

façon inopinée, sans cause, et cela de jour ou de nuit; — peu intenses, à la vérité, et ne consistant le plus souvent qu'en des horripilations passagères; — mais sujets à répétitions.

2° Des phénomènes précisément inverses, consistant en des véritables **bouffées de chaleur**, qui se portent tout à coup à la tête, puis se répandent « comme des vapeurs » en différents points du corps. Ces sortes de « congestions », comme les appellent les malades, se produisent d'une façon tout aussi inattendue et aussi peu motivée que les frissons dont je parlais à l'instant, et cela soit dans la marche, soit au repos. — Bien que très passagères, elles n'en inquiètent pas moins les patientes en raison de leurs retours fréquents.

II. — **HYPERIDROSES SECONDAIRES.** — Ces hyperidroses affectent deux formes qui consistent en ceci :

A. Des *sueurs générales et intermittentes*, survenant pour quelques instants soit à l'état de veille, à propos d'un léger exercice ou même au repos, soit surtout pendant la nuit. Nombre de nos jeunes malades affectées de syphilis nerveuses nous racontent, à la visite du matin, qu'elles ont été réveillées la nuit par des « poussées de sueurs extraordinaires », assez abondantes parfois pour mouiller le linge et les draps.

B. Des *sudations partielles et continues*. — Celles-ci affectent d'une façon exclusive les extrémités des membres, notamment la face palmaire de la main et antérieure des doigts. — Elles sont permanentes. — Elles comportent divers degrés. Tantôt elles ne consistent qu'en une simple moiteur tégumentaire. Tantôt elles humectent véritablement les mains et les pieds. Enfin, dans un degré extrême, mais exceptionnel, elles constituent une véritable rosée qui baigne incessamment la peau. J'ai vu une de mes malades avoir en permanence la face palmaire de la main et la face antérieure de la dernière phalange exactement *trempées*, comme si elle venait de retirer sa main de l'eau.

Cette *hyperidrose secondaire* coïncide quelquefois avec des phénomènes d'algidité périphérique; en sorte que, dans cette forme qui est loin d'être rare, les extrémités sont à la fois *froides et mouillées*.

La durée de tels phénomènes est toujours assez longue, de plusieurs mois en moyenne.

Pathogénie. — Ces états sudoraux sont-ils, comme on l'a prétendu, un résultat de la chloro-anémie ou de la cachexie? Je n'en crois rien. Et, en effet, on les observe couramment chez des femmes qui ne sont ni anémiques ni (moins encore) cachectiques. Pour moi, ce sont là des troubles dépendant, comme tous ceux du même groupe, du système nerveux et, très vraisemblablement, du système nerveux ganglionnaire.

SYPHILIS SECONDAIRE SPLANCHNIQUE.

La vie fonctionnelle des grands systèmes organiques (un seul réservé) n'est influencée quelque peu sérieusement que d'une façon assez rare au cours de la période secondaire. Et, en effet, la plupart des malades conservent intactes, durant cette période, leurs fonctions de respiration, de circulation, de digestion et de nutrition générale; ou bien, quand ces fonctions viennent à être touchées, ce n'est, le plus souvent, que par des troubles d'ordre dynamique ou nerveux, dont plusieurs auraient pu rentrer dans le paragraphe précédent.

Un seul de ces systèmes est constamment et profondément influencé par la diathèse, sinon dans l'exercice de ses fonctions, du moins dans leur résultat; c'est le système reproducteur. J'aurai, dans ce qui va suivre, à insister longuement sur les néfastes conséquences de la syphilis secondaire à ce point de vue tout spécial.

I

SYSTÈME RESPIRATOIRE.

De tous les systèmes que nous avons à passer en revue, c'est celui de la *respiration* qui est le plus épargné au cours de l'étape secondaire. En ce qui le concerne, en effet, je n'ai à signaler que deux manifestations tout à fait rares.

1° **Dyspnée secondaire.** — Cette manifestation consiste en des sensations passagères de gêne respiratoire. — On ne l'observe guère que dans certaines conditions spéciales, à savoir : chez les femmes presque exclusivement, ou bien chez les sujets présentant cet ébranlement général du système nerveux que j'ai qualifié de *nervosisme secondaire*.

Cette dyspnée se produit par accès intermittents, irréguliers comme apparition, n'affectant jamais qu'une intensité médiocre, et simplement éphémères le plus souvent. — On a cru remarquer en certains cas (peu fréquents, à la vérité) qu'ils se manifestaient de préférence vers le soir.

