

On a donc de valables raisons pour en faire une manifestation de parasyphilis, et je serais bien tenté, quant à moi, de conclure en ce sens.

Cependant, ici encore la prudence et le bon sens doivent intervenir pour nous représenter ce qu'aurait de prématuré une telle conclusion. La question est jeune encore, et rien ne dit que l'avenir ne nous réserve à son sujet des révélations inattendues. Sachons donc attendre, car, en matière aussi délicate, « patience et longueur de temps » sont éléments indispensables de saines appréciations.

RATE. — Splénomégalie secondaire.

La rate peut être influencée par la syphilis secondaire. Et ce fait n'est pas pour nous surprendre; car, d'une part, on sait que les états infectieux retentissent usuellement sur la rate, et, d'autre part, on connaît les connexions pathogéniques qui réunissent ce viscère au système lymphatique, lequel, ainsi que nous l'avons vu, est si fréquemment et si fortement intéressé par la syphilis au cours des jeunes étapes de la maladie.

Cette action de la syphilis secondaire sur la rate se traduit cliniquement par une *hypertrophie* de cet organe, c'est-à-dire par une exagération de volume, par ce qu'on appelle une *splénomégalie*. Mais qu'est-ce que cette splénomégalie, et en quoi consiste-t-elle anatomiquement, histologiquement? Cela, nous l'ignorons encore, en l'absence de toute nécropsie qui ait pu nous renseigner sur ce point. Ce que nous savons uniquement, c'est que la rate peut subir, du fait de la syphilis, et du fait exclusif de la syphilis (toutes autres causes se trouvant exclues), un excès de développement plus ou moins notable, voire très accentué pour quelques cas.

Signalée pour la première fois par Weill (1894), puis étudiée depuis lors par divers observateurs, notamment par Wewer, Schuchter, Bianchi, Quinquaud et Nicolle, Soukernik, etc., cette splénomégalie peut s'observer à diverses étapes de l'infection syphilitique. Mais il est acquis par expérience qu'elle est bien plus commune dans les étapes jeunes de la diathèse qu'à une époque plus reculée. Elle constitue surtout une manifestation secondaire, et même une manifestation remarquablement *précoce* de la période secondaire. C'est, en effet, dans les premiers mois de la maladie qu'on l'a le plus souvent notée et, plus spécialement encore, coïncidemment avec les premières poussées éruptives. On dit même l'avoir vue prélude à ce qu'on appelle l'explosion secondaire, c'est-à-dire apparaître en pleine période primitive, quelques semaines après le chancre, au point de « constituer cliniquement le véritable symptôme initial de la période secondaire » (Quinquaud et Nicolle) (1).

(1) QUINQUAUD et NICOLLE, *Étude clinique sur les hypertrophies de la rate dans la syphilis acquise (Annales de dermatologie et de syphilologie, 1892)*.

Cliniquement, c'est là par excellence un symptôme *latent*, qui n'est pas appréciable pour le malade et qui reste ignoré de lui. Ce symptôme ne devient même évident pour le médecin que si le médecin prend soin de le rechercher. Il se traduit alors, à la percussion, par une exagération de la matité propre de la rate, et quelquefois aussi (mais dans les cas intenses seulement) au palper, par la perception du bord inférieur de l'organe au-dessous des côtes.

Cette splénomégalie secondaire est variable comme degré. Elle est évaluée, comme moyenne la plus usuelle, à « quatre travers de doigt » par Quinquaud et Nicolle; proportion « qu'elle dépasserait souvent pour s'élever à cinq travers de doigt, d'après les mêmes observateurs, mais au-dessous de laquelle elle resterait rarement ». — L'examen attentif de 37 cas de même ordre a fourni à Soukernik (1) les chiffres suivants :

Matité verticale de la rate mesurant :

En 8 cas.....	7 centimètres.
— 2 —	de 7 à 8 cent.
— 9 —	8 centimètres.
— 4 —	9 —
— 7 —	10 —
— 5 —	11 —
— 2 —	12 —

Total : 37 cas.

