BIBLIOTECA MEDICA ROMA
MISCELL.
A 48
3

LTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1923-1924. — N°/4

Contribution à l'Etude

# DES RÉACTIONS GANGLIONNAIRES

## au cours de l'hérédo-syphilis tardive

Formes scrofuloïde et lymphadénique

# THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 novembre 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Marcel BERNHEIM**

né à Lyon le 23 octobre 1893

*Interne lauréat des Hôpitaux* (Prix Bonnet *1920*).

*Préparateur d'Histologie à la Faculté.*

BIBLIOTECA MEDICA ROMA

TRÉVOUX
IMPRIMERIE G. PATISSIER.

1923

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RÉACTIONS GANGLIONNAIRES AU COURS DE L'HÉREDO-SYPHILIS TARDIVE.

## FORMES SCROFULOIDE ET LYMPHADÉNIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
**Année scolaire 1923-1924. — N°/4**

Contribution à l'Etude

# DES RÉACTIONS GANGLIONNAIRES

## au cours de l'hérédo-syphilis tardive

Formes scrofuloïde et lymphadénique

---

# THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 novembre 1923

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**Marcel BERNHEIM**

né à Lyon le 23 octobre 1893

*Interne lauréat des Hôpitaux* (Prix Bonnet *1920).*

*Préparateur d'Histologie à la Faculté.*

BIBLIOTECA MEDICA

TRÉVOUX
IMPRIMERIE G. PATISSIER.

1923

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

| | |
|---|---|
| Doyen honoraire | M. HUGOUNENQ. |
| Doyen | M. J. LEPINE. |
| Assesseur | M. ROQUE. |

**Professeurs honoraires**

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

**Professeurs**

| | |
|---|---|
| Cliniques médicales | BARD. ROQUE. |
| Cliniques chirurgicales | TIXIER. BERARD. |
| Clinique obstétricale et accouchements | COMMANDEUR. |
| Clinique ophtalmologique | ROLLET. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | NICOLAS. |
| Clinique neurologique et psychiatrique | LEPINE (J.). |
| Clinique des maladies des enfants | WEILL. |
| Clinique des maladies des femmes | POLLOSSON (A.) |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie | LANNOIS. |
| Clinique des maladies des voies urinaires | ROCHET. |
| Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie | NOVE-JOSSERAND |
| Physique biologique, radiologie et physiothérapie | CLUZET. |
| Chimie biologique et médicale | HUGOUNENQ. |
| Chimie organique et toxicologie | MOREL. |
| Matière médicale et botanique | BRETIN. |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale | GUIART. |
| Anatomie | LATARJET. |
| Histologie | POLICARD. |
| Physiologie | DOYON. |
| Pathologie interne | COLLET. |
| Pathologie et thérapeutique générales | MOURIQUAND. |
| Anatomie pathologique | PAVIOT. |
| Chirurgie opératoire | VILLARD. |
| Médecine expérimentale et comparée et bactériologie | ARLOING (F.). |
| Médecine légale | ETIENNE MARTIN. |
| Hygiène | COURMONT (P.). |
| Thérapeutique, hydrologie et climatologie | PIC. |
| Pharmacologie | X. |

**Professeurs titulaires sans chaire**

| | |
|---|---|
| Chargé d'un cours de Pathologie externe | VALLAS. |
| — — Propédeutique de gynécologie | CONDAMIN. |
| — — Chimie minérale | BARRAL. |
| — — Urologie | GAYET. |

**Chargés de cours complémentaires**

| | |
|---|---|
| Anatomie topographique | PATEL. |
| Orthopédie | LAROYENNE. |
| Puériculture et hygiène de la première enfance | CHATIN. |
| Chirurgie expérimentale | LERICHE. |
| Stomatologie | TELLIER. |

**Agrégés**

| MM. | MM. | MM. | MM. |
|---|---|---|---|
| NOGIER. | COTTE. | CORDIER. | MAZEL. |
| GARIN. | DUROUX. | ROUBIER (V.) | SANTY. |
| SAVY. | TRILLAT. | FAVRE. | DUNET. |
| FROMENT. | SARVONAT. | BONNET. | CHALIER (André). |
| THEVENOT (Lucien) | FLORENCE (G.) | RHENTER. | CHALIER (Joseph). |
| PIERY. | ROCHAIX. | LEULIER. | NOËL. |
| | | | CORDIER (Pierre). |

M. BAYLE, *secrétaire.*

# EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. WEILL, *Président;* POLICARD, *Assesseur;*

MM. MOURIQUAND et FAVRE, *agrégés.*

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

A MES PARENTS

A MA FEMME

A Monsieur le Professeur WEILL

*Qui nous inspira cette thèse et qui nous fait le grand honneur de la présider aujourd'hui. En hommage de gratitude profonde pour son accueil bienveillant à la Clinique Médicale infantile durant notre Internat et pour l'affectueux intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner depuis.*

A Monsieur le Professeur POLICARD

*Nous lui sommes infiniment reconnaissant de la sympathie avec laquelle il nous a reçu dans son laboratoire et des nombreuses marques de confiance dont il nous a honoré.*

A Monsieur le Professeur MOURIQUAND

*Qui nous a fait l'honneur de nous associer à ses travaux cliniques et dont la bienveillance à notre égard ne s'est jamais démentie. Témoignage de respectueux attachement.*

A Monsieur le Professeur-Agrégé FAVRE

*Il sait combien sont sincères les sentiments de reconnaissance et de respectueuse sympathie que nous lui renouvelons aujourd'hui. Nous le remercions d'avoir bien voulu juger un travail dont le sujet lui est particulièrement familier.*

## A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

*Externat*

M. le Professeur-Agrégé DURAND.
M. le Docteur VIGNARD.
M. le Docteur PÉHU.
M. le Docteur BARJON.
M. le Professeur-Agrégé FAVRE.
M. le Professeur-Agrégé SAVY.

*Internat*

M. le Professeur-Agrégé FROMENT.
M. le Docteur DUMAS.
M. le Docteur BOUCHUT.
M. le Professeur NICOLAS.
M. le Professeur WEILL.
M. le Professeur MOURIQUAND.
M. le Docteur GALLAVARDIN.

## A MES MAITRES A LA FACULTÉ

*Laboratoire d'Histologie*

M. le Professeur POLICARD.
M. le Professeur-Agrégé NOEL.

# INTRODUCTION

La participation du système lymphatique à l'infection, durant le cours de la syphilis acquise, se traduit par un certain nombre de symptômes dont on sait la haute valeur.

Suivant de près l'apparition du chancre, la lymphite et l'adénopathie constituent les premiers satellites de l'accident primitif.

Plus tard, à la période secondaire, on assiste à l'éclosion d'une hypertrophie ganglionnaire généralisée, au cours de laquelle aucune région, cervicale, occipitale, mastoïdienne, épitrochéenne, axillaire, inguinale, ne demeure à l'abri.

« La valeur diagnostique de ces adénopathies est telle que l'on voit constamment les syphiligraphes exercés, lorsqu'ils ont des raisons de soupçonner l'existence d'une infection syphilitique relativement récente chez un malade, porter presque automatiquement, par réflexe, la main sur ces diverses régions, pour y constater la présence de petits ganglions hypertrophiés révélateurs ». (Nicolas).

Mais les ganglions lymphatiques qui, dans les pre-

miers stades de la syphilis représentent une des étapes de l'infection, sont plus rarement le siège de lésions tertiaires. L'âge de la syphilis est en raison inverse du volume des ganglions et, ainsi que le disait Mauriac, « le système lymphatique semble abdiquer devant le tertiarisme, comme s'il n'avait plus aucun rôle pathogénique à jouer ».

Cependant, et comme nous aurons l'occasion de le faire remarquer, l'hypertrophie localisée ou même généralisée des ganglions lymphatiques a été constatée à plusieurs reprises au cours de la syphilis tertiaire.

En regard de la syphilis acquise, comment se comporte vis-à-vis du système ganglionnaire l'hérédo-syphilis ? Peut-on, en ce qui concerne cette dernière, établir un tableau symptomatique calqué sur le schéma rapide que nous venons de tracer ? Nous ne le croyons pas.

En effet, le stade précoce de la syphilis héréditaire, que l'on assimile d'ordinaire à la période secondaire de la syphilis acquise, est peu riche en manifestations ganglionnaires. Par contre, les adénopathies se rencontrent avec une certaine fréquence, au cours de l'hérédo-syphilis tardive qui correspond à l'étape tertiaire de la syphilis de l'adulte.

Cette différence dans la réaction du système lymphatique selon que la syphilis est acquise ou congénitale peut, semble-t-il, se comprendre si l'on envisage le développement du tissu lymphoïde.

Chez l'enfant, à la naissance même, les ganglions lymphatiques sont encore en voie de formation. A leur intérieur, les centres germinatifs qui constituent le lieu de production des leucocytes mononucléés, mais qui, en

dehors de cette fonction, jouent un rôle primordial dans la défense contre les infections, n'apparaissent que tardivement et seulement après la naissance. On ne commence à les voir que vers l'âge de 2 à 3 mois et souvent même à la fin de la première année seulement (Jolly).

Ce retard relatif du développement du tissu lymphoïde est donc capable d'expliquer, dans une certaine mesure, la moindre intensité des réactions ganglionnaires chez le nourisson.

Plus tard, au contraire, l'appareil lymphatique subit un accroissement rapide. Dès l'âge de 2 à 3 ans, il présente une grande activité qui ne fait que s'accentuer durant le cours de la seconde enfance.

N'est-ce pas l'âge du lymphatisme, de la « scrofule », des adénites tuberculeuses ? C'est celui également que choisit l'hérédo-syphilis pour ses manifestations ganglionnaires.

Moins fréquemment peut-être que la tuberculose, mais d'une façon évidente, la syphilis congénitale est capable d'atteindre le système ganglionnaire de l'enfant et de traduire sa présence par l'éclosion d'adénopathies qu'il est important de ne pas méconnaître en raison des erreurs de diagnostic qu'elles peuvent entraîner.

Localisées, ces adénopathies simulent en tous points celles que réalise la tuberculose, tant à leur phase de crudité qu'à leur période de ramollissement et de fistulisation. Aussi convient-on de les désigner sous le terme d'adénopathies scrofuloïdes.

Mais, à côté de ces hypertrophies ganglionnaires localisées, le plus souvent à la région cervicale, la syphilis héréditaire est susceptible de généraliser son action à

tout le système des ganglions et de donner ainsi naissance à une véritable lymphadénie se rapprochant de la maladie de Hodgkin, mais que l'épreuve thérapeutique permet de distinguer.

La lymphadénie pseudo-leucémique syphilitique avait été déjà signalée, comme nous le verrons, au cours de la syphilis acquise. Il n'en avait pas été question chez l'enfant, jusqu'au jour où Monsieur le Professeur Weill rapporta à la Société médicale des Hôpitaux de Lyon une observation qui mettait en évidence le rôle de l'hérédo-syphilis, dans un cas considéré comme répondant à la lymphogranulomatose.

* * *

Ce sont ces deux aspects des adénopathies de l'hérédo-syphilis que nous aurons en vue dans notre travail. Mais, en ce qui concerne la forme lymphadénique, nous avons cru bon de rappeler un certain nombre de faits superposables se rapportant à la syphilis acquise.

Nous envisagerons dons successivement:

1° *Les adénopathies scrofuloïdes de la syphilis héréditaire tardive.*

2° *La lymphadénie syphilitique.*

* * *

Nous avons laissé de côté, dans cette étude, ce qui a trait aux réactions ganglionnaires que l'on peut voir survenir de bonne heure chez les hérédo-syphilitiques.

D'une part, ces adénopathies, localisées, sont excep-

tionnelles et, lorsqu'elles apparaissent, ce n'est que secondairement, à la suite de lésions pharyngées ou nasales. Il en était ainsi chez les 2 nourrissons dont Comby rapporte l'histoire et où, ainsi que le dit cet auteur, l'adénopathie cervicale était fonction d'un coryza purulent et d'une atteinte du rhino-pharynx.

D'autre part, la micropolyadénopathie que d'aucuns ont signalée dans l'hérédo-syphilis précoce, n'a pas l'importance qu'on a pu lui attribuer.

Nous avons systématiquement, chez les nombreux nourrissons syphilitiques qu'il nous a été donné d'examiner, recherché les adénopathies. Nous les avons rencontrées, plus ou moins généralisées, chez un certain nombre d'entre eux et nous avons même pratiqué l'examen histologique des ganglions en cause, soit après biopsie, soit post-mortem.

Dans tous les cas, l'absence du tréponème (recherché sur coupes par la méthode de Levaditi) et de lésions anatomiques autres que des altérations banales d'inflammation chronique et de sclérose, nous a fait douter de la relation qui pouvait exister entre ces adénopathies et l'hérédo-syphilis.

A la vérité, la micropolyadénopathie est un accident banal que l'on rencontre chez un grand nombre de nourrissons et qui, chez eux, coïncide, soit avec des lésions cutanées, soit avec des maladies infectieuses, la tuberculose, les troubles digestifs. Elle est fréquente chez les hypoalimentés, les athrepsiques. Il ne nous apparaît pas qu'on puisse la considérer comme devant prendre place dans le tableau de l'hérédo-syphilis précoce.