L'origine de ces troubles respiratoires a pu être rattachée quelquefois (on le sait par ce qui précède) soit à l'état chloro-anémique des malades, soit à une gêne mécanique apportée à la libre expansion du thorax par une douleur quelconque (pleurodynie osseuse ou musculaire, périostite ou périostose costale, sternalgie, etc.). Mais, en d'autres cas, elle ne peut être expliquée par rien de matériel, d'autant que la percussion et l'auscultation ne révèlent rien d'anormal vers le

poumon, le cœur et les gros vaisseaux. Le trouble en question reste donc alors un symptôme sans substratum ou plutôt *sine materiâ*, sans lésion appréciable. Il doit être considéré conséquemment comme un phénomène purement dynamique, ayant son siège probable dans le système nerveux.

2° **Pleurésie secondaire.** — Si la pleurésie tertiaire, symptomatique de lésions gommeuses de la plèvre ou de lésions d'organes voisins, est une lésion d'une authenticité irrécusable et d'ailleurs non contestée, il n'en est pas encore de même pour la pleurésie secondaire, qui est de notion récente.

Signalée pour la première fois par MM. Chantemesse et Vidal (1890), elle a été depuis lors l'objet de divers travaux, notamment de la part de MM. Talamon, Rochon, Brousse, Raynaud, Carra, Montseret, Spillmann et Etienne, etc.

Sommairement, elle consisterait en ceci : une pleurésie d'ordre simplement fluxionnaire, sèche ou hypercrinique, monolatérale ou bilatérale, se produisant en général au seuil même de la période secondaire, restant toujours bénigne, évoluant d'une façon rapide et se terminant par résolution spontanée. — Somme toute, ce serait une pleurésie à peu près identique à ce qu'est le type bien connu de la pleurésie rhumatismale.

D'une façon plus explicite, elle aurait pour caractères :

1° D'entrer en scène presque toujours dans les premiers mois de la période secondaire et coïncidemment avec les premières poussées secondaires; d'où le nom qui lui a été donné par M. Chantemesse de **pleurésie du stade roséolique**. — Toutefois, par exception, elle pourrait se produire à une étape plus reculée (par exemple, au dix-huitième, au vingtième mois de l'infection et même au delà).

2° De consister soit (ce qui est le cas le plus usuel) en une pleurésie *sèche*, ne se traduisant que par quelques frottements avec une légère matité, et affectant presque toujours la base du thorax; — soit en une pleurésie avec épanchement, épanchement toujours séro-fibrineux, toujours léger ou tout au plus moyen. — Dans l'un ou l'autre cas, elle n'aurait d'autres modes d'expression clinique que ceux des pleurésies vulgaires.

3° D'être, pour une proportion numérique à peu près équivalente, ou monolatérale ou bilatérale; — et, dans ce dernier cas, soit sèche ou hypercrinique des deux côtés, soit sèche d'un côté et hypercrinique de l'autre.

4° De se produire sous deux formes cliniques, à savoir :

1. — Le plus souvent, sous une forme *froide*, aplegmasique, ou même latente. Elle est alors insidieuse et « sournoise » comme début; puis, plus tard, elle reste presque dépourvue de symptômes, au point de n'être appréciable que par les données de la percussion et de l'auscultation. C'est dans cette forme qu'il lui arrive souvent d'être mé-

connue, et cela, parce qu'on la prend, en raison de ses phénomènes douloureux, pour une périostite costale, une névralgie, une myosalgie, etc.

ii. — Quelquefois cependant elle revêt une forme *subaiguë* ou *aiguë*, laquelle se traduit, sans parler des signes physiques qui sont ceux de toute pleurésie, par une fièvre plus ou moins intense (oscillant en général de 38 à 39 et, exceptionnellement, 40°), par des frissons, un point de côté plus ou moins accentué, de la dyspnée, de la toux, etc.

5° D'évoluer avec rapidité, à la façon de la pleurésie rhumatismale; — et d'aboutir spontanément à une résolution complète, laquelle ne se fait guère attendre au delà de deux à trois septénaires, réserves faites pour quelques cas à terminaison plus tardive; — bref, de constituer une modalité pleurétique foncièrement *bénigne*.

6° Enfin, d'être influencée d'une façon significative par le traitement spécifique, qui parfois la résout et l'efface en quelques jours.

