

feuille muqueux du prépuce ou sur le gland; on ne parvient pas toujours à percevoir l'induration sous la peau; lorsqu'on y réussit, c'est un signe assez certain de syphilis; en l'absence de ce signe, on doit se rabattre sur les symptômes ultérieurs et en première ligne sur les *modifications des vaisseaux et des ganglions lymphatiques*. Ces derniers symptômes, dont nous parlerons bientôt en détail, ont, dans tous les cas, une haute valeur diagnostique: le gonflement indolore des ganglions voisins du chancre syphilitique se différencie nettement de l'adénopathie aiguë, douloureuse, consécutive du chancre mou, quand celui-ci retentit sur les ganglions; en outre, lorsque le chancre induré présente une localisation anormale, l'adénopathie peut fournir des indications précieuses sur le siège qu'il occupe.

Quand le chancre est *extragénital*, c'est au fond, la rareté de ces localisations qui en rend l'appréciation si difficile et permet même au chancre de passer tout-à-fait inaperçu. Ceci est moins vrai pour les indurations qui siègent à la bouche, cette localisation étant encore une des plus fréquentes; cela s'applique au contraire aux cas où la sclérose siège, par exemple, aux yeux, au nez, à l'oreille ou même, comme nous l'avons observé, entre deux orteils; l'adénopathie qui, précisément dans ces cas, est souvent très accentuée, est un guide fidèle pour la recherche de l'induration initiale. Nous ne devons jamais oublier que l'infection syphilitique peut se faire sur n'importe quelle partie du corps, et qu'en fait elle s'y produit soit à la suite de contacts accidentels, soit comme conséquence de perversions souvent si bizarres de l'instinct sexuel.

CHAPITRE V

LES AFFECTIONS SYPHILITIKES DES VAISSEAUX ET DES GANGLIONS LYMPHATIQUES

Les premiers symptômes qui font suite au chancre induré se manifestent dans les *vaisseaux* et les *ganglions lymphatiques* du territoire où siège l'induration. Le virus syphilitique est entraîné

de son foyer primitif par la lymphe; il arrive aux vaisseaux puis aux ganglions lymphatiques et y détermine un processus hyperplasique absolument analogue à celui que nous avons vu se produire au lieu d'inoculation. Si le chancre induré siège à la partie antérieure de la verge, on perçoit dans presque tous les cas, quelques jours après son apparition, parfois plus tard, un gonflement indolore des lymphatiques dorsaux, qu'on peut nettement sentir sous la peau comme un cordon rigide, bosselé, de la grosseur d'une épingle. Dans quelques cas, ces symptômes acquièrent une plus grande acuité: la peau qui recouvre le cordon induré devient rouge et sensible. De même, dans les scléroses extragénitales, on voit parfois des stries rougeâtres, répondant aux lymphatiques enflammés, converger vers les ganglions de la région.

Cette lymphangite est bientôt suivie de l'*adénopathie des ganglions voisins*; celle-ci se manifeste en moyenne quatre ou cinq semaines après l'infection. Comme le chancre induré siège ordinairement aux organes génitaux, c'est aux *ganglions inguinaux* qu'on observe le plus souvent cette adénopathie. Ceux-ci se gonflent et, à l'opposé de ce qui se passe dans le chancre mou, cette tuméfaction est progressive, indolore, sans aucune acuité (*bubons indolents*). Seuls, les ganglions y prennent part, le tissu avoisinant reste intact; aussi les perçoit-on sous forme de tumeurs bien isolées, mobiles sous la peau, allongées, atteignant le volume d'une fève, parfois celui d'une cerise. Il est rare qu'elles soient plus volumineuses. Ordinairement les ganglions s'entreprennent des deux côtés à la fois; mais en général l'un des côtés est plus pris que l'autre et comme dans le chancre mou, le côté le plus atteint correspond à celui où siège le chancre, sans que le fait soit constant. En général, plusieurs ganglions prennent part à l'adénopathie; cette adénopathie est multiple et s'observe ordinairement au groupe des ganglions qu'on désigne du nom de *ganglions inguinaux*, c'est-à-dire à ceux qui sont situés immédiatement sous le ligament de Poupert, au dessus du fascia lata (*panglionnäre Drüsenschwellung*, AUSPITZ); on sent alors sous la peau deux, trois ou quatre ganglions formant ce qu'on a nommé le *chapelet syphilitique*.

Est-il besoin de dire que la combinaison du chancre induré et du chancre mou (chancre mixte) modifie cette évolution? Dans ce cas on observe souvent une adénite aiguë suppurée, provoquée par le chancre mou.