Aucun trouble appréciable, je le répète, ne se rattache à cette exagération de volume, alors même qu'elle atteint son maximum. Tout au plus, en quelques cas (6 sur 37, d'après Soukernik), semble-t-elle avoir déterminé un certain degré de *splénodynne*, sous forme d'une sensation de gêne, de pesanteur vague, au niveau de la région splénique.

Est-ce là un symptôme qui se relie plus particulièrement à tel ou tel ordre de syphilis? On l'ignore. Théoriquement, on a dit que cette splénomégalie devait se rattacher surtout aux syphilis de forme anémique et cachexiante. Mais cela s'accorde peu avec cette autre opinion d'après laquelle elle serait un symptôme « constant » de syphilis secondaire, donc un symptôme commun à tous les cas. — Pour Quinquaud et Nicolle, elle n'aurait aucune relation avec la qualité du chancre et des accidents consécutifs; elle « évoluerait pour elle-même », en constituant une sorte de manifestation indépendante, autonome, simplement parallèle aux autres symptômes spécifiques, dont elle devancerait d'ailleurs l'apparition.

On n'est guère mieux renseigné sur sa durée, non plus que sur l'intensité d'influence thérapeutique qu'exerce sur elle le mercure ou l'iode. On l'a dite passagère; — destinée à disparaître « en

(1) SOUKERNIK, *La splénomégalie pendant la période secondaire de la syphilis*, thèse de Paris, 1895.

quelques semaines, en quelques mois, en une année »; — et généralement accessible au traitement spécifique, etc. Mais on ne dispose encore, sur ces divers points, que de données vagues, parfois contradictoires, et, tout cela, en somme, reste sujet à révision.

Finalement, chose plus singulière, il n'est pas jusqu'à la fréquence même de ce symptôme qui ne soit thème à dissentiments. Pour certains observateurs, la splénomégalie ne serait qu'une manifestation éventuelle et peu fréquente de syphilis secondaire (ne se rencontrant guère que sur 10 ou 11 malades pour 100, d'après 707 cas empruntés à diverses statistiques); — pour d'autres, au contraire, elle serait « assez commune »; — et pour d'autres, enfin, tels que Quinquaud, Nicolle et Colombini, elle serait « constante ». Est-ce assez dire que de semblables dissentiments laissent la question absolument irrésolue et impliquent la nécessité d'une nouvelle enquête?

Somme toute, la splénomégalie représente, comme l'adénopathie, comme l'adulération du sang, un *stigmat* d'infection, et c'est à ce titre qu'elle constitue un phénomène digne d'intérêt. Jusqu'à nos jours, il faut bien en convenir, elle a été négligée en tant que symptôme, laissée dans l'ombre, voire considérée « comme n'occupant qu'une place insignifiante dans le tableau général de la maladie ». Mais quelle importance ne prendrait-elle pas s'il venait à être dûment démontré, comme le pensent certains de nos confrères, que cette hypertrophie splénique constitue une manifestation habituelle de syphilis, qu'elle en constitue une manifestation exordiale, voire qu'elle peut presque servir de thermomètre pour juger de l'intensité et de la permanence de l'infection, etc.?

REIN. — NÉPHRITE SECONDAIRE.

La néphrite constitue une manifestation tout à fait rare de syphilis secondaire; mais, si rare soit-elle, elle n'en mérite pas moins une attention toute particulière en raison des graves, des très graves dangers qu'elle comporte.

On l'a méconnue, voire récusée, en la taxant de « néphrite vulgaire, greffée par aventure sur un sujet syphilitique ». Mais son authenticité d'origine et de nature ressort très positivement de deux considérations que voici. C'est, d'abord, que, pour un certain nombre de cas qui ont été étudiés aussi minutieusement que possible au point de vue étiologique, la syphilis est restée, par absence de toute autre cause, la cause *unique* à laquelle cette néphrite pouvait être rationnellement imputée. C'est, en second lieu, que maintes fois le traitement spécifique a exercé sur cette néphrite une influence curative vraiment impossible à méconnaître.