Le cachet de spécificité de cette pleurésie secondaire ressortirait donc principalement, dit-on : 1° de sa coïncidence très habituelle, voire « constante » (?), avec des manifestations secondaires vers la peau, les muqueuses ou même les séreuses articulaires; — 2° de ses caractères de fugacité, de spontanéité résolutive, et de bénignité; — 3° et surtout de l'action curative exercée sur elle par le traitement spécifique.

« D'ailleurs, dit M. Chantemesse, puisqu'il n'est pas rare de voir survenir, au début de la période secondaire, des poussées inflammatoires et fébriles vers les séreuses articulaires et tendineuses, quoi d'étonnant à ce que des poussées semblables puissent se faire du côté de la plèvre? Et comment dénier à de telles pleurésies la qualité d'accidents syphilitiques? Voilà une affection qui survient chez un individu manifestement atteint de syphilis et qui survient *en même temps* que d'autres manifestations de syphilis; comme ces dernières, elle subit l'influence du traitement. Or, celles-ci sont, sans discussion, reconnues syphilitiques, et, dès qu'il s'agit de la plèvre, la nature de l'inflammation changerait! Pourquoi? »

Ce qui n'empêche cependant que le caractère syphilitique de ces pleurésies n'ait été vivement contesté. On a dit que « c'étaient là des pleurésies de *coïncidence*, survenues au cours de la syphilis, mais non syphilitiques pour cela »; — que ces prétendues pleurésies syphilitiques n'étaient rien autre que des pleurésies vulgaires, rhumatismales, pré-tuberculeuses ou autres, etc. — D'autre part, on a voulu en faire des pleurésies simplement *parasyphilitiques*, ce qui ne s'accorde guère, remarquons-le au passage, avec l'influence curative « si remarquable » qu'exercerait sur elles le traitement spécifique.

On a discuté de même sur le processus pathogénique de cette pleurésie secondaire, en se demandant si elle était le résultat d'une action directe de la syphilis sur la plèvre, ou bien de lymphangites

pulmonaires ou pleurales, ou même « d'une éruption pleurale analogue aux syphilides cutanées et muqueuses » (Chantemesse et Vidal).

Toutes ces questions, inutile de le dire, sont loin d'être résolues. Peut-être même serait-il prématuré de prendre position dès à présent pour ou contre l'authenticité de la pleurésie secondaire. A coup sûr, cette entité pathologique compte à son avoir de bons et solides arguments que je viens d'essayer de mettre en lumière ; mais force m'est bien de convenir que la question est à la fois difficile et neuve ; conséquemment, il me semble prudent, pour la juger, d'en appeler à un supplément d'enquête.

Traitement. — C'est le mercure, plus que l'iodure, qui a paru efficace en l'espèce. — En raison des symptômes fébriles et des troubles gastriques concomitants, l'indication rationnelle est d'exclure ici la méthode par ingestion, pour donner la préférence soit aux frictions, soit aux injections mercurielles. — Quant au traitement topique, il paraît superflu, réserves faites pour les cas où il importe de soulager la douleur. Ici comme ailleurs ce dernier traitement consistera en ceci : Ventouses sèches ou, au besoin, ventouses scarifiées, badigeonnages à la teinture d'iode, liniment chloroformé, etc.

On a encore parlé d'une *bronchite secondaire*, laquelle « serait due vraisemblablement, a-t-on dit, à un exanthème des petites bronches analogue à celui qui se produit sur les téguments ». Celle-ci est, pour le moins, très hypothétique.

Que penser cependant de la bronchite qui, assez habituellement (dans la moitié des cas environ, d'après M. Chantemesse), accompagne la pleurésie secondaire ? M. Chantemesse n'hésite pas à la considérer, elle aussi, comme de nature syphilitique. Et, de fait, si l'on accorde à la pleurésie le caractère spécifique, il semble difficile de le refuser à la bronchite « concomitante ». — Autre question qui reste à l'étude.

II

SYSTÈME CIRCULATOIRE.

Plus curieuse et plus variée comme expressions cliniques est la réaction exercée sur les *fonctions circulatoires* par la syphilis secondaire et surtout par le nervosisme secondaire (car, ici encore, c'est au système nerveux principalement que doivent être rapportés les troubles morbides).

Cette influence se traduit de trois façons, à savoir : Palpitations ; — tachycardie ; — arythmie cardiaque inconsciente.

Pour n'avoir pas à le répéter incessamment, je dirai de suite que ce

sont là tous phénomènes de *syphilis nerveuse*, par conséquent sinon exclusifs à la femme, tout au moins s'observant sur elle d'une façon infiniment plus commune que chez l'homme.

