

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

à sa partie supéro-postérieure. — Cette tumeur n'offre qu'un faible volume, comparable en général à celui d'une olive ou d'une noisette, parfois même ne dépassant pas les proportions d'un gros pois. — Elle est soit arrondie, en forme de bille, soit plus fréquemment ovalaire, en forme d'olive. — Toujours elle est ferme, dure; et souvent même très dure. — Elle est lisse de surface, unie, sans nodosités saillantes, sans bosselures. — Enfin, et surtout, elle est remarquablement indolente, et cela soit spontanément, soit au palper et même à la pression. D'où il suit que, ne déterminant d'ailleurs aucun trouble fonctionnel, elle n'avertit en rien le malade de sa présence. Aussi bien reste-t-elle *souvent ignorée*. En nombre de cas, c'est le médecin qui la découvre et la signale au malade, plus souvent que ce n'est le malade qui vient s'en plaindre au médecin.

Variétés. — Il est possible que le testicule soit affecté en même temps que l'épididyme (13 fois sur 100 environ); mais il ne l'est jamais que d'une façon à la fois partielle, légère et aphlegmasique. — Plus rarement encore la vaginale peut présenter une certaine exsudation.

La forme froide et indolente, que je viens de décrire, est le type habituel de l'affection. — Toutefois, en de très rares circonstances, l'épididyme secondaire revêt telle ou telle des deux formes suivantes :

1° Forme *subaiguë*, caractérisée par quelques douleurs sourdes au début, une certaine tuméfaction des bourses et une douleur véritable déterminée par le palper.

2° Forme *aiguë* (celle-ci tout à fait exceptionnelle), rappelant le début d'une épididymite blennorrhagique : douleurs spontanées, assez vives; — douleurs plus vives encore à la pression; — tuméfaction et rougeur des bourses; — épididyme infiltré dans toute son étendue. « Cet état reste stationnaire huit à dix jours; puis les symptômes aigus s'amendent, et l'affection, d'aiguë qu'elle était d'abord, puis subaiguë, ne tarde pas à revenir à la forme ordinaire. » (Cuilleret.)

Évolution, terminaison. — Manifestation à tendance spontanément régressive; — résolutive *ad integrum*; — n'aboutissant jamais ni à suppuration, ni à dégénérescence gommeuse, ni à ulcération.

Que durerait-elle, abandonnée à elle-même? Nous manquons d'observations pour le dire. En tout cas, soumise au traitement spécifique, elle guérit facilement, se résorbe en quelques semaines et disparaît sans laisser à sa suite ni trouble fonctionnel ni trace sensible de son passage.

Diagnostic. — I. — Sans parler de l'épididymite traumatique qui se différencie par une anamnèse toute spéciale, la lésion la mieux faite pour simuler l'épididyme secondaire est sans contredit l'engorgement dur, froid, indolent et chronique, qui succède habituellement à l'épididymite blennorrhagique et lui survit parfois un temps très long. Mais le diagnostic ressort aussitôt des commémoratifs d'une

inflammation aiguë et douloureuse des bourses, s'étant produite au cours d'un écoulement urétral. En outre, la tumeur reliquat de l'épididymite blennorrhagique a pour caractère ou bien d'affecter tout l'épididyme, ou bien, plus souvent encore, de se cantonner dans le *globus minor*, vers la queue de l'organe.

II. — L'épididymite tuberculeuse se rapproche absolument, à son début tout au moins, de l'épididyme secondaire par son siège, son indolence, sa dureté, etc. Mais elle ne tarde pas à s'en différencier par divers caractères, à savoir : bosselures, et bosselures souvent multiples, bien plus fortement accentuées que dans la syphilis; — bosselures de consistance souvent inégale, les unes encore dures, mais d'autres moins fermes, et d'autres en voie de ramollissement; — invasion habituelle du canal déférent, qui devient moniliforme; — invasion possible et même fréquente de la prostate et des vésicules séminales. — Ajoutez à cela les considérations tirées de l'état général, comme aussi de la coïncidence possible d'autres tuberculoses de siège différent, etc. — En fin de compte, critérium rapidement significatif offert par le traitement spécifique, qui résout à bref délai l'épididyme secondaire, mais reste sans résultat sur l'épididymite tuberculeuse.

III. — Enfin, l'épididyme secondaire a été plus d'une fois rapporté à une affection kystique localisée dans le *globus major*. Mais, si les kystes de cette région peuvent en imposer par leur consistance et leur indolence, ils sont généralement moins réguliers et moins lisses de surface que l'épididyme secondaire, plus globuleux et moins oblongs, souvent aussi plus élastiques que durs. En tout cas et bien mieux que ces divers signes d'appréciation délicate, le traitement ici encore offre un recours précieux pour lever toute difficulté diagnostique à brève échéance.

Traitement. — Pour l'énorme majorité des cas, traitement local inutile. — Recommander simplement le suspensoir ouaté et quelques bains. — Éviter fatigue, bicyclette, cheval.

Le mercure suffit en général à déterminer une résolution rapide. — Lui adjoindre l'iodure en cas de régression lente.

II. — CHEZ LA FEMME.

Beaucoup plus multiples et variés sont les troubles importés par la syphilis secondaire dans le système génital féminin.

I. — *Leucorrhée.* — En premier lieu je mentionnerai, comme un accident qu'il est assez commun d'observer chez les femmes syphilitiques, la *leucorrhée*, c'est-à-dire un suintement séro-muqueux provenant des muqueuses génitales internes. Nombre de femmes, qui n'avaient jamais eu de fleurs blanches avant de contracter la syphilis,

deviennent leucorrhéiques à des degrés variables et pour un certain temps au cours de la période secondaire.