Non moins injustement on l'a rapportée à l'action toxique du mer-

cure pour en faire une néphrite mercurielle. Deux raisons péremptaires témoignent encore contre cette interprétation. C'est, d'une part, la précocité commune de cette néphrite qui entre en scène le plus souvent alors que le malade n'a encore fait qu'un court usage du mercure. C'est, d'autre part, qu'on l'a vue se produire avant même toute intervention de ce remède.

Qu'elle ait pu quelquefois trouver des incitations adjuvantes dans les causes usuelles des néphrites, telles que alcoolisme, refroidissement, etc., cela n'est que très naturel. Mais, bien manifestement, ce ne sont là pour elle que des provocations d'ordre secondaire.

Est-ce pour des raisons de ce genre qu'elle affecte le sexe masculin bien plus fréquemment que le sexe opposé? Rationnellement, on peut le croire.

Enfin, on l'a rencontrée à tout âge, mais beaucoup plus communément de vingt à trente ans. — A noter qu'on l'a vue sévir plusieurs fois, et sans raisons appréciables, sur de tout jeunes sujets (dix-sept à dix-neuf ans).

Échéance d'invasion. — Ce que cette détermination présente à coup sûr de plus curieux, c'est la singulière, l'extraordinaire **précocité** possible de son développement.

Ainsi, d'une part, j'ai pu réunir, en dépit de la rareté de l'affection, plus d'une trentaine de cas bien authentiques (soit empruntés à diverses sources, soit personnels) de néphrite secondaire s'étant produite *dans la première année* de l'infection.

Et, d'autre part, ce qui est plus étonnant encore, c'est que, sur ces trente cas, il en est plus du tiers où la néphrite a fait invasion *dans les deux ou trois premiers mois*, comme cela ressort des chiffres suivants :

Invasion de néphrite secondaire s'étant manifestée :

Dans le second mois de l'infection.....	11 cas.
— troisième —	2 —
— quatrième —	3 —
— cinquième —	3 —
— sixième —	1 —
— huitième —	2 —
— neuvième —	2 —
— dixième —	1 —
Au cours de la première année, sans désignation plus précise.....	1 —
	Total : 26 cas.

Ainsi donc, très positivement, **des symptômes rénaux d'ordre spécifique peuvent entrer en scène au seuil même de la période secondaire!** Cela, je le répète encore, est non seulement étonnant, mais extraordinaire.

J'insiste. Cette précocité possible des affections rénales syphilitiques

mérite d'autant plus d'être signalée qu'on y croit peu dans le public médical, je dirai même qu'on n'y croit pas. Plusieurs fois il m'est arrivé, dans ma pratique de ville, d'avoir à lutter contre des confrères qui, en présence de cas de cet ordre, récusaient absolument, formellement, le diagnostic de néphrite spécifique et conséquemment l'institution d'un traitement dirigé en ce sens. « Allons donc ! me disaient-ils, une néphrite syphilitique deux ou trois mois après un chancre ! Mais cela est contraire à l'évolution usuelle et classique de la syphilis, cela est contraire à tout ce qu'on nous a enseigné ; cela est impossible ! » Et cependant force m'est d'ajouter qu'en dépit de cette « impossibilité » théorique les heureux résultats du traitement iodo-mercuriel ont démontré non pas une fois, mais plusieurs, la spécificité de nature de ces néphrites si extraordinairement précoces.

SYMPTÔMES. — Comme qualité de symptômes constitutifs, cette néphrite secondaire ne présente rien de spécial. Elle offre le tableau des néphrites de toute provenance et de toute nature. Je ne ferai donc qu'en esquisser ici la scène, me réservant en revanche d'insister sur quelques particularités qui lui sont propres.