Dans les *scléroses extragénitales*, la tuméfaction envahit les ganglions correspondant au chancre ; dans le chancre induré de la bouche, par exemple, ce sont les ganglions *sous-maxillaires* et *sous-mentaux* ; dans les scléroses de la main et des doigts, les ganglions *cubitaux* et *axillaires*. Fait remarquable, ces adénopathies ont plus souvent que l'adénopathie inguinale, un caractère subaigu ou aigu et atteignent des dimensions beaucoup plus fortes que celles du pli inguinal. Aussi voit-on assez souvent, quand le chancre siège à la bouche et au visage, les ganglions sous-maxillaires correspondants former des tumeurs de la grosseur d'une noix, douloureuses, adhérant à la peau. (V. fig. 6.) Ce fait est des plus importants pour aider à découvrir le siège du chancre initial ; quelquefois même il est possible, après la guérison de celui-ci, de dire, en se basant sur la persistance d'une telle adénopathie, quel a été le siège de l'induration primitive, par où le *virus syphilitique* a pénétré dans l'organisme.

Nous étudierons dès maintenant les autres affections de l'appareil lymphatique qui surviennent pendant le cours de la syphilis. En premier lieu viennent les *adénopathies multiples* ; elles se produisent à peu près en même temps que les premiers symptômes généraux et dépendent bien certainement de la pénétration dans les ganglions, du virus syphilitique charrié par le sang ; nous exceptons évidemment les ganglions que la lymphe doit traverser et qui se trouvent situés entre le chancre et l'endroit où elle se déverse dans le torrent circulatoire ; ces ganglions sont déjà malades par le seul fait du passage du virus. La seconde explication que l'on a donnée pour expliquer les *adénopathies multiples* n'est pas vraisemblable ; dans cette opinion, chaque ganglion ne deviendrait malade *que* sous l'influence d'éruptions syphilitiques localisées sur son territoire de distribution. Tout en rejetant cette explication, nous admettons cependant que les lésions locales de la syphilis peuvent donner naissance à des adénopathies partielles ou augmenter celles qui existent déjà.

Les symptômes de l'adénopathie générale sont identiques à ceux de l'adénopathie inguinale, sinon que la tuméfaction est ordinairement moins accusée. Les ganglions tuméfiés sont tout-à-fait indolents, mobiles sous la peau et sur les tissus sous-jacents, ils sont durs — *scléradénite* — et ont tout au plus la grosseur d'une fève. Bien que tous les ganglions superficiels puissent être

malades, certains groupes sont cependant plus régulièrement et plus fréquemment atteints que d'autres ; dans chaque cas de syphilis il est rare qu'on trouve tous les ganglions engorgés ; certains groupes seuls participent à l'altération. Le plus souvent ce sont les ganglions *sous-maxillaires*, *jugulaires*, *occipitaux* et *nucaux* qui s'entreprennent : il va sans dire que nous ne tenons pas compte des adénopathies dues au voisinage immédiat du chancre. On a aussi observé la tuméfaction des ganglions *cubitaux*, *axillaires* et *paramammaires*.

Ces adénopathies ont une *importance diagnostique* considérable, surtout parce qu'elles constituent un signe qui n'a pas la fugacité que présentent les autres manifestations secondaires ; d'ordinaire elles persistent pendant longtemps, parfois pendant plusieurs années, tout en diminuant insensiblement de volume ; il faut toutefois être réservé dans leur appréciation, car ces adénopathies n'ont en elles-mêmes rien de caractéristique et ne peuvent souvent se distinguer d'autres adénites chroniques. Cette observation s'applique tout spécialement aux ganglions sous-maxillaires et jugulaires qu'on rencontre si souvent hypertrophiés à la suite d'inflammations chroniques du pharynx et des amygdales. L'adénopathie des ganglions cubitiaux est déjà un meilleur élément de diagnostic : on peut facilement les sentir, le bras étant fléchi, sur le côté du tendon du biceps, immédiatement au dessus du condyle interne. Cependant on trouve souvent ces ganglions tuméfiés chez les manouvriers exposés à de fréquents traumatismes aux mains et à l'avant-bras. Les ganglions paramammaires, situés chez l'homme à un ou deux travers de doigt en dehors du mamelon, ne s'indurent en général que sous l'influence de la syphilis ; aussi, leur tuméfaction est-elle très caractéristique, presque pathognomonique de l'infection ; malheureusement cette adénopathie est excessivement rare, même dans la syphilis, de sorte que ce précieux signe diagnostique nous échappe dans la grande majorité des cas. Chez la femme, les ganglions paramammaires sont beaucoup plus rarement perceptibles, en raison de l'épaisseur du pannicule adipeux.