PREMIÈRE PARTIE

LES

# Adénopathies scrofuloïdes

de la

# syphilis héréditaire tardive.

---

Que la syphilis et la tuberculose, dans beaucoup de leurs manifestations, soient deux infections capables de réaliser un tableau anatomo-clinique d'une grande analogie, il s'agit là d'une notion banale, en apparence, depuis que de nombreux travaux en ont montré l'exactitude. C'est surtout pour ce qui concerne les lésions localisées que provoque si fréquemment la syphilis tertiaire ou héréditaire tardive, ulcérations cutanées et muqueuses ostéo-arthropathies, adénopathies, si comparables à celles créées par la tuberculose que la confusion est possible. La similitude est telle que l'on parle couramment de spina ventosa syphilitique, de pseudo tumeur blanche, d'écrouelles syphilitiques, etc... Et cependant, dans la pratique habituelle, l'idée de tuberculose est bien vite évoquée, alors que l'on ne songe guère à la syphilis.

Pourquoi, par exemple, localisant la question au sujet

qui nous intéresse, en face d'un enfant présentant une adénopathie cervicale chronique, suppurée ou non, envisage-t-on immédiatement le diagnostic de tuberculose? C'est évidemment parce que la tuberculose en est la cause la plus fréquente. Mais, n'y aurait-il pas intérêt, dans un cas semblable, à pousser plus loin les investigations, à rechercher la spécifité dans les antécédents du sujet, et en utilisant les méthodes de laboratoire?

Peut-être plus fréquemment qu'on ne le croit, si nous en jugeons par nos propres recherches et les faits du même ordre relevés dans la littérature, éviterait-on aux malades des mutilations inutiles et l'évolution de lésions qu'un simple traitement mercuriel eût permis de juguler.

Il est évident qu'un traitement d'épreuve, appliqué au hasard chez tout sujet porteur d'adénopathies considérées comme de nature tuberculeuse, risquerait fort d'être souvent impuissant. Ses indications devront être étayées par un certain nombre de présomptions que nous aurons l'occasion de souligner à maintes reprises au cours de cette étude.

D'autre part, une adénopathie survenant chez un hérédo-syphilitique ne reconnaît pas fatalement une origine spécifique. La tuberculose ganglionnaire peut, en pareil cas, évoluer pour son propre compte, ou bien elle est capable de joindre son action pathogène à celle de la syphilis, réalisant des lésions hybrides, sur lesquelles la thérapeutique antisyphilitique n'a qu'une action relativement favorable.

Encore, le domaine du « scrofulate de vérole », semble-t-il se restreindre. A la faveur des méthodes de dia-

gnostic plus précises, des médications spécifiques plus actives, on voit de telles lésions révéler leur nature uniquement syphilitique. Leur guérison par le traitement d'épreuve, le résultat négatif de l'inoculation au cobaye, sont deux arguments qui permettent, presque à coup sûr, de rejeter l'idée de tuberculose associée.

Nous ne pouvons discuter longuement ici cette question de la syphilo-tuberculose ganglionnaire que nous serons conduits seulement à envisager à propos du diagnostic. Nous nous bornerons à rapporter, dans les pages qui vont suivre, un certain nombre de faits qui nous paraissent mettre nettement en évidence *les formes pures de la syphilis ganglionnaire héréditaire*.

Nous rappellerons d'ailleurs que chez l'adulte, au cours de la syphilis acquise, les mêmes aspects scrofuloïdes des adénopathies tertiaires peuvent se rencontrer. La belle observation publiée récemment par Monsieur Favre, celles de Ménard, de Milian, de Lacapère, de plusieurs autres auteurs, en font loi.

CHAPITRE I

# HISTORIQUE

En essayant de montrer la fréquence relative des adénopathies hérédo-syphilitiques, nous n'avons pas la prétention d'ouvrir un nouveau chapitre de la pathologie. Il y a très longtemps, en effet, que les auteurs soupçonnaient la véritable nature de tels engorgements ganglionnaires.

C'est ainsi que Uçay (1699) disait en parlant de la syphilis :

« C'est de là que viennent tant de maladies héréditaires, tant de tumeurs scrofuleuses, tant de vieux ulcères, tant de gouttes et de rhumatismes ».

Sanchez (1759), médecin portugais, voyait dans la syphilis l'origine de beaucoup de maux d'yeux et d'écrouelles.

Un des élèves de J.-L. Petit (1765), prétendait que le germe de la maladie pouvait se transmettre à la descen-

dance et se manifester par des symptômes étrangers à la syphilis, tels que les écrouelles, le rachitis et le scorbut.

Baumes (1805), signalait la possibilité des atteintes de la syphilis héréditaire sous la forme d'accidents scrofuleux et dartreux de toute sorte.

A l'époque de Devergie (1860), la scrofule était considérée comme dérivant de la syphilis et les travaux de cet auteur sont imbus de cette idée classique: « C'est une transformation par hérédité de la syphilis, à laquelle la syphilis ne reste pas étrangère, de sorte que, si elle n'est pas combattue, on ne détruira pas la maladie ».

Jusqu'ici, il n'était question que des rapports entre la syphilis héréditaire et la scrofule, cette dernière englobant un certain nombre de lésions cutanées, muqueuses, ganglionnaires, assez mal définies.

Il faut arriver à Bazin (1861), pour que se pose le problème de la nature véritable de ces adénopathies considérées comme scrofuleuses et dans l'étiologie desquelles l'hérédo-syphilis joue parfois un rôle évident.

Nous signalerons, en passant, que, sous le terme d'adénopathies scrofuleuses, on range aujourd'hui la plupart, sinon la totalité, des adénopathies tuberculeuses de l'enfant.

« Les affections ganglionnaires et lymphatiques, dit Bazin, ne s'observent que dans deux maladies constitutionnelles, la scrofule et la syphilis », mais ayant ajouté que le diagnostic des écrouelles est en général aisé, il précise sa pensée: « Toutefois, j'ai la conviction que beaucoup d'engorgements cervicaux latéraux et antérieurs, pris journellement pour de la scrofule, sont des

engorgements de nature syphilitique ».

De même, écrivait Quinquaud, dans sa thèse d'agrégation: « Le facies scrofuleux n'appartient pas en propre à la scrofule; il se rencontre également chez les syphilitiques héréditaires ».

L'opinion des auteurs précédents, nous la retrouvons, corroborée par un certain nombre d'observations ultérieures, mais c'est surtout des travaux du Pr. Fournier, consacrés à la syphilis héréditaire tardive, qu'elle se dégage avec la plus grande précision.

Cet auteur commence ainsi sa leçon intitulée: *Les adénopathies, fausse scrofule ganglionnaire.* « Je n'énoncerai qu'un fait de notoriété connu en disant que les sujets hérédo-syphilitiques sont éminemment prédisposés aux engorgements ganglionnaires. De cela témoignent la plupart des observations contenues dans la science ; de cela témoignent également les nombreux malades que j'ai réunis dans nos salles. Examinez-les à cet égard et, sinon sur tous, du moins sur la plupart, vous rencontrerez des adénopathies de divers sièges, le plus souvent localisées à la région cervicale antérieure ».

Et plus loin, il définit les caractères de telles hypertrophies ganglionnaires. « Ces adénopathies sont susceptibles de localisations diverses; le plus habituellement elles affectent les régions cervicales du cou, quelquefois les régions inguinales ou axillaires, parfois enfin la cavité abdominale. Elles sont composées de ganglions multiples, ovoïdes, fermes, mobiles, plus ou moins volumineux..... Ce sont des adénopathies de forme froide, aphlegmasique, d'évolution éminemment lente et de durée chronique ».

Mais de semblables adénopathies sont capables de suppurer. « Ces écrouelles strumoïdes peuvent être provoquées par la syphilis héréditaire tardive ; en pareil cas, elles risquent fort d'être méconnues ; seule, une enquête approfondie sur les antécédents du malade, sur les stigmates dont il peut être porteur, permettra d'éviter l'erreur. Or, je crois ne rien exagérer en disant que *cette enquête s'impose en présence de tous les cas de scrofule, car rien n'est plus fréquent que la fausse scrofule réalisée par l'hérédo-syphilis* ».

Il convient toutefois de remarquer que, parmi ces hypertrophies ganglionnaires de l'hérédo-syphilis, il en est que le traitement spécifique modifie et guérit, tandis qu'il en est d'autres sur lesquelles il n'exerce qu'une influence moindre. « Je crois, dit Fournier, que les unes dérivent directement de la syphilis et que les autres n'en procèdent qu'indirectement, c'est-à-dire ne sont que l'expression médiate de l'influence générale exercée par la syphilis sur la constitution, le tempérament, la santé ».

C'est dans ce dernier cas que le diagnostic est particulièrement difficile et que se pose la question des *lésions mixtes, hybrides*, « où syphilis et scrofule peuvent l'une et l'autre revendiquer leur part ; aussi, de vieille date, les a-t-on qualifiées de dénominations diverses toutes en harmonie avec cette croyance : *adénopathies strumoïdes de la syphilis, adénopathies syphilo-strumeuses, syphilo-scrofule ganglionnaire*, etc.... Ricord en faisait un type de son fameux *scrofulate de vérole* ». (Fournier).

Cette notion des altérations pathologiques que l'on voit évoluer sur un terrain à la fois syphilitique et tuberculeux, est reprise plus tard par Sergent (1907). Mais, en

ce qui concerne plus particulièrement les adénopathies, cet auteur admet l'existence de formes purement syphilitiques où la tuberculose n'entre pas en jeu et il en rapporte plusieurs observations.

A la même époque, le Pr Gaucher attire l'attention sur la fréquence des adénopathies cervicales, même suppurées, chez les enfants hérédo-syphilitiques. « Mes observations sur ce point sont si nombreuses, écrit-il, que je crois inutile de les rapporter. Chez presque tous les enfants atteints d'hérédo-syphilis, j'ai trouvé des engorgements ganglionnaires. Or, l'adénopathie cervicale est en quelque sorte, la signature de la scrofule et c'est sans preuve qu'elle est rapportée toujours à la tuberculose. Il y a certes un très grand nombre d'engorgements et de suppurations ganglionnaires qui relèvent de la tuberculose, mais il y en a aussi quelques-uns qui dépendent de la syphilis héréditaire ».

Cette opinion est également celle de Bering qui, à propos d'une statistique de 37 ans d'hérédo-syphilis tardive, signale dans 19 cas l'existence d'adénopathies, atteignant surtout les ganglions cervicaux.

Dans ces dernières années, la question des adénopathies cervicales chroniques est envisagée d'une façon plus précise dans ses rapports avec la syphilis héréditaire et ce sont surtout les chirurgiens d'enfants qui essaient de dépister la syphilis parmi les nombreux malades envoyés dans leurs services pour des tuberculoses locales. « Un certain nombre d'engorgements ganglionnaires, simples ou suppurés, avec abcès clos ou avec suppuration fistuleuse, rapportés à la tuberculose par une sorte d'habitude clinique, écrit Ménard, appar-

tiennent à la syphilis et cette confusion entre les 2 variétés d'adénite, syphilitique et tuberculeuse, est beaucoup plus générale que la confusion entre la syphilis et la tuberculose osseuse et articulaire », car dit-il plus loin, « le soupçon de la syphilis héréditaire n'est pas entré dans la pratique habituelle ».

Cet auteur inspire les thèses de Mademoiselle Pouzin et de Mozer où sont consignées un grand nombre d'observations dont nous rapportons plus loin les plus typiques.

Sans nier l'existence de lésions mixtes, du « scrofulate de vérole », Ménard pense que très fréquemment « *il s'agit d'adénites de nature syphilitique, uniquement syphilitique* ». C'était le cas des 16 malades dont Mlle Pouzin relate l'histoire. Chez tous ces enfants, la réaction de Wassermann fut trouvée positive et surtout, les adénopathies disparurent complètement sous l'action du traitement spécifique.

Mais, le diagnostic de ces adénopathies, en dehors de l'épreuve thérapeutique, est souvent impossible et A. Broca en montre également toute la difficulté à propos des adénites tuberculeuses, qui aboutissent à la suppuration avec fistules et ulcérations. « Il y a des adénites de cet aspect par syphilis héréditaire; j'en ai vu, où la nature soupçonnée en raison de causes diverses (polyléthalité infantile, commémoratifs héréditaux certains, lésions concomitantes) fut vérifiée par la réaction de Wassermann, qui guérirent avec rapidité par le traitement mixte et où je me demande encore quel caractère objectif différentiel eût pu être révélateur ».

Il nous faut, en terminant, signaler quelques travaux

étrangers récents ayant trait à la question qui nous occupe.

Vignolo Lutati a publié 7 observations d'adénopathies scrofuloïdes chez des syphilitiques héréditaires. En raison du résultat remarquable du traitement d'épreuve, on ne pouvait pas penser à une association tuberculose-syphilis et, se basant sur ses observations personnelles, l'auteur se déclare être d'accord avec les conclusions de Ménard : les adénopathies qu'on rencontre chez les hérédo-syphilitiques et qui bénéficient rapidement du traitement spécifique, doivent être interprêtées comme une manifestation plus ou moins tardive de la syphilis congénitale, « malgré une habitude clinique qui voit là, volontiers, l'association de la syphilis avec la tuberculose ».

Dans le traité de M. R. Castex, consacré à la syphilis héréditaire tardive, nous relevons également 4 observations de fausse scrofule de l'hérédo-syphilis tardive ».

Enfin, W. M. Pearce Coues, à propos de 4 malades dont il rapporte l'histoire, insiste sur la difficulté du diagnostic entre la tuberculose et la syphilis des ganglions du cou.