Début insidieux. — Comme premier symptôme remarqué, œdème circonscrit à une ou quelques régions : paupières, verge, scrotum, malléoles, voire luelle, dans un cas.

Alarme à ce propos, et, tout aussitôt, examen de l'urine, qu'on trouve trouble, rosée ou rougeâtre, et chargée d'albumine. — Généralement, oligurie.

Puis, rapidement, diffusion des œdèmes ; — anasarque ; — quelquefois hydropisies des séreuses (hydrothorax, ascite).

Comme état général, apyrexie ou fièvre légère. — Mais décoloration de la face, avec bouffissure. — Courbature, faiblesse, asthénie. — Inappétence ; pesanteur épigastrique ; nausées, vomituritions ; malaise général.

Puis, à terme hâtif, invasion de phénomènes urémiques, sous telle ou telle de leurs trois formes classiques, inutiles à reproduire ici. — Le plus souvent, céphalée ; — troubles de la vue ou de l'ouïe ; — dyspnée ; — vomissements, diarrhée ; — symptômes cérébraux : somnolence, subdélire, affaissement, convulsions, coma.

Rien de spécial, à coup sûr, dans tout cela. Mais ce qui donne une note plus ou moins spéciale à la scène, c'est telle ou telle des trois particularités suivantes, d'ailleurs le plus souvent associées :

1° *Grande quantité d'albumine* dans l'urine, et cela dès les premiers temps, presque d'emblée. — Cette quantité, pour bon nombre de cas, a oscillé entre 8, 12, 19, 23 et 26 grammes par litre. « Albumine à flot dans l'urine », est-il dit dans plusieurs observations. — Dans un cas que j'ai observé avec mon cher collègue et ami le professeur Brouardel, la quantité d'albumine s'éleva jusqu'à 110 grammes

par jour, alors qu'il n'y en avait pas traces trois jours auparavant ! (1).

2° *Rapidité singulière d'évolution.* — C'est le cas de dire qu'en l'espace les événements se pressent et se précipitent, par diffusion et accroissement rapide des infiltrations séreuses, quasi-généralisation des hydropisies, troubles multiples des diverses fonctions, altération de la santé, changement de la physionomie, affaiblissement, affaissement, etc. Parfois il ne s'écoule pas plus de quinze jours à trois semaines entre la constatation du premier œdème local et la constitution d'un ensemble morbide déjà plus ou moins alarmant.

3° *Échéance singulièrement précoce des accidents d'urémie.* — D'une façon non moins précipitée et non moins hâtive, les symptômes d'urémie s'ébauchent dans telle ou telle de leurs nombreuses formes, puis s'accroissent et se confirment. De sorte qu'à terme étonnamment précoce la vie peut se trouver compromise, si une énergique répression thérapeutique n'intervient pas. A ce point que, dans les cas où l'affection s'est terminée d'une façon fatale, la scène morbide a pu ne pas se prolonger au delà de quatre mois, trois mois, deux mois, voire cinquante-deux jours, comme dans un cas d'E. Wickham, se résumant en ceci :

Garçon de dix-sept ans, chétif, mais non alcoolique. — Syphilis contractée dans la première semaine de juillet. — Chancre induré. — En septembre, syphilide papulo-squameuse ; plaques muqueuses anales et alopecie. — Le 12 septembre, tuméfaction œdémateuse de la face. — Le 24, anasarque déjà très développée ; — urines rouges, sanguinolentes et chargées d'albumine. — Bientôt après, troubles gastriques, vomissements. — Assoupissement. — Anxiété respiratoire. — Ascite ; anasarque très accrue. — Phénomènes cérébraux graves, et mort le 4 novembre.

A savoir : *Mort au cent vingtième jour de la syphilis, et au cinquante-deuxième jour de l'affection rénale !*

En vérité, c'est à n'y pas croire.