Est-ce là un accident direct de syphilis? Je n'en crois rien. J'incline bien plutôt à considérer cette leucorrhée comme un effet de la chloro-anémie et de la débilitation générale que la diathèse importe souvent dans l'économie féminine.

Question plus grave : Cette leucorrhée est-elle *contagieuse*? Je n'hésite guère, avec les réserves que comporte une question de ce genre, à répondre négativement. D'une part, en effet, j'ai vu nombre de femmes syphilitiques affectées de leucorrhée ne rien transmettre par les rapports sexuels. Et, d'autre part, toutes les fois que, par confrontation, j'ai pu remonter à l'origine d'une contagion syphilitique transmise à un homme, j'ai toujours — à de très rares exceptions près — rencontré chez la femme des lésions spéciales (chancre ou syphilides), bien définies, bien manifestes. Je ne sais ce que serait capable de produire par inoculation l'écoulement leucorrhéique provenant d'un organisme entaché de syphilis ; mais ce que j'ai vu, c'est qu'il reste ou paraît rester inoffensif dans les conditions physiologiques du rapprochement sexuel.

II. — **Névrалgie utérine.** — Manifestation de même ordre que la précédente, en ce sens qu'elle aussi semble bien moins constituer un symptôme direct de syphilis que relever de la chloro-anémie ou de l'état général ou de l'éréthisme nerveux qui résulte de la diathèse.

Quelle qu'en soit la pathogénie, toujours est-il que ce symptôme est d'observation assez commune. Nombre de femmes qui, avant la syphilis, étaient restées indemnes de toute souffrance utérine, commencent, au cours de la période secondaire, à devenir sujettes à des douleurs plus ou moins accentuées qui, par l'ensemble de leurs caractères, rappellent tout à fait l'*hystéralgie* commune, vulgaire. Ce sont des douleurs irrégulières et capricieuses, exacerbantes, partant d'un point fixe que les malades localisent très bien dans la région médiane et inférieure du ventre, s'exaspérant par la marche, s'exaspérant surtout par le toucher du col, irradiant vers les lombes, le sacrum, les cuisses, redoublant d'intensité au moment des règles, etc. Aucune lésion contemporaine ne venant, d'autre part, rendre compte de tels phénomènes, force est bien de les considérer comme purement névralgiques et d'en faire une *névrose utérine*.

Quant à la connexion de ces accidents avec la syphilis, elle ressort des conditions mêmes où ils se sont produits, comme aussi des symptômes qui leur sont associés. Quoi d'étonnant, d'ailleurs, à ce qu'une manifestation de cet ordre dérive d'une influence diathésique? Chacun sait quelle impressionnabilité singulière acquiert le système utérin chez les femmes chloro-anémiques ou débilitées par une raison quelconque ; et, d'autre part, je n'ai plus à dire quel éréthisme morbide la syphilis imprime souvent à l'organisme féminin.

III. — **Troubles menstruels.** — Déterminer l'influence de la syphilis sur la menstruation constitue, certes, un problème des plus délicats. Il est souvent très difficile, en effet, de démêler ce qui revient à l'action propre de la diathèse au milieu des causes multiples et variées qui, chez toutes les femmes et chez nos malades d'hôpital en particulier, peuvent modifier le cours des règles : causes générales dérivant de la constitution, du tempérament, de la santé habituelle, de l'anémie, de la chlorose, des influences professionnelles, etc. ; — causés locales, relevant de l'état utérin, des excitations génitales, de la débauche, des habitudes vicieuses, etc. ; — sans parler encore de ces idiosyncrasies singulières qui souvent impriment aux règles telle ou telle modalité anormale.

J'ai tenté cependant d'élucider la question. Pour me tenir en garde le mieux possible contre toutes ces causes d'erreur, je me suis astreint à ne prendre comme sujets d'observation que les femmes dont les règles avaient été parfaitement *régulières* jusqu'à l'époque de leur maladie, et celles qui, séjournant un certain nombre de mois à l'hôpital, se trouvaient soustraites par cela même aux excitations de la vie extérieure. Procédant de la sorte et réunissant à mes observations d'hôpital celles que j'avais pu recueillir en ville dans des conditions meilleures, je crois être arrivé à quelques résultats qui me paraissent entourés de réelles garanties d'exactitude.

Ces résultats, je les formulerai tout d'abord, me réservant de les légitimer par une discussion subséquente.

1° Sur le plus grand nombre des femmes, la syphilis, dans ses formes habituelles, c'est-à-dire dans ses formes légères ou moyennes, ne trouble pas sensiblement les règles.

2° Sur quelques malades, toutefois, même dans ses formes communes, elle détermine certains troubles menstruels bien manifestes ; — et, de ces troubles, les plus habituels consistent en *retards*, *irrégularités*, *appauvrissement*, *suppression* plus ou moins complète du flux menstruel.

3° Si les troubles menstruels sont assez rares dans les syphilis de gravité moyenne, ils deviennent, au contraire, fréquents et intenses dans la plupart des cas où la maladie prend une gravité supérieure et revêt, dès la période secondaire, la forme que nous avons qualifiée de viscérale.

Précisons.

1. — La première des propositions qui précèdent n'est guère sujette à contestation. Chez le plus grand nombre de nos malades, simplement éprouvées par des manifestations légères et superficielles, j'ai noté que la menstruation n'était pas sensiblement troublée, ne semblait même en aucune façon influencée par la diathèse. — Inutile de citer, à ce point de vue, des observations particulières. C'est là un fait qui ressort de la pratique courante.