* * *

Si nous avons rappelé, un peu longuement peut-être, les diverses opinions qui se sont fait successivement jour à propos de la question que nous étudions, c'est afin de montrer, d'une part, l'indécision qui a longtemps régné au sujet de la nature des adénopathies qu'on peut voir survenir chez les hérédo-syphilitiques et, d'autre part, l'embarras dans lequel se sont trouvés la plupart

des auteurs, lorsqu'il s'agissait d'étiqueter une adénite chronique, syphilitique ou tuberculeuse.

C'est problablement l'impossibilité fréquente d'un pareil diagnostic qui a valu au terme « scrofulate de vérole » la vogue dont il a joui et qu'il possède encore si l'on en juge par la lecture des ouvrages classiques.

Mais, lorsqu'on envisage les faits, on se rend compte qu'il s'agit là d'une expression un peu irritante dans son imprécision et qui, si elle comporte une certaine part de vérité, englobe beaucoup de cas plus précis dans leur nature. Parmi ces derniers, il faut comprendre, d'une part ceux dépendant de la tuberculose, d'autre part ceux ressortissant d'une façon certaine à la syphilis héréditaire, comme le prouvent les méthodes de laboratoire et l'action du traitement spécifique.

Que, entre les cas extrêmes, nettement différenciés de la tuberculose et de la syphilis, il y ait place, comme l'écrit Sergent, pour toute une échelle de faits intermédiaires dont le substratum trouve son expression dans l'ancien « scrofulate de vérole » de Ricord, rien n'est plus évident.

Mais encore, convient-il de faire remarquer que la preuve d'une pareille association n'a jamais été fournie et que, pour l'affirmer, les auteurs se sont plus souvent basés sur des impressions cliniques que sur les résultats précis que l'on peut accorder aux méthodes de laboratoire.

Nous verrons plus loin, à propos du diagnostic des adénopathies hérédo-syphilitiques, quelles sont les conditions qui permettent de supposer l'existence de telles lésions hybrides.

CHAPITRE II

# ETUDE CLINIQUE

Les adénopathies scrofuloïdes de la syphilis héréditaire tardive, si elles ne varient guère dans leur expression clinique et leur évolution, offrent au point de vue de leur diagnostic un tableau symptomatique différent, selon qu'elles apparaissent d'une manière isolée où qu'à leur présence s'associent d'autres symptômes de syphilis héréditaire.

Tantôt, en effet, l'adénopathie constitue la seule manifestation actuelle de la syphilis congénitale ou, du moins, l'attention n'est pas attirée par des stigmates caractéristiques de celle-ci. Tantôt, au contraire, la coïncidence d'autres accidents de même nature est frappante, qu'il s'agisse de lésions dentaires, oculaires ou osseuses, par exemple.

Dans le premier cas, on le conçoit, le diagnostic offre sa plus grande difficulté, mais c'est surtout en pareille

circonstance qu'il acquiert toute sa valeur. A la vérité, disons-le, il ne peut être établi que si l'on pense à la syphilis héréditaire et que si, orienté dans cette voie, on essaie de le baser sur les épreuves de laboratoire.

Il est une autre circonstance où, sans avoir soupçonné la syphilis, celle-ci « saute aux yeux », lorsqu'apparaît chez le malade une lésion de nature manifestement spécifique, une gomme du voile du palais, par exemple. Dans ce cas, l'adénopathie a beaucoup de chances de relever de la même cause et le traitement d'épreuve qui amène sa résolution en fournit la preuve inéluctable.

Les deux éventualités que nous venons de faire prévoir justifient donc une double description des adénopathies hérédo-syphilitiques.

Nous envisagerons, d'une part, les adénopathies apparaissant tout d'abord comme un accident isolé ou sans manifestation évidente de même nature, d'autre part les adénopathies se développant chez des malades porteurs, par ailleurs, d'autres manifestations de l'hérédo-syphilis. Nous ferons précéder cette étude clinique d'un certain nombre d'observations personnelles et d'observations semblables, recueillies dans la littérature médicale.

## A) *ADÉNOPATHIES APPARAISSANT TOUT D'ABORD COMME UN ACCIDENT ISOLÉ OU SANS MANIFESTATION ÉVIDENTE DE MÊME NATURE*

---

# OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION I

(Recueillie dans le service du Dr VIGNARD). (*)

*P... André,* 7 ans, entré salle Saint-Augustin, le 25 juillet 1923, pour de volumineuses adénopathies cervicales.

A. H. — Père bien portant. A fait la guerre en Orient et y a contracté la fièvre typhoïde et le paludisme. Nie la spécificité. Présente cependant sur le fourreau une cicatrice qu'il affirme être de nature traumatique (?). L'examen somatique est actuellement négatif : pupilles égales, réagissant aux deux modes, réflexes normaux, rien à l'aorte ; réaction de Wasserman négative.

Mère en bonne santé ; cinq grossesses :

un accouchement prématuré à 7 mois, l'enfant n'a pas survécu ;

un enfant mort à deux mois d'affection indéterminée ;

un autre enfant mort à 23 mois de méningite.

Actuellement, deux enfants vivants, le petit malade qui est dans le service et un autre garçon âgé de 3 ans. Nous avons soigneusement examiné ce dernier ; il ne présente aucun stigmate de syphilis héréditaire.

A. P. — Né à terme, aucune éruption, aucune paralysie des membres, à la naissance.

Nourri au sein, l'enfant fut sevré à 18 mois. S'est déve-

---

(*) Nous remercions Monsieur le Docteur Vignard d'avoir bien voulu nous autoriser à publier cette observation.

loppé d'une façon normale, sans aucun incident pathologique, à part la rougeole qu'il a eue à 2 ans.

A l'âge de 3 ans, est tombé du premier étage et s'est fracturé plusieurs côtes.

Jamais d'affections oculaires ni auriculaires.

Jamais de douleurs dans les membres inférieurs.

D'intelligence normale.

*Début de l'affection actuelle,* il y a sept mois, en décembre 1922, par l'apparition de ganglions cervicaux à gauche. Ils grossirent rapidement et envahirent le côté droit du cou. A la même époque, les parents s'aperçurent que les genoux de l'enfant augmentaient de volume, mais, à aucun moment, la marche ne parut gênée. L'enfant fut soigné jusqu'en juillet 1923 par des applications de pommade, mais les adénopathies ne cessaient de grossir.

*A l'entrée,* on constate que le cou est déformé par de volumineuses hypertrophies ganglionnaires qui siègent, de chaque côté, au niveau des régions carotidiennes et sous-maxillaires, entourant en fer à cheval le maxillaire et remontant jusqu'à l'apophyse mastoïde.

Une photographie, prise à cette époque, montre l'importante tuméfaction qui, à droite surtout, est particulièrement volumineuse. Elle forme, à ce niveau, une saillie allongée s'étendant de la mâchoire à la clavicule, gagnant en avant presque la ligne médiane, soulevant en arrière le sterno-mastoïdien. Elle présente un aspect multilobé et est très ferme à la palpation, donnant l'impression d'un véritable lymphôme. (Fig. 1.)

La masse ganglionnaire est mobile sur les plans profonds, elle n'adhère pas à la peau qui conserve une coloration normale. Elle n'est absolument pas douloureuse.

A gauche, les ganglions sont plus distincts les uns des autres, de la grosseur d'une noisette ; l'un d'eux, plus volumineux, est situé en arrière de l'insertion inférieure du sterno-mastoïdien.

Au niveau des régions sous-maxillaires, les ganglions sont également isolés, durs, et roulent sous le doigt.

Pas de ganglions hypertrophiés au niveau des aînes ou des aisselles.

*Hydarthrose double,* importante à droite surtout, où il

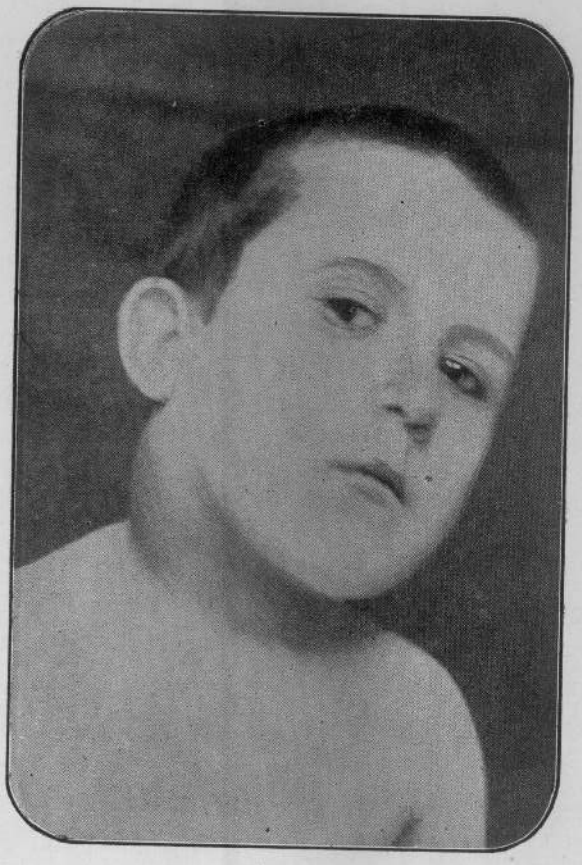


Figure 1.

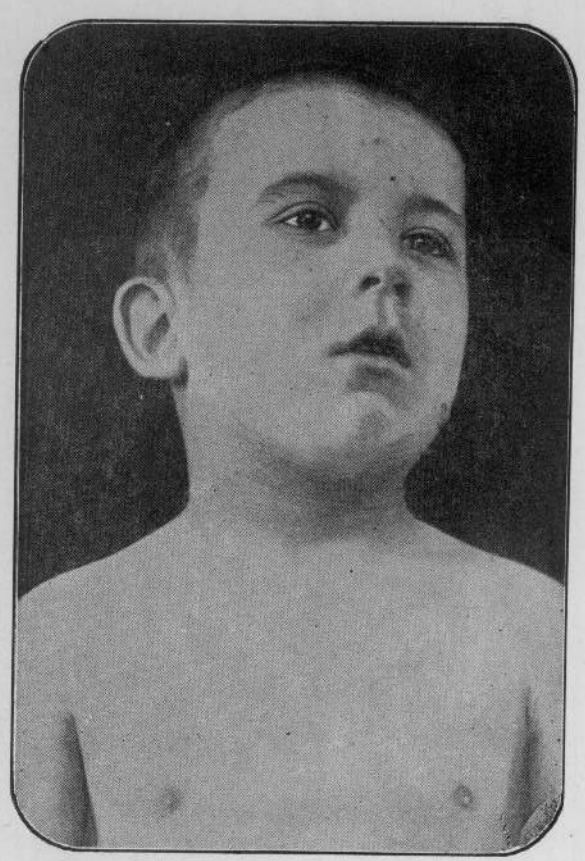


Figure 2.

ROMA

existe un épanchement notable. A gauche, le liquide est moins abondant, mais on perçoit nettement le choc rotulien.

L'examen des os ne montre aucune altération ; les tibias sont normaux.

Pas de troubles oculaires ni auditifs.

Pupilles égales réagissant aux deux modes.

Le crâne est bien conformé.

Pas de déformation nasale.

Rien à la gorge ni au niveau du voile.

La voûte du palais est de forme très ogivale.

Pas de malformations dentaires.

Rien aux poumons ni au cœur.

Examen du système nerveux négatif.

Pas de fièvre.

30 Juillet. — Eclairé par le résultat fortement positif de la réaction Wassermann, on a entrepris dès aujourd'hui un traitement spécifique. A l'exclusion de l'iodure de potassium et du mercure, on a institué une thérapeutique par le bismuth : « Quinby », injection de 1 cc 5 deux fois par semaine.

10 Aout. — L'enfant a reçu 9 injections de « Quinby » et, sous l'influence de ce médicament, *les adénopathies ont véritablement fondu* avec une très grande rapidité.

Aujourd'hui, on ne sent plus aucun ganglion, ni dans les régions sous-maxillaires, ni au niveau de la région carotidienne, à gauche. A droite, il persiste un léger empâtement de la région sterno-mastoïdienne, mais on ne perçoit plus que 3 ganglions, l'un d'eux du volume d'une noisette, les deux autres ne dépassant pas celui d'un haricot. De plus, les hydarthroses des genoux ont notablement diminué. A gauche, le choc rotulien n'est plus perçu. A droite, il persiste un peu de liquide dans l'articulation.

L'état général de l'enfant était bon à l'entrée. Il n'a été altéré en aucune façon par le traitement bismuthique. On constate seulement un léger liseré gingival.

6 Septembre. — Le malade a reçu jusqu'à ce jour 12 injections intramusculaires de Quinby (chaque injection

de 1 cc 5 renferme 0 gr. 15 de bismuth sous la forme de quiniate de bismuth.

Les ganglions continuent à se résorber.

Les hydarthroses ont totalement disparu.

20 Septembre. — Depuis quelques jours, le genou droit augmente un peu de volume.

*Les ganglions cervicaux ont complètement disparu.*

*L'aspect de la région carotidienne est redevenu normal,* comme en témoigne la photographie ci-jointe (Fig. 2.)

25 Septembre. — L'enfant quitte le service pour Giens.

Examens de Laboratoire

*Réaction de Wassermann* dans le sang : *fortement positive ;*

*Cuti-réaction* à la tuberculine : *négative.*

*Biopsie d'un ganglion* carotidien gauche, le *11 août 1923.*

On extirpe facilement un ganglion du volume d'une petite noix qui présente l'aspect d'un ganglion tuberculeux ; il est mou à la palpation et, à la coupe, montre des zones franchement caséeuses.