Terminaisons. — *Pronostic.* — L'affection comporte trois modes de terminaison, à savoir : la guérison ; — la guérison avec persistance d'un certain degré d'albuminurie ; — et la mort.

I. — La guérison complète et permanente constitue le fait de beaucoup le plus habituel, du moins avec l'assistance du traitement.

Abandonnée à elle-même, la néphrite secondaire pourrait-elle guérir ? On l'a dit, et je le crois, bien que n'ayant par devers moi aucun fait démonstratif de ce genre (cela pour la bonne raison que je n'ai jamais eu la coupable audace de laisser sans traitement une maladie de ce genre).

II. — La guérison avec persistance d'un certain degré d'albumi-

(1) Observ. consignée dans la thèse de M. le Dr Descoust, *De l'albuminurie survenant dans le cours des accidents secondaires de la syphilis.* Paris, 1878.

nurie (de quelques centigrammes à un demi-gramme ou plus) s'observe assez fréquemment.

Cette persistance, qu'on a vue se prolonger jusqu'à plusieurs années, est compatible avec un complet rétablissement de la santé. Contient-elle une menace pour l'avenir? Nous ne sommes pas encore renseignés sur ce point.

III. — Mais, à coup sûr, le grand fait, le fait majeur, capital à enregistrer, c'est la **fréquence des terminaisons mortelles**.

Théoriquement on avait pu croire, on a cru et l'on a imprimé que la néphrite secondaire ne constitue qu'une affection bénigne, à la façon usuelle des manifestations secondaires. D'où cette déduction, qu'on peut l'abandonner à son évolution naturelle et « la laisser guérir toute seule ». Double erreur qui a coûté déjà la vie à de nombreux malades et qu'il importe de stigmatiser ici.

La vérité, au contraire, vérité certes inattendue, est que la néphrite secondaire comporte un très haut degré de gravité et *aboutit fréquemment à la mort*. Sur les trente cas que j'ai rassemblés (tous cas survenus au cours de la première année d'infection) je compte exactement dix morts. Cette proportion d'un tiers de cas mortels (et cela, je le répète encore, dans la première année de la syphilis) est, à coup sûr, énorme, colossale. Elle constitue un fait unique dans l'histoire de la syphilis.

On dira avec toute raison : « Mais, dans ces dix cas, le traitement a-t-il été institué comme il aurait dû l'être, c'est-à-dire d'une façon précoce, absolument rigoureuse et suffisamment énergique? » J'accepte l'objection qui, en effet, me paraît valable pour un certain nombre de ces cas. Mais toujours est-il qu'en d'autres cas où la médication la plus intense et la plus complète a été opposée à cette néphrite secondaire par des médecins qui en connaissaient toute la gravité, la mort ne s'en est pas moins produite. Pour ma seule part, j'ai perdu de la sorte plusieurs malades, qu'à vrai dire on avait apportés à l'hôpital dans un état déjà grave; et, pour avoir eu le bonheur d'en guérir un nombre à coup sûr bien plus considérable, je n'en ai pas moins été conduit par expérience personnelle à considérer la néphrite secondaire comme une affection *des plus graves*, des plus rebelles à la thérapeutique, et susceptible d'aboutir parfois à la mort en dépit du traitement le plus rationnel et le plus intensif. Il est même, je crois, des néphrites secondaires presque fatalement mortelles, quoi qu'on fasse.

Variétés. — A la vérité, il existe d'autres formes précisément inverses et remarquables par une absolue bénignité.

Ainsi, on voit parfois des malades présenter, au cours de la période secondaire, un certain degré d'albuminurie, tout en conservant un état général à peu près indemne.

On a même parlé de *formes latentes* de la maladie.

Anatomie pathologique. — Les lésions le plus usuellement constatées à l'autopsie réalisent la forme connue sous le nom de « *gros rein blanc* », consistant surtout en lésions parenchymateuses (glomérulite, avec artériolite).

