, la malade se trouve dans un état presque satisfaisant, tout en restant analgésique et sujette à divers troubles nerveux. — La force musculaire subit une ascension continue (35, 36 et 38).

Le traitement est repris. L'état général s'améliore de jour en jour. Les accidents diathésiques disparaissent complètement. — Un mois plus tard, la malade se trouve assez bien pour nous quitter. Le jour de son départ, elle marque au dynamomètre 42, chiffre qui doit être approximativement le taux normal de la force musculaire chez cette femme en état de santé.

Eh bien, reprenons actuellement les indications dynamométriques qui précèdent. Nous les voyons se diviser tout naturellement en deux séries, à savoir :

Une *série descendante*, dans laquelle la force musculaire décroît progressivement de 31 à 19.

Une *série ascendante*, dans laquelle la force musculaire se relève de 19 à 42.

Or, voyons parallèlement à quelle direction, à quel courant de l'évolution morbide, si je puis ainsi parler, correspond chacune de ces séries.

La série descendante répond d'une façon précise à la période pendant laquelle tous les accidents morbides s'accusent, s'accroissent et atteignent leur apogée de développement. C'est le stade d'augmentation de la maladie; et, à mesure que la maladie s'affirme de plus en plus, la force musculaire baisse proportionnellement.

La série ascendante, au contraire, répond d'une façon non moins