*Recherche du bacille de Koch* sur des frottis : *négative.*

*Inoculation au cobaye,* pratiquée immédiatement après l'intervention.

L'animal a été sacrifié le *10 octobre 1923.* Il ne présentait *aucune lésion tuberculeuse.*

Examen histologique

*A un faible grossissement,* on constate que la capsule est d'épaisseur normale.

Le parenchyme ganglionnaire n'est pas reconnaissable. Non seulement les formations normales, follicules et cordons folliculaires, voies caverneuses, ont disparu, mais on ne trouve plus que quelques traces de tissu lymphoïde constituant de petits amas allongés au-dessous de la capsule ou disséminés, de ci, de là, à l'intérieur de l'organe.

La plus grande partie du ganglion, à l'exception d'une bordure périphérique, est représentée par une large plage, d'aspect amorphe, faiblement colorée en rose par l'éosine et uniformément granuleuse.

Dans la zone périphérique, on reconnaît de nombreuses

cellules géantes, soit isolées, soit réunies en groupes de plusieurs éléments.

*A un fort grossissement*, il est facile de se rendre compte que toute la partie centrale du ganglion est représentée par une vaste gomme. Le tissu qui la constitue est, en effet, homogène, sans structure visible, formé par un amas de cellules en voie de désintégration et dont on ne reconnaît plus, ni les limites, ni le noyau. De nombreux polynucléaires y sont disséminés, mais la plupart ne sont plus représentés que par leurs noyaux frappés de mort, sous la forme d'une fine poussière.

Au sein de ce foyer de nécrose, on distingue par place des cellules géantes, mais dont les contours estompés montrent qu'elles sont également en train de disparaître.

En dehors de cette zone, au-dessous de la capsule, les éléments normaux du tissu lymphoïde sont remplacés par des *cellules embryonnaires* (cellules conjonctives et cellules lymphatiques à protoplasma très réduit) plus ou moins agglomérées en infiltrats, au sein desquels il existe des amas de *cellules épithélioïdes*. Ces dernières apparaissent comme de grands éléments, à protoplasma abondant, à noyau clair, à limites cellulaires floues. Quelques-unes se réunissent et, en se fusionnant, se présentent avec plusieurs noyaux, ébauchant des cellules géantes.

*Les cellules géantes* étaient particulièrement nettes et abondantes sur nos coupes. Elles offraient l'aspect classique des cellules géantes du type Langhans, présentant un grand nombre de noyaux, rejetés à l'un des pôles en forme de croissant ou disposés en couronne plus ou moins régulière. Parfois, on voyait les noyaux se répartir plus irrégulièrement dans le protoplasma.

Signalons enfin l'existence de lésions vasculaires importantes : *endovascularite* avec oblitération plus ou moins complète de la lumière vasculaire.

En somme, gomme presque totale du ganglion, le parenchyme ganglionnaire n'étant représenté que par une bande de tissu périphérique où l'on trouvait quelques amas lymphoïdes, mais surtout une infiltration embryonnaire diffuse avec cellules épithélioïdes et nombreuses cellules géantes.

*La recherche du tréponème* sur coupes, par le procédé de Levaditi, s'est montrée négative.

## OBSERVATION II

(Recueillie à la Clinique chirurgicale infantile). (*)

*F... Emilienne,* 3 ans, entre dans le service du Professeur Nové-Josserand, suppléé par le professeur agrégé Tavernier, le 2 octobre 1923. Envoyée pour ganglion cervical ulcéré.

A. H. — Père inconnu.

Mère en bonne santé. N'a pas eu de fausse couche ; pas d'autre enfant.

A. P. — Née à terme. Accouchement normal.

Poids à la naissance : 3.100/470.

Plus tard, courbe de poids normale.

L'enfant s'est, jusqu'ici, bien portée.

*Début de l'affection,* en août 1923 par un gonflement de la région cervicale qui n'a fait depuis que s'accroître. Il y a une quinzaine de jours, la peau a rougi, s'est ulcérée et a donné issue à du séro-pus, mélangé de sang, en faible quantité d'ailleurs.

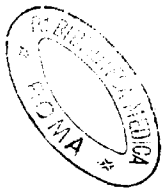
*Actuellement,* l'enfant présente au niveau de la partie latérale droite du cou, une volumineuse tuméfaction qui s'étend depuis la mastoïde jusqu'à un travers de doigt au-dessus de la clavicule. Elle est entourée d'un empâtement diffus qui empêche d'en percevoir nettement les limites. La partie centrale de cette tuméfaction est occupée par une ulcération de 4 centimètres de long sur 3 centimètres de large. Les bords cutanés sont taillés à pic, légèrement décollés. Le fond de la perte de substance est représenté par une masse arrondie, saillante, assez molle, de coloration brunâtre. Le tissu qui la constitue est de consistance plus ferme que les fongosités habituelles. Il n'existe pas de suppuration.

Un coup de curette abrase les parties molles, fongueuses qui, en deux points, pénètrent dans la profondeur comme en deux coques ganglionnaires. Bien que les fongosités

(*) Nous remercions Monsieur le Professeur Nové-Josserand d'avoir bien voulu nous autoriser à publier cette observation.

Figure 3.

Figure 4


ROMA

soient un peu plus fermes et plus difficiles à séparer de la coque que dans la tuberculose, on a pourtant l'impression qu'il s'agit de cette lésion.

Mais, d'autre part, l'aspect d'un tel ganglion ramolli, ayant détruit à l'emporte-pièce et d'une manière si rapide les plans superficiels qui le recouvrent, les caractères de cette ulcération, arrondie, nettement limitée par des bords taillés à pic, sont autant de faits qui militent en faveur du diagnostic de *gomme ganglionnaire* (*Cf.* photographie ci-jointe) (Fig. 3.)

L'enfant ne présente d'ailleurs *aucun stigmate de syphilis héréditaire* et l'examen somatique est négatif.

Rien aux yeux ni aux oreilles.

Dents normales.

Pas de manifestations osseuses ou articulaires.

Foie non hypertrophié.

Rate non sentie.

*Réaction de Wassermann négative.*

Malgré cela, on institue un traitement antisyphilitique (frictions mercurielles et éparséno-benzol en injections intramusculaires) et, sous son influence, on assiste à des modifications immédiates et rapides des lésions.

Le 8 octobre, on commence le traitement.

Le 15 octobre, *après 5 frictions mercurielles et une seule injection de 1 cc d'éparséno-benzol, l'ulcération a diminué de largeur, dans les proportions de 5 pour 1, et la tuméfaction ganglionnaire sous-jacente a presque disparu.*

Le 20 octobre, il ne reste qu'une petite ulcération à fond bourgeonnant.

Les parents emmènent la malade qui, jusqu'à ce jour, a reçu 3 injections d'éparsénobenzol et 9 frictions mercurielles.

Le 27 octobre, l'enfant est ramenée dans le service. *L'ulcération est complètement cicatrisée.* (Fig. 4.)

---

*Note complémentaire.* — Un fragment de ganglion a été inoculé au cobaye le 5 octobre. L'animal, sacrifié le 15 novembre, ne présentait aucune lésion tuberculeuse.

## OBSERVATION III

(Recueillie dans le service du Pr MOURIQUAND)

*S... Jeanne*, 7 ans et demi,, entrée salle Sainte-Jeanne, le 8 juin 1922 pour amaigrissement, troubles digestifs, perte de l'appétit et entérite.

A. H. — Père âgé de 40 ans, éthylique. Nie la spécificité. Mais sa femme nous raconte que, lorsqu'elle était enceinte de son quatrième enfant (la petite malade actuellement hospitalisée), il a présenté sur le corps des « boutons » pour lesquels on l'a traité à l'Hôpital de la Croix-Rousse. Il a reçu plusieurs piqûres au pli du coude.

Mère bien portante, a eu quatre enfants, dont celle-ci est la dernière. Une fillette morte accidentellement. Les deux autres enfants sont en bonne santé.

A. P. — Née à terme. Poids à la naissance : 3 k. 700. Pas d'éruption à la naissance. L'enfant fut suivie pendant deux mois à l'Hôpital de la Croix-Rousse où la mère demeura en raison d'une fièvre puerpérale.

A l'âge d'un mois, l'enfant présenta une *paralysie du bras gauche et de la jambe droite*. Elle fut soumise à des frictions mercurielles journalières. A sa sortie de l'Hôpital, c'est-à-dire à l'âge de 2 mois, l'enfant remuait bien le bras et la jambe.

Elevée en nourrice. Très chétive, sujette à des troubles gastro-intestinaux, vomissements fréquents ; considérée à un an comme atteinte d'entérite tuberculeuse.

L'enfant s'est élevée difficilement.

Pas de fièvres éruptives.

Jamais de troubles oculaires ni auditifs.

Mais, à l'âge de 6 ans, l'enfant aurait eu des douleurs au niveau des genoux, sans tuméfaction articulaire et, pendant plusieurs mois, *elle s'est plaint de souffrir de ses jambes, la nuit*.

A la même époque, vers la fin de l'année 1920, se sont développées des *adénites de chaque côté du cou*.

Depuis le début de 1922, l'état général s'est altéré ; l'enfant ne joue pas, est sans cesse grognon, et la maî-

tresse de l'école où elle est actuellement n'a pas voulu la garder.

Ces jours derniers, l'appétit est très diminué, l'enfant tousse et se plaint de courbatures.

*A l'entrée*, enfant d'une *maigreur extrême*, surtout au niveau du thorax et de l'abdomen. Poids : 17 kilos. Elle est très pâle, la peau et les muqueuses sont décolorées.

*Au cœur*, pointe dans le V^e^ espace, sur la ligne mamelonnaire, pas de frémissement. Souffle systolique à maximum mésocardiaque, à timbre presque piaulant. Mais ce souffle est variable, plutôt mésosystolique que systolique, il ne se propage pas vers l'aisselle.

Il existe au niveau du cou des souffles anémiques intense.

*Aux poumons*, rien à signaler.

*La radioscopie* du thorax ne montre pas d'ombre anormale.

L'abdomen est un peu ballonné.

Ni gros *foie*, ni grosse *rate*.

*Examen du système nerveux :* négatif.

*Urines :* pas d'albumine.

Pas de fièvre.

Dans les deux régions carotidiennes, on note la présence de plusieurs *gros ganglions*.

L'enfant est inscrite pour Giens, avec le diagnostic : « Anémie, mauvais état général, adénopathies cervicales. »

19 Septembre 1922 : départ pour Giens. Poids : 17 kilos.

*Séjour à Giens du 19 septembre 1922 au 11 août 1923.*

(Renseignements communiqués par notre collègue de l'Hôpital Renée Sabran) :

*A l'entrée :* enfant présentant un mauvais état général, pâleur, amaigrissement. On a l'attention attirée par des *adénopathies cervicales bilatérales, surtout importantes à droite.*

Quelques ganglions inguinaux.

15 Janvier 1923. — Apparition d'une *collection purulente ganglionnaire froide, sous-mentale*. La ponction livre issue à un pus épais.

26 Avril. — Apparition d'une *gomme de la voûte pala-*

*tine.* Mauvais état général. Augmentation de l'adénopathie.

Immédiatement, le diagnostic de syphilis héréditaire est porté, et l'on institue un traitement spécifique à l'aide du métarsénobenzol en injections sous-cutanées et en deux séries :

Première série :

| | |
|---|---|
| 22 mai ..... | 0 gr. 03 |
| 25 mai ..... | 0 gr. 05 |
| 29 mai ..... | 0 gr. 10 |
| 31 mai ..... | 0 gr. 10 |
| 4 juin ..... | 0 gr. 10 |
| 6 juin ..... | 0 gr. 10 |
| 11 juin ..... | 0 gr. 10 |
| 13 juin ..... | 0 gr. 15 |
| 18 juin ..... | 0 gr. 15 |

Total : 0 gr. 88

19 Juin. — La perte de substance palatine a diminué considérablement.

Deuxième Série :

| | |
|---|---|
| 6 juillet ..... | 0 gr. 10 |
| 9 juillet ..... | 0 gr. 20 |
| 11 juillet ..... | 0 gr. 20 |
| 14 juillet ..... | 0 gr. 20 |
| 17 juillet ..... | 0 gr. 20 |
| 19 juillet ..... | 0 gr. 20 |
| 21 juillet ..... | 0 gr. 20 |
| 23 juillet ..... | 0 gr. 30 |

Total : 1 gr. 60.

29 Juillet. — La perte de substance palatine est très nette, mais elle est excessivement améliorée et nettement limitée ; elle est plus petite qu'une lentille. Pas de troubles fonctionnels.

*Les adénopathies ont à peu près disparu.* A droite, il ne reste presque plus rien de la grosse masse ganglionnaire qui existait à l'entrée. A gauche, on ne perçoit plus qu'un ganglion du volume d'une noisette, au niveau de l'angle

de la mâchoire. De plus, « l'abcès froid » sous-mental qui avait été ponctionné et qui, plus tard, avait ulcéré la peau, est maintenant guéri. Seule persiste une large cicatrice.

*L'état général de l'enfant s'est amélioré d'une façon considérable,* depuis le jour où l'on a commencé le traitement antisyphilitique. *De 17 kilos, le poids a passé à 21 kilos.*

10 Aout. — L'enfant quitte Gieus en bon état. Sa feuille d'envoi porte l'annotation suivante : « L'enfant a fait, pendant son séjour, une gomme palatine qui s'est ulcérée. Amaigrissement consécutif. Métarsénobenzol : 2 gr. 48. Grosse fonte des masses ganglionnaires, et énorme amélioration de la perte de substance, avec prise de 2 k. 400 en quatre mois. »

11 Aout 1923. — L'enfant revient dans le service du professeur Mouriquand, où elle est de nouveau hospitalisée.

Enfant gaie, au teint coloré. Poids : 21 kilos.