1° **Palpitations.** — En l'espèce, comme toujours, ces palpitations consistent en ceci : accélération passagère des battements du muscle cardiaque ; — sensation d'un choc d'une intensité insolite sur la paroi thoracique antérieure ; — malaise *sui generis*, à angoisse précordiale, avec étouffement, besoin d'air, dyspnée, etc.

Ces palpitations sont essentiellement intermittentes et irrégulières dans leur apparition. Elles se produisent par crises, par *accès*, qui durent de quelques secondes à quelques minutes et se répètent plus ou moins fréquemment. — Tantôt ces accès sont provoqués par le mouvement, la marche, un déplacement subit, l'ascension d'un escalier, une émotion, etc. ; et tantôt ils se manifestent sans cause, au repos, au lit même ou pendant le sommeil. — Ils sont plus souvent diurnes que nocturnes ; sur quelques malades, cependant, je les ai vus se manifester de préférence pendant la nuit.

Vient-on à rechercher la raison de ces troubles, on ne constate rien pour les expliquer. D'une part, cœur normal, avec bruits normaux. D'autre part, le plus souvent absence de tout souffle anémique. Et, finalement, aucun antécédent de troubles semblables. Si bien que l'infection spécifique reste seule à mettre en cause comme origine possible du phénomène. Et nul doute, en effet, qu'elle n'en soit responsable. Tout concourt à le démontrer. Car : ces palpitations ont pour caractère de faire leur première apparition au cours de la période secondaire ; — presque toujours elles coïncident soit avec des manifestations spécifiques d'ordre courant, soit avec des symptômes de syphilis nerveuse ; — elles ne durent jamais qu'un certain temps, à la façon des accidents secondaires ; — elles récidivent parfois à l'occasion de poussées nouvelles ; — elles s'atténuent sous l'influence des agents spécifiques ; — finalement, elles disparaissent en laissant indemne le système circulatoire.

2° **Tachycardie secondaire.** — Phénomène assurément rare, mais des plus authentiques.

Il consiste en ceci : Accélération continue des battements du cœur, sans autres phénomènes cardiaques concomitants, notamment (ce qui est curieux) sans palpitations, et, d'autre part, sans élévation de température, sans aucun des phénomènes constitutifs de la réaction fébrile.

C'est là un trouble indolent et inconscient du cœur, que le hasard seul révèle parfois au médecin, car le plus souvent les malades ne s'en plaignent pas. Quelquefois, cependant, il s'accompagne d'un certain malaise cardiaque, vague et mal défini.

J'ai vu de la sorte sur quelques malades le pouls s'élever à 120 et 130, voire, mais très exceptionnellement, à 140 et 150.

Cette accélération singulière des battements cardiaques ne dure qu'un temps, pour faire retour à l'état normal d'une façon progressive en l'espace de quelques septénaires.

Elle s'observe dans les conditions suivantes; toujours chez des femmes; — toujours en coïncidence avec d'autres phénomènes nerveux; — et, presque invariablement, dans les premiers temps de la période secondaire. — Je l'ai vue même pré luder de quelques jours à l'invasion de la roséole, par exemple sur l'une de mes malades qui, six semaines après le début d'un chancre, entra de la façon que voici dans la période secondaire: malaise général; céphalée vive; douleurs multiples et surtout endolorissement des membres; troubles nerveux et, plus spécialement encore, état d'éréthisme nerveux; — accélération extrême du pouls, battant entre 140 et 150, et cela sans la moindre élévation de température; — puis, six jours plus tard, syphilide érythémateuse confluyente.

3° **Arythmies cardiaques inconscientes.** — Manifestation beaucoup plus commune que les deux précédentes et se caractérisant par le curieux phénomène que voici :

Irrégularités diverses du pouls radial; — irrégularités non senties, non perçues (sauf exceptions rares) par les malades; — difficilement appréciées ou même non appréciables pour quelques-unes par l'exploration digitale de l'artère; — mais se révélant de la façon la plus évidente à l'exploration sphygmographique.

Pour avoir longtemps étudié cet ordre de symptômes chez mes malades de Lourcine, je suis autorisé, je crois, à en affirmer l'authenticité, non moins que l'irrécusable relation avec le nervosisme secondaire. Sur nombre de ces malades, en effet, j'ai constaté que le pouls radial, d'une régularité absolue à la période primaire, commençait à se troubler comme rythme au cours de la période secondaire; — que ces arythmies duraient un certain temps, pour s'évanouir ensuite, à la façon dont se dissipent et disparaissent toutes les manifestations secondaires; — qu'elles se produisaient toujours soit sur des femmes nerveuses, soit sur des femmes éprouvées d'une façon nerveuse par la syphilis; — enfin, qu'elles n'étaient imputables à aucune cause autre que la syphilis. Logiquement, donc, on peut les considérer, elles aussi, comme un mode d'expression du nervosisme secondaire.