Mais cette forme est-elle la seule qui puisse traduire l'infection spécifique à la période secondaire? On ne saurait le dire; car, d'une part, nous ne savons rien, nécessairement, des formes qui guérissent; et, d'autre part, nous ne disposons encore que d'un nombre trop limité de nécropsies pour restreindre à la seule néphrite parenchymateuse l'action possible de la syphilis. Déjà, d'ailleurs, on a cité en relation avec l'étape secondaire quelques cas de néphrite interstitielle subaiguë, de néphrite mixte, de néphrite partielle, comme aussi de néphrite à gommes miliaires disséminées. Relativement à cette dernière forme, par exemple, je signalerai une curieuse autopsie de Dœderlin, où l'on rencontra le tissu rénal (comme aussi le tissu hépatique) semé de « minuscules amas de cellules rondes, embryonnaires, disséminées dans les travées conjonctives ou le long des vaisseaux, et rappelant tout à fait l'aspect des *gommes miliaires* excessivement jeunes ».

Diagnostic. — La difficulté en l'espèce est non pas de reconnaître la néphrite (qui est patente de par l'albuminurie et les infiltrations séreuses), mais d'assigner à cette néphrite sa véritable origine, c'est-à-dire de la rattacher à la syphilis.

Pour éviter une erreur à ce dernier point de vue, la première et l'indispensable condition est de se bien pénétrer de cette grande et essentielle vérité, à savoir, que, contrairement à une opinion généralement accréditée, **la néphrite peut être une manifestation de syphilis secondaire, voire de syphilis secondaire toute jeune, ayant à peine dépassé ses premiers mois.**

De par cette notion (dont la méconnaissance, je le répète encore, a causé de nombreux désastres), le diagnostic devient aussitôt facile et formel, car il repose sur toute une série de signes qui sont les suivants :

1° *Antécédents de syphilis récente* ;

2° *Coïncidence très usuelle de divers accidents de forme secondaire*, tels que roséole, syphilide papuleuse, plaques muqueuses, adénopathies, voire, en quelques cas, chancre lui-même ou vestiges de ce chancre sous forme d'induration encore appréciable ;

3° *Absence d'autres causes suffisantes à expliquer cette néphrite.*

En outre, il y aura quelques présomptions à tirer des trois particularités cliniques que je signalais précédemment comme plus spécialement propres à la néphrite secondaire, à savoir :

1° *Grande quantité d'albumine* dans les urines; « albumine à flot » en certains cas.

2° *Rapidité singulière de l'évolution morbide* : albuminurie attei-

gnant en quelques jours un taux intense et parfois considérable ; — tous symptômes de néphrite très hâtivement constitués.

3° *Échéance notablement et presque exceptionnellement précoce des accidents urémiques.*

Sans rien offrir de pathognomonique, ces trois particularités ne laissent pas de conférer à l'ensemble morbide une note vraiment spéciale, je dirai presque une physionomie propre.

Traitement. — Le traitement comporte deux indications essentielles, à savoir : régime lacté et médication spécifique.

Le régime lacté devra être absolu, spécialement dans les formes graves et au début de l'affection. — On n'en relâchera quelque peu la rigueur qu'après une rétrocession complète des symptômes de néphrite et au cas où la nutrition semblerait souffrir d'une alimentation exclusivement lactée. Encore conviendra-t-il en pareil cas de surveiller de très près les urines, pour revenir à temps, s'il y a lieu, au régime lacté intégral.

De par expérience, la médication spécifique doit être à la fois mercurielle et iodurée.

De par expérience également, mieux vaut prescrire le mercure et l'iodure indépendamment l'un de l'autre que les réunir dans une préparation mixte, telle que le sirop de Gibert (lequel, soit dit au passage, est presque toujours intoléré).

L'iodure sera facilement administré dans le lait.