*Adénopathies :* à gauche, dans la région carotidienne, gros ganglion du volume d'un œuf de pigeon, entouré de quelques autres ganglions plus petits, roulant sous le doigt.

A droite, adénopathies de petit volume, dans les régions carotidienne et sus-claviculaire.

La région sous-mentale, à droite de la ligne médiane, est le siège d'une cicatrice de 5 cm. de longueur, rouge, non douloureuse, non adhérente. Il s'agit de la cicatrice d'un ganglion qui a suppuré à Giens en novembre 1922, *avant l'apparition de la gomme du voile du palais.*

*L'examen du voile du palais et de la gorge* fournit les renseignements suivants :

1° Perforation, des dimensions d'un petit pois, au niveau du tiers antérieur du palais osseux.

2° Large perte de substance du voile membraneux, avec disparition de la luette.

L'enfant est montrée au professeur Lannois, qui répond: « Destruction de la luette et d'une partie de l'amygdale droite. Synéchies complexes des piliers entre eux et du

voile avec le pharynx, amenant une obturation à peu près complète des fosses nasales. Il n'existe pas de lésions des os propres du nez ni de la cloison. »

La voûte palatine est fortement ogivale.

Par ailleurs, il n'existe aucun signe de syphilis héréditaire.

Pas de stigmate osseux, ni dentaire. Pas d'arthropathies.

Rien aux yeux ni aux oreilles.

Rate et foie normaux.

Rien au cœur ni aux poumons.

Radioscopie du thorax négative.

Urines : ni sucre, ni albumine.

Pas de fièvre.

18 Aout. — Institution d'un traitement mixte : iodure de potassium (3 gr. par jour), et novarsénobenzol à doses croissantes, à partir de 0 gr. 15.

26 Septembre. — Le traitement a été continué de la manière suivante :

| | | |
|---|---|---|
| 18 août..... | Novarsénobenzol | 0 gr. 15 |
| 27 août..... | — | 0 gr. 30 |
| 4 septembre..... | — | 0 gr. 30 |
| 13 septembre..... | Eparsénobenzol | 1 c/m3 |
| 24 septembre..... | — | 1 c/m3 |

On a substitué l'éparséno au novarsénobenzol en raison des difficultés de l'injection intraveineuse.

Aujourd'hui, il ne persiste plus qu'un petit ganglion cervical à gauche.

Poids : 22 k. 600. Augmentation de 1 k. 600 depuis l'entrée.

29 Septembre. — La mère de la malade est vue aujourd'hui Elle signale que, depuis une semaine, elle est en traitement (cyanure de mercure) dans le service du professeur Rollet, pour une *paralysie oculaire* (paralysie du droit externe).

Examens de Laboratoire

*Cuti-réaction* (pratiquée à deux reprises) : négative.
*Réaction de Wassermann* (dans le sang) : négative.

## OBSERVATION IV

(MÉNARD et MOZER, *La Médecine Infantile*, juin 1923)

*Syphilome de la joue. — Adénites cervicales. Dents de Hutchinson.*

Une enfant de 6 ans est envoyée à Berck en mai 1920, pour *adénite angulo-maxillaire droite* et vaste plaque lupique de la joue gauche. La plaque, qui a été traitée antérieurement par des pointes de feu, est cicatrisée, sauf au niveau de la commissure labiale, où existe une ulcération croûteuse d'une étendue de 3 centimètres qui empiète sur la muqueuse jugale. Cette ulcération ne présente aucun caractère particulier.

L'adénite, du volume d'une noisette, est unique, dure, mobile, indolente. Il existe de petits ganglions le long de la chaîne carotidienne gauche.

La cuti-réaction est faiblement positive, ce qui cadre mal avec l'idée d'une tuberculose cutanée et ganglionnaire isolée.

Le Wassermann fait systématiquement est très fortement positif.

En six semaines de traitement arsenical, l'ulcération est cicatrisée. En trois mois, *les adénites ont disparu*.

Le Hecht et le Wassermann ne disparaissent qu'après deux ans de traitement mixte intensif.

A une de nos visites, en juin 1923, nous constatons la sortie de deux dents de Hutchinson typique.

Les quatre dents de 6 ans, sorties également depuis l'arrivée à Berck, présentaient leurs trois caractéristiques : tronconisme, sillon circulaire et atrophie cuspidienne.

## OBSERVATION V

(MÉNARD, *Congrès français de Chirurgie*, Obs. I.)

*Syphilome du cou sous la forme d'un abcès froid. — Ulcération pharyngée et palatine. — Guérison par le traitement spécifique.*

Une jeune malade de 13 ans, grande, bien développée,

alerte, se présente à Berck en août 1910, avec un engorgement du côté droit du cou. Quelques ganglions sont obscurément sensibles sous le muscle sterno-cleïdo-mastoïdien, à sa partie supérieure. Au milieu de la masse un peu empâtée, l'exploration reconnaît une collection nettement fluctuante, peu profonde, bien que la peau ne lui soit pas encore adhérente. Le gonflement date de deux à trois mois ; il n'est pas douloureux. La pression est pénible, seulement au niveau de l'abcès.

Le côté gauche du cou n'est pas tout à fait sain ; on sent aussi quelques ganglions tuméfiés, en haut, dans la région carotidienne.

Le diagnostic d'adénite tuberculeuse s'impose de lui-même. Une ponction de l'abcès est proposée et acceptée ; la collection se vide assez bien.

La malade fréquente la plage et prend des séries de bains de mer. A plusieurs reprises, l'abcès se reproduit. Cinq ponctions sont faites, du mois d'août au commencement de décembre, et, à mon étonnement, le volume de l'abcès ne se réduit pas d'une manière sensible.

Cependant, je ne pense pas à la possibilité d'une erreur d'interprétation. C'est bien, dans mon esprit, de la tuberculose qu'il est question ; seulement la tuberculose ne cède pas. L'abcès ne menace pas encore non plus de s'ouvrir, bien qu'il soit devenu peu à peu superficiel.

Alors, survient un incident nouveau. L'enfant souffre de la gorge. Nous voyons une ulcération blanchâtre sur le fond du pharynx, du côté droit. A ce moment même, la malade nous quitte pour une vingtaine de jours. A son retour, l'ulcération a grandi et gagne le voile du palais.

Pas de doute : l'angine est syphilitique et, vraisemblablement, l'adénite est de même nature.

De suite, nous faisons des injections de calomel. Dès la fin de la première quinzaine, la plaie du pharynx prend un bon aspect, mais le voile du palais a subi une perte de substance ; dans sa moitié droite, il est perforé.

Au bout de six semaines, sous la seule influence du calomel injecté, l'ulcération pharyngée est cicatrisée ; l'engorgement du cou notablement réduit et l'abcès du cou résorbé.

La démonstration de la syphilis est faite par le traitement. Un diagnostic plus précoce n'aurait pu être fait qu'au moyen de la réaction de Wassermann. L'erreur de diagnostic était inévitable, elle a été payée d'une perte partielle du voile du palais.

Le traitement est poursuivi jusqu'en février 1912. A cette date, la guérison paraît se confirmer. Le palais est cicatrisé, mais il en résulte une occlusion naso-pharyngée. Toute communication serait fermée entre le pharynx et les fosses nasales, n'était la perforation, large de 3 à 4 millimètres, qui permet à la malade de se moucher et même de respirer par le nez.

Il n'a plus été question de l'abcès du cou ; l'engorgement qui l'entourait a lui-même disparu entièrement, de même que l'engorgement ganglionnaire de la région.

La réaction de Vassermann n'avait pas été pratiquée. Elle fut faite en 1916, six ans après l'apparition des premiers accidents et après un traitement subcontinu par le mercure et l'arsenic. A cette date, elle était positive. Faite à l'arrivée à Berck, elle eût commandé, à elle seule, le traitement, et aurait ainsi évité la grave localisation au voile du palais. (1)

## OBSERVATION VI

(*In* thèse MOZER, Obs. XXXV) *Résumée.*

*D... Germaine,* 23 ans, est vue en janvier 1916. Le début des accidents remonte à l'âge de 5 ans. A cet âge, apparition d'un abcès du bord interne du pied droit, région du premier métatarsien. On ne retrouve actuellement aucune trace de lésion.

Quelques mois après, apparition d'*adénites bilatérales, carotidiennes et cervicales. Les adénites suppurent, se fistulisent, et cet état dure depuis quinze ans,* avec des alternatives d'amélioration passagère.

(1) Cette observation a pu être complétée, grâce au travail récent de MM. MÉNARD et MOZER (Recherche de la syphilis dans les affections ganglionnaires et ostéo-articulaires. *La Médecine infantile,* avril 1923).

D... vient à Berck à l'âge de 13 ans.

Le traitement par la méthode des ponctions ne donne aucun résultat et n'empêche pas la fistulisation. Plusieurs interventions sont pratiquées, suivies d'une nouvelle poussée.

13 JANVIER 1916. — *Quinze ans après le début des accidents,* on constate : des cicatrices entourant en fer à cheval le maxillaire inférieur, cicatrices larges, rouges, saillantes, d'aspect cheloïdien. Il existe, en outre, plusieurs masses ganglionnaires dures, avec périadénite, adhérentes à la peau, au niveau de l'angle des deux mâchoires des deux côtés, du volume d'un œuf de poule et une masse ganglionnaire sous-mentale, adhérente aux plans cutanés, de la grosseur d'un œuf de pigeon.

*L'état général est mauvais* : amaigrissement, perte d'appétit.

Wassermann fortement positif.

Sous l'influence du néosalvarsan, *toutes les masses ganglionnaires ont disparu,* on n'en retrouve aucune trace.

L'état général est excellent. D... a augmenté de 8 kilogrammes.

## OBSERVATION VII

(*In* thèse MOZER, Obs. XXXVII) *Résumée.*

*R... François,* 13 ans, entre le 24 juin 1917 à l'Hôpital Bouville, avec le diagnostic de *tuberculose ganglionnaire.*

L'enfant présente, dans la région angulo-maxillaire gauche, une ulcération des dimensions d'une pièce de cinq francs, à bords croûteux, se continuant insensiblement avec les tissus sains, et au centre de laquelle fait hernie un ganglion dur, du volume d'un œuf de pigeon.

Il n'existe *aucun stigmate de syphilis.* On note simplement des lésions dentaires banales au niveau des incisives médianes supérieures qui présentent des striations transversales et des ponctuations.

Le Wassermann, pratiqué sans aucune donnée clinique, est fortement positif.

Traitement spécifique : *réparation de l'ulcération.* Il

persiste une cicatrice étoilée, rouge et surélevée, au-dessous de laquelle on ne perçoit plus la masse ganglionnaire.

L'enfant a augmenté de 5 kilogrammes.

## OBSERVATION VIII

(*In* thèse Mozer. Obs. XL). *Résumée.*

*E... Germaine*, 14 ans, entre en mars 1913, à l'Hôpital Maritime pour *adénites tuberculeuses*. Elle présente à l'arrivée :

Une volumineuse adénopathie multiganglionnaire non suppurée des régions sous-maxillaires et une adénite suppurée de la région préauriculaire droite.

Rien, dans le tableau clinique, ne jette une lueur en faveur de la syphilis : les adénites se présentent avec le caractère habituel des adénites tuberculeuses chroniques.

Il n'y a aucun stigmate, dentaire, oculaire ou auditif.

Au cours de 1913, la masse sous-maxillaire droite se ramollit et plusieurs ponctions sont pratiquées.

En février et mars 1914, la survenue d'une complication oculaire : *kérato-iritis double*, fait instituer le traitement spécifique.

En août 1916, après 138 injections de biiodure, *les adénopathies ont totalement disparu.*

## OBSERVATION IX

(*In* thèse Mlle Pouzin. Obs. XIV). *Résumée.*

*R... Gaston*, 7 ans et demi.

Vient à Berck en février 1912, pour une *adénite fistuleuse de l'aîne gauche, dont il a été opéré trois fois depuis deux ans.* La fistule donne issue chaque jour à une quantité de pus.

L'enfant présente des adénites cervicales bilatérales peu volumineuses qui pourraient être rattachées à un eczéma léger de l'oreille droite. L'eczéma guérit rapidement.

En août 1914, se développe une *masse ganglionnaire volumineuse qui masque le sterno-cléïdo-mastoïdien gau-*

*chc.* Malgré le séjour quotidien à la plage et le sirop iodotannique, l'adénite reste aussi volumineuse.

Aucun stigmate de syphilis.

Réaction de Wassermann positive.

Intradermo-réaction positive.

On commence des injections de biiodure de mercure. Après deux séries de 10 injections, *la fistule inguinale se ferme,* l'adénite cervicale diminue d'une façon très notable.

Après 10 séries de 10 injections, l'enfant quitte Berck complètement guéri. *Il ne reste plus trace d'aucun des ganglions cervicaux.*

## OBSERVATION X

(W. M. Pearce Coues, Case 1.)

*M. G...,* 8 ans, entré à la Clinique Chirurgicale du dispensaire de Boston le 13 octobre 1914. Envoyé du service de médecine infantile pour *engorgement tuberculeux des ganglions cervicaux.* Ceux-ci ont augmenté de volume depuis trois mois.

Le malade avait été traité, un an auparavant, dans un service de chirurgie, avec le même diagnostic d'adénopathie tuberculeuse.