Ces arythmies du pouls ne se rencontrent pas seulement chez les femmes dont la circulation est troublée d'une façon consciente et qui se plaignent de quelques troubles fonctionnels, tels que palpitations, étouffements, dyspnée. Elles se produisent aussi — et plus fréquemment, je crois, — *en dehors de tout trouble perçu*, indépendamment de tout désordre fonctionnel, de tout état de souffrance des organes circulatoires. Il faut alors les chercher pour les découvrir, et c'est affaire au médecin de les dépister.

Ajoutons que, d'ailleurs, elles sont essentiellement intermittentes.

Si bien que d'une semaine à une autre, d'un jour à un autre, voire d'une heure à l'autre, elles peuvent se présenter modifiées ou même disparaître, pour se reproduire à échéances absolument irrégulières. C'est là ce dont témoignent les tracés sphygmographiques, alors qu'on s'astreint à les recueillir *en série* pendant un certain temps sur la même malade. — Disons toutefois que, dans les cas bien accentués, la modalité morbide du pouls se montre assez persistante et assez uniforme pour un temps plus ou moins long.

Quant aux types que sont susceptibles d'affecter ces arythmies secondaires, ils sont assez variés. Ainsi :

Tantôt l'irrégularité porte sur la *durée inégale* des pulsations, dont quelques-unes sont anormalement prolongées, comme dans les deux tracés que voici :

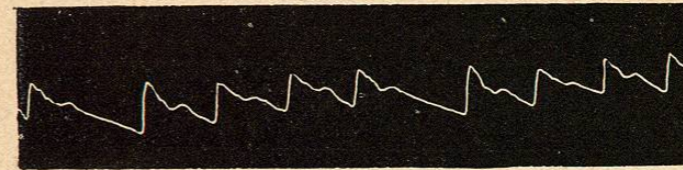


Fig. 20.

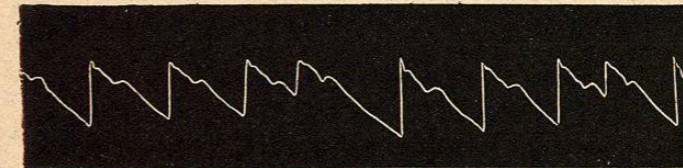


Fig. 21.

Tantôt l'irrégularité est relative à l'*inegalité d'amplitude* des pulsations. Ainsi, certaines pulsations contrastent avec les autres par une ligne d'ascension notablement plus élevée (et quelquefois aussi par une durée plus longue). C'est ce dont témoignent les tracés 22 et 23.

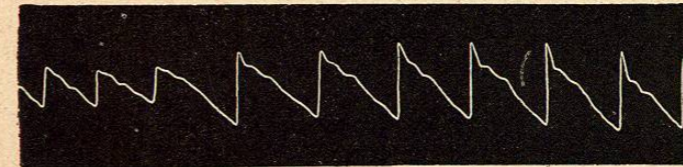


Fig. 22.

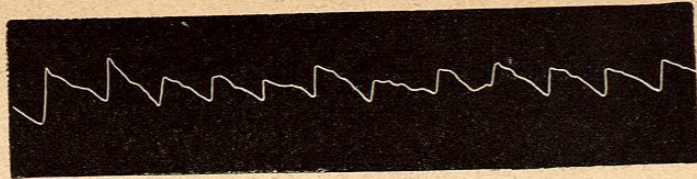


Fig. 23.

D'autres fois, l'irrégularité se traduit par ce qu'on appelle une *systole avortée*, comme dans les figures 24 et 25.

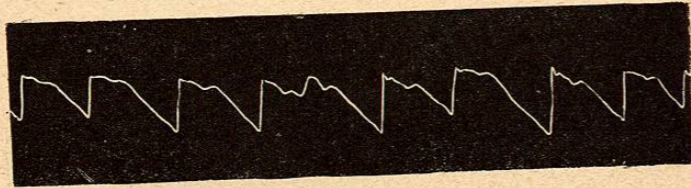


Fig. 24.