L'évolution de ces adénites n'offre rien de particulier ; elles ne présentent jamais de symptômes inflammatoires graves et ne passent pas à la suppuration. Leur régression traîne très longtemps ; sous l'influence d'un traitement antisiphilitique régulier, les ganglions tuméfiés diminuent, il est vrai, de volume,

mais souvent on parvient encore à les retrouver plusieurs années après l'infection.

Pendant la *période tertiaire*, on voit, exceptionnellement, un ganglion lymphatique ou plusieurs glandes appartenant à un même groupe, présenter des lésions spécifiques ; au début l'affection est assez aiguë, la tuméfaction ganglionnaire souvent assez forte. Plus tard la glande se détruit et son contenu s'échappe à l'extérieur ; d'autres fois la tumeur se résorbe. Malgré l'acuité relative du processus, ces adénopathies ont le singulier privilège d'être habituellement indolentes. Dans les quelques rares cas dont on a pu faire l'autopsie, on a démontré la présence d'infiltrations gommeuses dans les ganglions malades. Il faut bien séparer ces *lymphadénites gommeuses* des tuméfactions ganglionnaires, peu fréquentes aussi, qui sont sous la dépendance d'une affection tertiaire d'un organe voisin — le plus souvent d'un viscère — ; dans ces cas, on n'a trouvé qu'un état inflammatoire chronique du tissu ganglionnaire. (CORNIL).

CHAPITRE VI

LES SYMPTOMES DE LA PÉRIODE ÉRUPTIVE

La **période éruptive de la syphilis**, c'est-à-dire le temps pendant lequel apparaissent les phénomènes de généralisation du mal, présente, comme nous l'avons déjà dit, une grande analogie de symptômes avec les maladies infectieuses aiguës.

Le premier symptôme à signaler est la *fièvre*; sans être absolument constante, elle accompagne cependant beaucoup de cas de syphilis. Les données relatives à la fréquence de cette fièvre syphilitique ne sont pas concordantes; les chiffres oscillent depuis un taux très faible jusqu'à celui de 20 p. c. des cas. Il est très probable qu'elle est encore plus fréquente, mais qu'elle se dérobe aisément à l'observation, grâce à sa fugacité.

Cette *fièvre d'éruption* se montre ordinairement peu de temps avant le premier exanthème généralisé ou bien en même temps que

lui. « La marche de cette fièvre est franchement rémittente (pseudo-intermittente) avec retour quotidien à la normale ou à un degré très voisin de celle-ci. » (WUNDERLICH). En général, la courbe thermique n'est pas très élevée; il arrive cependant qu'on observe des températures de 40 à 41. Il est rare qu'il se produise de violents frissons. La durée de cette fièvre est habituellement très courte, de quelques jours à peine; on l'a toutefois vue se prolonger une ou deux semaines.

Cette ascension thermique s'accompagne, comme dans les autres maladies, de symptômes accessoires tels que de céphalalgie, d'insomnie, de sensations douloureuses à différents endroits du corps, de transpirations; mais, comme ces symptômes ont souvent une intensité qui est disproportionnée au degré d'hyperthermie, comme d'autre part, on les observe souvent dans des cas tout-à-fait apyrétiques, nous sommes forcés d'admettre qu'en fait ils sont sous la dépendance directe de l'infection et que la fièvre ne joue, dans leur pathogénie, qu'un rôle très accessoire. C'est pourquoi nous les décrivons plus loin avec plus de détails.

Occupons-nous dès maintenant, bien que ce ne soit pas absolument la place, des poussées fébriles qui apparaissent pendant l'évolution de la syphilis. Dans les syphilis à marche « normale » les récidives à la peau et aux muqueuses sont, d'ordinaire, apyrétiques; on n'observe de fièvre que dans les exanthèmes pustuleux et dans certaines affections tertiaires des organes profonds, surtout des os, et elle présente alors les mêmes caractères que la fièvre d'éruption; il peut même exister une *fièvre syphilitique tertiaire*, sans que l'examen le plus attentif permette de déceler aucune manifestation locale de syphilis; la courbe de cette fièvre présente une grande analogie avec celle de la fièvre intermittente. Ce qui facilite le diagnostic, c'est que le frisson fait tout-à-fait défaut ou est peu intense relativement au degré de la fièvre: en outre, dans chaque accès, la courbe thermique présente une certaine irrégularité; tantôt c'est le type presque quotidien, tantôt le type tierce, d'autres fois l'accès n'a aucune régularité; il n'existe pas de tuméfaction de la rate. Enfin un dernier signe diagnostique certain est le peu d'influence qu'a la quinine sur cette fièvre; l'iodure de potassium, au contraire, en a rapidement raison.

Dans certaines formes de syphilis, la fièvre accompagne constamment les poussées morbides; ce sont les formes qu'on