A. H. — Père en bonne santé. Mère bien portante, un seul enfant, pas de fausses couches.

A. P. — Endocardite ancienne.

*A l'examen,* enfant bien développé.

*Les ganglions cervicaux,* au-dessous de la branche droite du maxillaire inférieur, ont augmenté de volume. Il existe de la fluctuation. La peau qui les recouvre est rosée. La lésion principale est constituée par une grosse masse située sous le maxillaire ; elle est entièrement fixée. On note du côté gauche du cou un processus similaire, moins étendu.

*Pas de signes évidents de syphilis héréditaire.*

Les amygdales sont hypertrophiées. Les dents sont en mauvais état. L'enfant se plaint d'obstruction nasale.

Des cultures de la gorge montrèrent des organismes variés, principalement des staphylocoques et des pneumocoques.

Les amygdales et les végétations adénoïdes furent enlevées dans le service des maladies de la gorge et, en même temps, les ganglions furent entièrement ouverts, curettés, nettoyés à la teinture d'iode et drainés. Un fragment de ganglion fut envoyé à un anatomo-pathologiste, le docteur F.-B. Mallory qui répondit que le tissu ganglionnaire, examiné au microscope, donnait davantage l'impression d'un *processus gommeux* que de tuberculose.

Réaction de Wassermann négative.

Réaction de Von Pirquet négative.

Au reçu de la réponse anatomo-pathologique, l'enfant fut mis au traitement mixte, mercure et iodure de potassium.

Localement, on nota une certaine amélioration des ganglions.

L'amélioration de l'état général fut frappante ; l'enfant qui était fatigué, indifférent, commença à s'amuser, à devenir alerte.

Les ganglions furent de nouveau curettés et de nombreux fragments furent enlevés.

On fit alors à l'enfant trois injections de néosalvarsan (service de Dermatologie). *L'effet produit fut presque magique* (" *magical* ").

En peu de semaines, la tuméfaction avait presque disparu et les fistules étaient cicatrisées.

En février 1915, l'enfant quittait le service, en bon état. Son cou était souple, présentant évidemment une très vilaine cicatrice.

Les antécédents héréditaires étaient du plus haut intérêt. L'histoire familiale vraie était la suivante (la première racontée par la mère était fausse) :

Le premier enfant était mort-né.

Le troisième était mort à 4 mois.

La cinquième grossesse, gémellaire, se termina par la naissance de jumeaux prématurés et mort-nés.

Le père se laissa confesser et avoua qu'il avait eu la syphilis, quelques années auparavant, et qu'il n'avait jamais été soigné.

## OBSERVATION XI

(W. P. Coues, Case 2.)

*A. N...*, enfant (pas d'indication d'âge), entré à la Clinique chirurgicale du Dispensaire de Boston en avril 1915.

A. H. — Père mort de cancer. Mère vivante et bien portante.

Deux autres enfants ; un enfant mort de rougeole.

A. P. — Rougeole dans l'enfance. Pas d'autres affections.

Opéré en février 1915 à l'Hôpital de Boston pour *adénites cervicales tuberculeuses*. On a pratiqué une excision radicale des ganglions du côté gauche du cou.

Examen anatomo-pathologique : *Tuberculose des ganglions cervicaux.*

Très rapidement après l'intervention, la plaie s'ouvrit et des fistules s'établirent.

*A l'examen :* enfant bien développé, peau et muqueuses de bonne coloration.

Au niveau de la moitié gauche du cou, cicatrice plissée, de 4 pouces, de tuberculose ganglionnaire ancienne. Abcès probablement tuberculeux du côté droit du cou.

Rien aux poumons ni au cœur.

Réaction de Von Pirquet positive.

Pas de signes évidents d'hérédo-syphilis.

26 Avril. — Réaction de Wassermann positive.

Le cou ne guérissait pas.

Après trois semaines de traitement spécifique, *amélioration considérable. Les fistules étaient fermées et cicatrisées.*

Il demeurait une tuméfaction molle, au-dessus de la clavicule gauche.

On n'a pas administré de néosalvarsan.

*L'enfant est encore en traitement.*

## OBSERVATION XII

(W. P. Coues, Case 3.)

*L. P...*, 45 ans, entré à la Clinique Chirurgicale du Dispensaire de Boston le 1er avril 1915.

A. H. — Mère morte de « rhumatisme » et de « troubles gastriques ». Père vivant et bien portant.

11 enfants, dont 5 seulement sont vivants. Les 6 autres sont morts ; quelques-uns moururent subitement.

A. P. — Enfant, il n'a jamais été fort, se plaignant constamment de maux de tête ; il était anémique.

Marié à 30 ans ; un fils actuellement âgé de 14 ans, bien portant. Sa femme n'a jamais été malade ; pas de fausses couches.

Il y a un an, en avril 1914, *hypertrophie ganglionnaire bilatérale, au niveau du cou*. En août de la même année, les ganglions s'ouvrirent spontanément. On pratiqua leur incision, suivie de drainage. Les adénites ont toujours suppuré depuis, laissant s'écouler du pus par des fistules et des surfaces ulcérées.

Les ganglions du cou furent, pour cela, *opérés six fois* différentes, mais on ne pratiqua jamais d'opération radicale.

*Le malade était demeuré, depuis très cachectique.*

Le diagnostic avait été : *adénites cervicales tuberculeuses.*

9 Mai. — Réaction de Wassermann positive.

On pratiqua alors 4 injections de néosalvarsan, à court intervalle et, sous cette influence, on assista à une grande amélioration des lésions cervicales : la suppuration diminua rapidement, *les fistules se cicatrisèrent* et, quoiqu'il demeure encore au niveau du cou de l'induration des tissus, la transformation a été considérable.

Ceci est un exemple de *gommes des ganglions cervicaux*, confondues avec des adénopathies tuberculeuses, chez un *hérédo-syphilitique.*

## OBSERVATION XIII

(W. P. Coues, Case 4.)

*C. H...*, 28 ans, entrée le 27 octobre 1913 à la Clinique Chirurgicale du Dispensaire de Boston.

Il s'agit d'une histoire de *tumeur ganglionnaire* siégeant du côté gauche du cou, *datant de quatorze ans.*

Depuis ces dernières années, la tumeur est devenue douloureuse. Elle n'a jamais été fluctuante ou rouge. Jamais de fistules ou de suppuration.

La malade a essayé, mais en vain, d'obtenir une amélioration de son état en s'adressant à de nombreux médecins et en séjournant dans des hôpitaux et dispensaires variés.

Son mari est vivant et bien portant.

Son père est mort de cause indéterminée.

Sa mère est vivante, diabétique. Elle a une réaction de Wassermann positive. La radiographie de ses tibias montre une périostite marquée.

*A l'examen*, jeune femme bien développée.

Gorge et nez normaux. Dents bonnes. Pas de cause évidente d'adénopathie.

Pas d'antécédents vénériens.

Au niveau du côté gauche du cou, il existe une masse proéminente, irrégulière, composée de ganglions durs, de la grosseur d'une noisette à celle d'une noix, occupant les régions immédiatement antérieure et postérieure au sterno-mastoïdien. Les ganglions inférieurs, situés juste au-dessus de la clavicule, sont les plus volumineux.

Pas d'autres tuméfactions ganglionnaires.

Examen des poumons et de l'abdomen négatif.

*Radiographie du thorax :* nombreux ganglions bas, situés près du diaphragme avec opacité marquée de certains d'entre eux.

*Radiographie des tibias* montre une *périostite certaine.*

Réaction de Wassermann négative.

5 Novembre. — On commence un traitement spécifique intensif : mercure et iodure de potassium.

*L'effet produit fut surprenant.* Trois semaines plus tard, les ganglions avaient considérablement diminué de volume, le cou pouvait être mobilisé facilement.

L'état général de la malade qui, jusque là, n'était pas bon, fut grandement amélioré.

En janvier, les ganglions avaient disparu, sauf un qui persistait. On pratiqua son excision et on le fit examiner au point de vue histologique. La réponse fut : *tuberculose typique d'un ganglion.*

Peu de temps après l'opération, la plaie s'ouvrit, suppura et prit les caractères typiques d'une gomme. Elle guérit promptement sous l'influence du mercure.

La malade fut revue en janvier 1915. Le cou était souple, il n'existait plus ni douleur, ni gêne. Bon état général.

## OBSERVATION XIV

(Le Fort et Bachmann, *Echo médical du Nord*, 1913.)

*R... Yvonne*, 10 ans, traitée durant six semaines par un spécialiste de la tuberculose chirurgicale infantile, dans un sanatorium marin, pour une vaste lésion ulcéreuse du cou, du côté droit. *D'énormes ganglions cervicaux*, largement adhérents au sterno-mastoïdien, étaient recouverts d'une plaie suintante, large comme la paume de la main.

L'aspect gommeux du fond, l'envahissement du sterno-mastoïdien, la rapidité d'évolution, devaient mettre sur la voie du diagnostic.

Traitées par le biiodure de mercure, ces soi-disant adénites tuberculeuses s'affaissèrent comme par enchantement quand l'enfant fut soumise à notre examen, et, malgré une amygdalite grave intercurrente et un érysipèle, *la guérison était complète* quatre mois et demi plus tard.

## OBSERVATION XV

(*In* E. Fournier, *Syphilis héréditaire de l'âge adulte.*)

Malade de 48 ans, porteur depuis plusieurs années d' « écrouelles » *réputées tuberculeuses* au niveau de la région cervicale latérale gauche.

Cet homme ne fut guéri de cette lésion si importante et si tenace que le jour où, dans le service du professeur Fournier, il fut reconnu entaché d'hérédité syphilitique et soumis, comme tel, à un traitement antisyphilitique. *Ces prétendues écrouelles tuberculeuses guérirent alors d'une façon miraculeuse* et purent être rattachées à leur véritable origine syphilitique.

## OBSERVATION XVI

(EHRMANN, *Société de Dermatologie viennoise*. 28 nov. 1895).

Malade de 24 ans, atteint depuis trois ans d'ictère.

Présente dans l'abdomen une tumeur qui correspond à *la rate*.

*Le foie* est augmenté de volume.

S'agit-il d'une tuméfaction chronique de la rate due à la malaria ou à la syphilis ?

Le diagnostic de syphilis est vraisemblable, étant donné qu'il existe *deux tumeurs des ganglions inguinaux* qui se sont constitués, il y a plusieurs mois déjà et qui se sont développées en dehors de toute ulcération des organes génitaux. En certains points, il existe de la fluctuation et une ulcération, par laquelle fait issue un liquide, jaune, purulent. Ces ganglions sont atteints de *gommes ganglionnaires*. L'anamnèse le prouve, car le père du malade a eu la syphilis il y a trente ans et la mère a été également infectée ; elle a eu deux fausses couches.

Le malade a été, pendant longtemps, traité par la quinine et l'arsenic, son état ne s'est pas modifié. *Depuis deux semaines*, il prend de l'iodure de potassium. *Les ganglions ont beaucoup diminué de volume*, l'ictère a rétrocédé et le foie est devenu plus petit. Pas de modifications au volume de la rate.

* * *

Nous basant sur les 16 Observations qui précèdent, nous allons maintenant envisager, dans son ensemble, l'évolution clinique de cette première catégorie d'adénopathies hérédo-syphilitiques. Elles constituent bien, comme on le voit, un accident méconnu de la spécifité. Considérées, souvent sans discussion, comme de nature tuberculeuse, de telles adénopathies n'ont pas permis par leurs caractères propres de faire soupçonner la sy-

philis, jusqu'au jour où une complication (perforation du voile, kératite, etc...) a mis sur la voie du diagnostic.

1° Leur époque d'apparition. Les faits rapportés concernent, pour la plupart, des enfants au-dessous de 15 ans. Mais, dans les cas correspondant aux Observations VI, XIII, XVI, il s'agissait de malades adultes, âgés respectivement de 23, 28 et 24 ans. Celui dont P. W. Coues relate l'histoire dans l'Observation XII était âgé de 45 ans, celui de A. Fournier, de 48 ans (Observ. XV). Les adénopathies de l'hérédo-syphilis sont donc capables de se montrer d'une façon très tardive et nous devons attirer l'attention sur ce point que, chez un adulte indemne de tout passé vénérien, il ne faut pas, de parti pris, éliminer la syphilis, alors même que rien, dans les antécédents personnels du malade, n'oriente vers ce diagnostic. La syphilis congénitale peut être en cause.

Dans certains cas cependant, l'histoire du malade pourra faire songer à la syphilis. Le caractère chronique, surtout récidivant des adénopathies qui datent du jeune âge, et qui se sont plus ou moins bien cicatrisées, pour reparaître d'ailleurs plus tard, s'il évoque naturellement l'idée de tuberculose, ne permet pas de rejeter l'hypothèse de syphilis héréditaire.

Ne voyons-nous pas, par exemple, dans l'Observation VI, une jeune fille de 23 ans, dont l'histoire est, à cet égard, particulièrement typique. Depuis l'âge de 5 ans, cette malade présente des adénites cervicales que le traitement ordinaire de la tuberculose ganglionnaire n'est pas arrivé à guérir. 15 *ans* après le début des accidents à côté des cicatrices anciennes, on constate de nouveau de volumineuses masses ganglionnaires que fait com-

plétement disparaître le traitement spécifique. Il en était de même dans l'Observation XIII, où le début de l'hypertrophie ganglionnaire remontait à 14 *ans !*

2° Leur siège. Presque toujours, les adénopathies de l'hérédo-syphilis ont des localisations préférées, à savoir les régions latérales du cou et sous maxillaires. Or, ces sièges de prédilection ne sont-ils pas exactement ceux qu'affecte la tuberculose? Parfois, cependant, elles peuvent se développer en d'autres points, au niveau des aines, plus rarement des aisselles. Dans l'Observation IX, par exemple, les adénopathies avaient débuté par la région inguinale et ce n'est que plus tard qu'elles apparurent au niveau du cou. Dans l'Observation XVI, les gommes ganglionnaires sont restées localisées aux régions inguinales. Le siège de semblables adénopathies n'évoque guère, en pareil cas, l'idée de tuberculose.