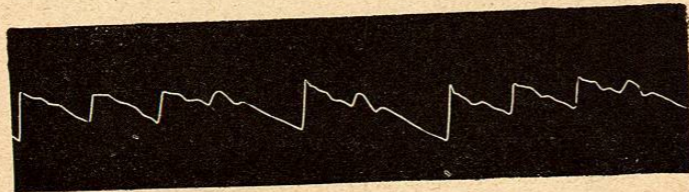


Fig. 25.

Il se peut, enfin, que plusieurs de ces irrégularités se trouvent réunies, associées sur le même sujet.

Je n'insisterai pas davantage sur les phénomènes de cet ordre, que j'ai plus longuement étudiés ailleurs (1), et cela parce qu'à vrai dire ils sont plus curieux qu'importants. Au point de vue pratique, on pourrait les méconnaître (comme on les méconnaît fort souvent) sans dommage pour les malades. Mais il n'en est pas de même au point de vue scientifique, et tel est leur intérêt réel, comme on va le comprendre.

Que ces phénomènes n'aient en soi rien de spécial, rien qui appartienne en propre à la syphilis, cela est de toute évidence. Et, en effet, ils ne diffèrent en rien des diverses altérations du pouls que l'on observe dans une foule de maladies, notamment dans les névroses, dans les troubles généraux de l'organisme, dans les états cachectiques, etc. (2). Mais qu'ils se rattachent à la syphilis comme origine

(1) Voy. *Leçons sur la syphilis chez la femme*, 2^e édit., p. 68 et suiv.

(2) Consulter à ce sujet le beau livre de LORAIN ayant pour titre : *Études de médecine clinique, le pouls*. Paris, 1870.

Dans un très intéressant travail publié dans les *Archives générales de médecine*

première, voilà ce qui n'est pas moins manifeste de par les conditions où ils se produisent, de par leur coïncidence habituelle avec d'autres accidents spécifiques, de par leur durée passagère, etc. Or, s'il en est ainsi, ils constituent une véritable NÉVROSE CARDIAQUE d'origine spécifique. Eh bien, je le demande, n'est-il pas curieux, prodigieusement curieux, de voir la syphilis, même jeune, même secondaire, retentir ainsi sur le cœur?

PHLÉBITE SECONDAIRE.

Des phlébites de modalité subaiguë ou de modalité froide, aplegmasique, ont été observées comme manifestations de syphilis secondaire. Mais ce sont là des accidents des plus rares.

Aussi bien ces phlébites sont-elles de connaissance récente. Elles paraissent avoir été signalées pour la première fois par Gayraud (1882). — Un de mes anciens internes, le D^r Mendel, leur a consacré un intéressant mémoire (1), où il a réuni à peu près tous les cas publiés jusqu'à ces derniers temps.

Siège. — La phlébite secondaire affecte presque exclusivement les veines superficielles, situées sous la peau. Rarement on l'a constatée sur les veines profondes (celles du mollet, par exemple).

Elle intéresse d'une façon également presque exclusive les veines des membres et, bien plus souvent, celles des membres inférieurs (saphène interne, saphène externe) que celles des membres supérieurs (basilique, céphalique, médiane basilique, médiane céphalique, médiane de l'avant-bras, etc.). — Jamais on ne l'a signalée à la main, au pied, au cou, à la tête, etc.

La *saphène interne*, soit dans son tronc, soit dans ses branches, est la veine qu'elle affecte le plus fréquemment.

En général, la phlébite secondaire n'intéresse qu'une seule veine. On l'a vue cependant se porter soit simultanément, soit successivement et à courtes échéances chronologiques, sur les deux saphènes, voire sur trois ou quatre troncs veineux. Dans un cas de M. le D^r Mauriac, par exemple, un malade fut affecté, à quelques mois de distance, de manifestations phlébitiques sur les veines profondes

(décembre 1872), M. le professeur LASÈGUE a démontré ce fait, que les intermittences cardiaques se rencontrent comme phénomène habituel dans une série d'états morbides très divers ayant tous pour aboutissant commun un trouble grave de la santé, notamment dans les cachexies de tout genre, cachexies passagères et curables, ou bien cachexies persistantes et ultimes. Or, à plus d'un titre, la syphilis figure au nombre des affections susceptibles d'apporter « un trouble grave dans la santé ». *A priori*, donc, on serait autorisé à la considérer comme susceptible de déterminer des intermittences cardiaques. Nous venons de voir l'expérience clinique confirmer cette présomption.

(1) Voy. MENDEL, *Contribution à l'étude de la phlébite syphilitique* (*Arch. gén. de méd.*, mars 1894).