Quant au mercure, impossible encore de spécifier quel mode d'administration convient le mieux en l'espèce. Le mode stomacal est souvent exclu par l'intolérance gastrique, les vomissements, la diarrhée, etc. Restent les méthodes externes (frictions, injections quotidiennes, injections massives) ; mais laquelle des trois est préférable ? J'avoue n'être encore fixé sur ce point ni par mes lectures, ni par mon observation personnelle.

L'essentiel, en tout cas, est que, d'une façon ou d'une autre, le mercure soit administré à bonne dose, à dose proportionnée au grave danger qui menace. Les doses timides n'aboutissent, de par expérience, qu'à laisser mourir les malades.

Cela est d'autant plus essentiel à spécifier que trop souvent ici un préjugé paralyse, en partie tout au moins, la thérapeutique. Positivement en l'espèce *on a peur* du mercure, comme aussi de l'iodure, et l'on donne le moins possible de l'un ou de l'autre, quand on s'enhardit à prescrire tel ou tel. Pourquoi ? « Parce que, dit-on, l'élimination de ces deux agents par un rein déjà malade risque de conférer à l'organe une irritation nouvelle et de compliquer la situation ». Crainte chimérique, à laquelle la clinique inflige un démenti formel, et j'ajouterai préjugé néfaste, désastreux, auquel il n'est que temps de substituer la bienfaisante vérité que voici :

En l'espèce, *le salut du malade est souvent au prix d'une intervention intensive du traitement spécifique.*

Quant aux accidents urémiques proprement dits, leur traitement n'est en rien modifié par la spécificité originelle des lésions ; je n'en parlerai donc pas.

SYPHILIS SECONDAIRE DU SYSTÈME REPRODUCTEUR.

I. — CHEZ L'HOMME.

Réserve faite pour sa mystérieuse influence sur la transmission héréditaire, le système reproducteur de l'homme est généralement épargné par la syphilis secondaire.

Il ne présente guère, à cette période de la maladie, qu'une seule manifestation, — encore assez peu commune — laquelle a reçu le nom d'**épididyme secondaire**.

Signalée et bien décrite par Dron (de Lyon) en 1863, étudiée ensuite par moi, puis par un de mes élèves, le Dr Balme (1), par MM. Tédénat, Mauriac, Pascalis, Cuilleret (2), etc., cette affection se différencie à deux titres du sarcocèle syphilitique que nous aurons à décrire dans la période tertiaire, à savoir : 1° parce qu'elle intéresse exclusivement l'épididyme, tandis que le sarcocèle tertiaire porte soit exclusivement sur le testicule, soit sur le testicule et l'épididyme à la fois ; — 2° parce qu'elle constitue une manifestation *jeune*, particulièrement jeune de la maladie, tandis que le véritable sarcocèle (bien que pouvant être précoce) a généralement une échéance plus tardive, quelquefois même extrêmement tardive. Précisons mieux. L'épididyme secondaire est le plus souvent contemporain des premières manifestations de syphilis secondaire. D'après Dron, il apparaît en moyenne du troisième au quatrième mois de l'infection. Il peut cependant s'observer plus tard, tout en restant toujours assez précoce.

La symptomatologie en est des plus simples et se résume en ceci : Une néoplasie épидидymaire, et seulement épидидymaire, surmontant le testicule resté sain, à la façon « d'un cimier de casque ».

Cette néoplasie est plus souvent monolatérale que bilatérale, et cela dans la proportion approximative de 43 cas contre 23 (Cuilleret). — Elle a pour caractère de rester le plus habituellement partielle, en se limitant à la *tête* de l'organe. Il est rare qu'elle envahisse tout l'épididyme.

Si bien que l'affection se présente cliniquement sous forme d'une tumeur, d'un « calus », comme disent les malades, coiffant le testicule

(1) BALME, *Étude sur l'épididymite syphilitique*, thèse de Paris, 1876.

(2) CUILLERET, *Étude sur l'épididymite syphilitique secondaire*. Lyon, 1890. — On trouvera particulièrement dans cet excellent travail un historique très complet de la question.