3° Leurs caractères. Fournier, dans son traité de la syphilis héréditaire, s'exprime ainsi, lorsqu'il définit l'aspect de ces adénopathies: « Ce sont des adénopathies aphlegmasiques qui se constituent à l'état d'hypertrophies ganglionnaires permanentes, sans tendance à la fonte purulente, à la suppuration chronique qui est la terminaison usuelle et presque fatale des adénites strumeuses. Ces adénopathies naissent à froid, sourdement, insidieusement. Au delà, elles continuent de même à se développer à froid, sans éveiller la moindre douleur, la moindre réaction locale, le moindre trouble sympathique. A l'état adulte, elles sont constituées par des ganglions hypertrophiés, olivaires ou globuleux, lisses et unis de surface, consistants, fermes et élastiques, mobiles sous la peau et mobiles sur les parties

profondes, indolents au palper et généralement multiples. Comme volume, elles varient entre les proportions extrêmes, d'une noisette ou d'un abricot, sans atteindre jamais (sauf exceptions très rares, dont je n'ai pas encore observé d'exemple pour ma part) , les dimensions exagérées de certaines tumeurs ganglionnaires d'autre nature. Puis, et c'est là leur caractère le plus remarquable et le plus spécial, je crois, une fois parvenues à l'apogée de leur développement, *elles restent ce qu'elles sont, immobiles comme volume, immobiles comme évolution...* Parfois, on les voit se départir de leur allure froide et aphlegmasique, pour dégénérer à un moment donné de leur évolution en adénites suppuratives. Elles s'abcèdent alors, s'ouvrent et s'évacuent à la façon des adénites vulgaires, mais *sans aboutir jamais à constituer ces foyers de suppuration chronique et fistuleuse qui sont le propre de la scrofule.* »

Si nous avons rappelé cette description de Fournier, c'est pour montrer que l'observation des faits ne la confirme pas entièrement, surtout en ce qui concerne l'évolution des adénopathies hérédo-syphilitiques. Car, ainsi qu'on le verra plus loin, le passage à la chronicité avec foyers suppuratifs est aussi bien le fait de la syphilis que de la tuberculose et il ne convient pas d'en attribuer la propriété à la scrofule.

Mais, avant de parvenir à ce stade, et comparables encore en cela aux adénites tuberculeuses, les adénopathies hérédo-syphilitiques subissent une évolution froide qu'il faut d'abord étudier.

a) *Période de crudité.*

Les adénopathies cervicales étant les plus fréquentes,

ce sont elles que nous envisagerons plus particulièrement.

Constituée, au début, par des ganglions isolés, de la grosseur d'une noisette ou d'une noix, l'hypertrophie ganglionnaire comprend plus tard un certain nombre d'éléments agglomérés et peut atteindre des dimensions relativement considérables, comme chez le malade de notre Observation 1. Il s'agissait, dans ce cas, d'une tuméfaction allongée, s'étendant de l'angle de la mâchoire à la clavicule, à la palpation de laquelle il n'était plus possible de percevoir des ganglions isolés, mais seulement un empâtement diffus. Seul, son aspect multilobé, bosselé, montrait qu'on se trouvait en présence d'une tumeur ganglionnaire.

Sous l'effet de la poussée ganglionnaire, on voit disparaître d'abord les gouttières carotidiennes, puis le muscle sterno-mastoïdien être soulevé par la masse profonde. Bientôt les régions sous maxillaires sont également envahies.

Il n'est pas rare que l'adénopathie devienne bilatérale et c'est dans ce cas, particulièrement, que l'aspect des ganglions entourant la mâchoire inférieure « en jugulaire » (Ménard), est susceptible de faire songer à la syphilis.

Si, au début, la palpation montre des ganglions isolés, et facilement mobilisables sur les plans profonds, il n'en est plus de même à une phase plus avancée de leur développement. Car, en même temps qu'ils se fondent les uns avec les autres en une masse unique, ils s'entourent de périadénite et ce dernier caractère, que certains auteurs attribuent en propre à la tuberculose,

ne lui est vraiment pas particulier, puisqu'on peut tout aussi bien le rencontrer dans la syphilis.

L'adénopathie persiste à sa période de crudité un temps variable, parfois pendant plusieurs mois, sans montrer de tendance à la suppuration. Les ganglions conservent partout la même dureté et la peau qui les recouvre garde une souplesse et une coloration normales.

Lorsqu'on se trouve en présence, chez un enfant, d'une pareille tuméfaction de la région cervicale, on a l'impression qu'il s'agit d'un lymphôme tuberculeux, de la forme hypertrophique de la tuberculose ganglionnaire (Obser. I. ).

b) *Période de ramollissement.*

Mais cet arrêt dans la marche du processus gommeux n'est pas très fréquent.

Plus souvent, la palpation fait percevoir une sensation de mollesse, puis de fluctuation vraie, témoignant de la formation d'un « abcès froid » ganglionnaire.

Ici encore on pense à la tuberculose et, pour éviter l'ouverture spontanée de la collection, on pratique des ponctions que l'on renouvelle d'ailleurs, car le pus se reproduit rapidement (Obser. III, V, VI, VIII).

Mais une telle thérapeutique demeure vaine. Bien plus, la peau qui jusque-là était restée indemne, commence à rougir et les plans superficiels ne tardent pas à s'ulcérer.

c) *Période de suppuration.*

L'ouverture à l'extérieur se fait selon deux modalités sur lesquelles il convient d'insister.

Tantôt, la masse ganglionnaire, ramollie, se vide par

l'intermédiaire de fistules plus ou moins nombreuses, rappelant en tous points celles que réalise la tuberculose (observ. VI, IX, XI, XII) et une telle suppuration est capable de durer des mois, des années même, 15 ans dans l'observation VI.

Tantôt, au contraire, sous l'action des altérations progressives du processus syphilitique, la peau est envahie dans toute son épaisseur, elle s'infiltre, devient brun rouge et livide. La nécrose des plans superficiels est totale, une véritable escarre se constitue qui laisse apparaître les ganglions gommeux, sous la forme d'un large bourbillon ramolli, parfois puriforme, d'où s'écoule un liquide jaunâtre, filant (Observ. II, VII, XIV, XVI). Tout autour de la masse centrale, les bords de l'ulcération ont un aspect caractéristique, ils sont nets, peu décollés, taillés à pic. La gomme ganglionnaire réalise une image typique (Observ. II).

La réparation d'une telle lésion est possible, spontanément. On voit alors le bourbillon gommeux s'éliminer, les bourgeons charnus envahir le fond de l'ulcération et la combler. La guérison se fait, en laissant une cicatrice déprimée, parfois chéloïdienne, pigmentée dans certains cas.

Mais il s'en faut qu'une pareille évolution soit la règle. Souvent, la peau avoisinant l'ulcération gommeuse apparaît rouge, épaissie, infiltrée: le processus syphilitique s'est greffé sur elle, après sa perforation, et il amène la production de syphilides ulcéreuses, diffuses, qui gagnent non seulement en surface, mais en profondeur.

Les plans sous-jacents peuvent être atteints; les mus-

cles, le sterno-mastoïdien en particulier, sont parfois mis à nu.

Que l'on se trouve alors en face d'un malade qui présente des délabrements si étendus, le diagnostic s'impose presque. Il en était ainsi dans l'Observation XIV, où l'aspect des ulcérations, à lui seul, attira l'attention sur la syphilis.

Si, jusqu'à présent, le caractère des adénopathies ne permettait pas d'incriminer la syphilis plutôt que la tuberculose, l'apparence des lésions que nous venons de décrire est bien capable de faire pencher en faveur du tréponème.

Encore, de pareils cas, ne sont-ils pas très fréquents et la raison en est sans doute que le traitement institué, avant l'extension des lésions, en a arrêté rapidement la marche progressive.

d) *Les modifications de l'état général.*

Dans un certain nombre d'observations, nous avons noté que l'existence des adénopathies était compatible avec un état de santé relativement bon. C'est la règle, semble-t-il, lorsqu'on examine l'enfant au début, à la période de crudité de l'hypertrophie ganglionnaire.

Mais, quand survient la transformation gommeuse des adénites et leur ouverture à l'extérieur, on assiste à des modifications de l'état général. L'enfant perd l'appétit, devient pâle, il maigrit; l'un des malades de Pearce Coues (Observ. XII), était devenu cachectique. La température, est, le plus souvent, normale.

Que toute suppuration chronique, prolongée, soit susceptible de provoquer de tels désordres, le fait n'est pas niable. Mais, qu'il s'agisse de tuberculose ganglion-

naire, par exemple, on les voit rapidement s'atténuer sous l'influence du climat marin et de l'héliothérapie. qui conviennent admirablement bien à ces tuberculoses locales.

Dans la syphilis, au contraire, la cure marine n'est d'aucun secours. Les malades, s'ils sont arrivés en mauvais état, continuent à perdre du poids (Observ. III, VI). Et le fait est d'autant plus important à retenir que, sous l'action du traitement spécifique, la transformation est complète et rapide. (Observ. III, VI, VII).

Noons d'ailleurs que, du point de vue local, ces enfants ne sont guère plus améliorés par le séjour au bord de la mer. A leur retour, les adénopathies persistent, inchangées, ou bien elles ont évolué vers la suppuration (Observ. III, XIV).

En présence de semblables faits, on ne saurait trop répéter que la recherche de l'hérédo-syphilis s'impose, particulièrement dans les stations hospitalières maritimes, où sont rassemblés un grand nombre d'enfants porteurs de « tuberculose ganglionnaire ». Car, sans être accusé de voir la syphilis partout, on comprend l'intérêt thérapeutique qu'il y a à soupçonner là où elle peut se manifester, c'est-à-dire dans ces cas d'adénopathies présumées tuberculeuses, mais sur lesquelles le traitement de la tuberculose ganglionnaire demeure sans action.

e) *Apparition d'accidents de nature manifestement spécifique qui attirent l'attention du côté de la syphilis.*

Comme nous le répéterons plus loin en rapprochant les adénopathies hérédo-syphilitiques de celles réalisées par la tuberculose, cette fausse scrofule ganglionnaire

est particulièrement trompeuse et merveilleusement faite pour égarer le diagnostic.

Car, si l'on excepte les cas où les caractères de l'ulcération gommeuse permettent d'affirmer, presque à coup sûr, la syphilis, on est le plus souvent en droit de n'y pas songer.

C'est d'ailleurs ce qui s'est produit dans la plupart des observations précédentes, où l'erreur inévitable n'a cessé que le jour où l'apparition d'un accident de nature spécifique a permis d'attribuer aux adénopathies la même origine.

Dans notre observation I, une hyperthrose double attira l'attention. Chez deux autres malades (Observ. III et V.), c'est la survenue d'une gomme palatine qui a immédiatement évoqué l'idée de syphilis. Ailleurs, les adénopathies évoluaient depuis longtemps lorsque apparut une kératite double; le traitement spécifique alors institué fit justice de l'un et de l'autre de ces accidents (Observ. VIII). Enfin, dans l'observ. IV, le diagnostic de syphilis héréditaire, basé sur le résultat positif de la réaction de Wassermann, fut corroboré plus tard par l'apparition de dents de Hutchinson.

Mais, et c'est le cas le plus fréquent, rien dans le tableau clinique ne jette une lueur en faveur de l'hérédo-syphilis. L'adénopathie est, et demeure le seul symptôme d'une syphilis héréditaire cachée, qu'aucune autre manifestation ne permet de déceler. « Car, on peut être hérédo-syphilitique et rester exposé à toutes les éventualités de cette tare dangereuse, alors même qu'on n'en porte aucune empreinte dystrophique, aucun signe natif » (Fournier).

En une pareille circonstance, le malade a beaucoup de chances d'être considéré pendant longtemps comme un tuberculeux et d'être soumis, comme tel, à des interventions plus ou moins mutilantes, (observ. IX, X XI, XII), à moins que certaines présomptions, fournies par la recherche systématique de la réaction de Wassermann, l'interrogatoire des parents, permettent de soupçonner la syphilis et d'instituer un traitement d'épreuve, dont le résultat favorable signe la véritable nature des adénopathies.

*B. ADÉNOPATHIES SE DÉVELOPPANT CHEZ DES MALADES PORTEURS, PAR AILLEURS, D'AUTRES MANIFESTATIONS DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS.*

## OBSERVATIONS

### OBSERVATION XVII

(Recueillie dans le service du Pr Mouriquand).

*B... Germaine*, 9 ans, entrée salle Sainte-Jeanne, le 12 juillet 1923, pour des adénites cervicales suppurées et de multiples lésions osseuses et articulaires d'apparence tuberculeuse.

A. H. — Père mort tuberculeux en 1915, l'enfant avait 10 mois à cette époque.

Mère n'a jamais été malade. Une fausse couche, trois enfants morts en bas-âge, le premier à 15 jours, le deuxième à 3 mois, le troisième à 6 mois, sans que la mère puisse fournir de renseignements sur les troubles qu'ils ont présentés. Pas d'autre enfant vivant que la malade.

A. P. — Née à terme. Poids à la naissance : 3 kilogrammes.

Ni éruptions, ni paralysies.

Nourrie au biberon. Prenait du poids normalement. Aucune affection de l'enfance. Jamais d'affection pleuro-pulmonaire. Ne toussait pas.

L'enfant aurait eu une *santé parfaite jusqu'à l'âge de six ans.*

A cette époque, apparurent au niveau des deux régions cervicales latérales des « glandes » qui augmentèrent rapidement de volume. Aucune douleur. Ces ganglions, d'abord durs, se ramollirent et, deux mois plus tard, s'abcédèrent, parsemant le cou de larges ulcérations.

En même temps, les deux oreilles se mirent à couler et l'enfant se plaignit de troubles de la vue. La mère ne peut fournir d'autres précisions à ce sujet.

Un médecin vit alors l'enfant et ordonna le séjour à la campagne, puis il l'envoya à la Charité.

*A l'entrée* dans le service, enfant dont *l'état général est très altéré*. Elle est amaigrie, pâle. Pas de fièvre. Appétit fortement diminué. L'enfant est triste, ne joue pas. Elle ne se plaint de rien, ne souffre en aucune façon.

Poids : 18 k. 400.

*L'examen* montre des *lésions de divers ordres, ganglionnaires, cutanées, osseuses, articulaires et viscérales.*

*Adénites.* Dans les deux régions carotidiennes, il existe plusieurs ganglions de la grosseur d'une noisette, mobiles, non adhérents à la peau. A gauche, d'eux d'entre eux sont ramollis et fluctuants.

Ce qui frappe surtout, c'est la quantité de cicatrices qui témoignent, au niveau du cou, de l'existence antérieure d'adénopathies suppurées. Ces cicatrices sont si nombreuses et si étendues qu'elles ont absolument ravagé la base du cou, les régions sous-maxillaires et carotidiennes, en avant et en arrière du sterno-mastoïdien. En avant, au-dessus de la clavicule gauche et dans la région sous-maxillaire droite, il existe encore des fistules qui suppurent abondamment et qui laissent écouler un liquide jaunâtre et filant. (Voir la photographie ci-jointe.) (Fig. 5.)

On ne trouve pas de ganglions, ni dans les aisselles, ni dans les aînes.

*Lésions cutanées.* Au niveau de la face antérieure du thorax, à droite du sternum, ulcération cutanée recouverte de croûtes et qui suppure de temps à autre. Cette ulcération n'est pas adhérente à l'os ; elle offre des contours arrondis.

A la partie moyenne de la cuisse, face externe, il existe

Figure 5.

ROMA

une large cicatrice, déprimée, mobile sur les plans profonds.

*Lésions osseuses et articulaires.*

Les os des jambes présentent un aspect normal, les tibias ne sont pas déformés.

*Hydarthrose double* au niveau des genoux, assez abondante, localisée surtout au cul-de-sac sous-quadricipital. Choc rotulien net. Aucune douleur. Pas de limitation des mouvements de l'articulation.

*Ostéo-arthrite du coude droit.* L'articulation est très augmentée de volume et, à la palpation, on perçoit nettement l'élargissement des extrémités épiphysaires. Le coude est à peu près ankylosé à angle droit.

Il n'existe pas de douleurs spontanées et les tentatives de mobilisation de l'article ne provoquent aucune souffrance. Pas de ganglions dans l'aisselle droite.

Cette arthrite est suppurée et largement ouverte. A la partie externe, il existe de nombreuses fistules et des décollements sous-cutanés, avec issue de pus jaunâtre, très fétide. A la partie interne, large ulcération à fond bourbillonneux, suintante.

*La radiographie* de l'articulation montre des déformations considérables des extrémités épiphysaires, avec subluxation des deux os de l'avant-bras sur l'humérus.

Les surfaces osseuses sont irrégulières, parsemées d'hyperostoses foncés et de taches claires de gommes.

Les régions diaphysaires qui avoisinent l'article sont engaînées de périostoses.

Ces caractères radiographiques appellent le diagnostic de syphilis ostéo-articulaire.

*Le pouce de la main gauche est absent.* Il a été amputé autrefois pour un « spina ventosa » probable.

*Dents* en très mauvais état, mal implantées, mais ne présentant pas les caractères des dents de Hutchinson.

*Yeux.* L'enfant se rappelle avoir souffert autrefois des yeux, mais actuellement la vision est normale, les cornées parfaitement transparentes.

Examen otorhinologique (Pr Lannois) :

« Rhinite atrophique avec ozène. Otite chronique

moyenne : large destruction du tympan des deux côtés, avec productions polypeuses framboisées. »

L'écoulement d'oreille est bilatéral et purulent.

Le nez ne coule pas, mais l'haleine dégage une odeur extrêmement fétide. Pas de déformation nasale.

Rien à la gorge ni au voile du palais.

Examen des viscères

*Poumons.* Auscultation négative.

*Radioscopie du thorax* montre des poumons clairs ; pas d'adénopathie trachéo-bronchique.

*Cœur.* Pointe dans le V^e^ espace. Léger souffle systolique de la pointe, ne se propageant pas.

*Abdomen* fortement ballonné, mais il n'existe pas d'ascite. Circulation veineuse collatérale sus et sous-ombilicale.

*Foie* très gros, atteignant presque l'ombilic. Le bord inférieur, au niveau de la ligne médiane, dépasse de 14 centimètres le rebord costal. Il est dur, tranchant, mais la surface de l'organe est lisse.

La palpation n'est pas douloureuse.

*Rate* augmentée de volume, facilement palpable, dure, non douloureuse.

L'enfant ne présente pas de troubles digestifs, ni vomissements, ni diarrhée. Elle mange peu.

*Urines :* ni albumine, ni sucre.

L'hépatomégalie considérable aurait pu faire songer à la dégénérescence amyloïde, mais les urines, examinées à plusieurs reprises, se sont toujours montrées exemptes d'albumine.

Examen du système nerveux

Réflexes rotuliens égaux et symétriques.

Pas de Babinski.

Pupilles égales réagissant aux deux modes.

L'enfant se tient debout, mais elle ne demande pas à se lever.

*La température* se maintient à la normale.

25 Juillet 1923. — Dès son arrivée, l'enfant a été mise

au traitement spécifique : iodure de potassium, 2 grammes par jour et injections de « Quinby » (sel de bismuth).

Iodure de potassium depuis douze jours.

Quinby : 3 injections à quatre jours d'intervalle (1 cc. ; 1 cc. 5 ; 1 cc. 5).

On constate déjà une amélioration de l'état général, l'enfant a meilleure mine, est plus gaie.

Les ganglions isolés qu'on sentait dans les gouttières carotidiennes ont disparu, les fistules qui suppuraient encore au niveau du cou sont complètement cicatrisées. Il en est de même de l'ulcération thoracique.

L'arthrite du cou est également en voie de guérison ; la suppuration s'est beaucoup atténuée.

Les écoulements d'oreille, qui étaient très marqués, sont devenus insignifiants. L'haleine est moins fétide, d'odeur plutôt fade.

31 Juillet. — On a supprimé l'iodure de potassium à la date du 30 juillet (l'enfant le supportait mal), pour continuer seulement les injections de « Quinby » (5, à la date d'aujourd'hui).

*En l'espace de vingt jours, on a assisté à une modification considérable de l'aspect du coude droit.* Les fistules de la région externe de l'articulation sont complètement taries. Il ne persiste plus, à la partie interne, qu'une ulcération à fond très bourgeonnant, qu'on cautérise au nitrate d'argent.

Les hydarthroses des genoux sont à peu près résolues.

Pas de modifications dans le volume du foie et de la rate.

24 Aout. — Continuation du traitement et de l'amélioration.

29 Aout. — *L'articulation du coude est sèche.* Ankylose presque totale.

*Les hydarthroses du genou ne sont plus visibles.*

L'enfant a reçu, à cette date, 12 injections de 1 cc. 5 de « Quinby ».

*L'état général est bien meilleur.* L'enfant s'alimente, joue, se lève et marche sans difficulté. Le poids est stationnaire : 18 k. 500.

*Le foie a diminué de volume* ; il est toujours gros, mais est moins dur qu'à l'entrée.

*La rate* est encore facilement palpable.

Disparition de la circulation collatérale de la paroi.

24 Septembre. — On a substitué au Quinby l'éparsénobenzol (5 injections de 1 cc.).

La malade va bien. L'otorrhée a disparu. L'haleine n'est plus fétide. Le foie et la rate ont nettement diminué de volume.

On continue le traitement spécifique.

Examen de Laboratoire

*Cuti-réaction* (pratiquée à deux reprises) : *négative*.

*Réaction de Wassermann positive* (20 juillet 1923).

*Inoculation au cobaye* de 1 centimètre cube de pus recueilli par ponction au niveau d'un ganglion cervical ramolli (16 juillet 1923).

L'animal, sacrifié le 15 septembre, ne présentait aucune lésion tuberculeuse.

## OBSERVATION XVIII

(Recueillie à la Clinique des Maladies infantiles).

*R... Louise*, 14 ans, entrée dans le service du professeur Weill le 12 mai 1921. Envoyée par un médecin en vue d'un séjour à Giens.

A. H. — Père vivant, bien portant. Mère en bonne santé; une fausse couche, un enfant mort en bas-âge d'affection indéterminée. Pas d'autre enfant vivant que la malade.

A. P. — Née à 8 mois. Poids à la naissance : 2 k. 300.

Nourrie au sein jusqu'à 6 mois. Prenait du poids, mais d'une façon assez irrégulière et présentait souvent des vomissements.

Bonne santé jusqu'à l'âge de 4 ans. A cette époque, apparurent des lésions cutanées très étendues, surtout confluentes au niveau du dos et des fesses. Il s'agissait, dit la mère, de larges ulcérations qui se recouvraient de croûtes et qui durèrent plus de six mois.

Elles guérirent spontanément, laissant d'importantes cicatrices que l'on retrouve actuellement.

Deux ans plus tard, l'enfant avait 6 ans, on nota l'existence de « glandes » cervicales. Ces adénopathies débutèrent des deux côtés à la fois et devinrent considérables, élargissant la base du cou.

Au bout d'un an seulement, les ganglions se ramollirent, suppurèrent abondamment, se fistulisèrent et de telles lésions persistèrent, subissant des phases d'amélioration spontanée et d'aggravation, jusqu'à ce que l'enfant atteignît l'âge de 10 ans. A ce moment, la suppuration cessa d'elle-même.

Mais, à cette époque, la malade se plaignit de troubles de la vue, et l'on constata de la rougeur des yeux (?).

En 1919, l'enfant fut amenée à la consultation de M. le professeur Weill, mais, comme la mère ne voulut pas la laisser à l'hôpital, on la fit venir trois fois par semaine dans le service, pour lui faire suivre un traitement spécifique (cyanure de mercure intraveineux) et, dans la suite, on continua le traitement par des suppositoires à l'onguent napolitain.

Les lésions oculaires auraient été alors améliorées.

L'enfant a été vue dernièrement par un médecin, qui conseilla à ses parents de demander son envoi à Giens.

*A l'entrée,* enfant de 14 ans assez bien constituée, mais présentant de la microcéphalie.

Ce qui frappe d'emblée, c'est l'existence de cicatrices nombreuses ravageant véritablement la région cervicale, en avant et en arrière des deux sterno-mastoïdiens et dans les régions sous-maxillaires. Il s'agit de cicatrices chéloïdiennes, assez mobiles, peu adhérentes aux plans profonds. L'une d'elles cependant est très solidement fixée aux tissus sous-jacents ; c'est une cicatrice rétractile d'une dizaine de centimètres environ, siégeant tout le long du muscle sterno-mastoïdien gauche, jusqu'à la clavicule. Elle porte non seulement sur la peau, mais sur le muscle sous-jacent, et a provoqué l'apparition d'un torticolis très marqué. Cette cicatrice se tend très fortement lorsqu'on essaie de corriger l'attitude vicieuse de la tête.

*On est en droit de se demander si elle ne représente pas la trace d'une gomme musculaire ancienne.*

On note également des cicatrices de lésions cutanées anciennes au niveau des deux aisselles, et à la partie moyenne du bras gauche. Dans le dos, il existe un très large placard cicatriciel, blanchâtre, parfaitement libre, n'intéressant que les plans superficiels.

*Du côté des yeux, kératite interstitielle bilatérale,* surtout marquée à gauche, où elle s'accompagne d'*iritis* avec *synéchies*. La vision, très troublée de ce côté, est à peu près normale à droite.

Pas de troubles de l'audition.

Aucune lésion osseuse, l'aspect des tibias est normal.

Mais, existence d'une *hydarthrose double.*

Pas de dystrophies dentaires.

Rien au voile.

Langue plicaturée, fissuraire.

*Foie* non hypertrophié.

*Rate* facilement sentie, déborde de deux travers de doigt le rebord costal.

Rien aux poumons.

Rien au cœur.

Examen du système nerveux négatif.

EXAMEN DE LABORATOIRE

*Cuti-réaction :* négative.

*Réaction de Wassermann* dans le sang : négative.

## OBSERVATION XIX (*)

**(Recueillie à la Clinique des maladies cutanées et syphilitiques).**

*R... Fanny,* 15 ans, entrée dans le service du professeur Nicolas, le 12 juin 1922. Vient à l'Hôpital pour une lésion gangréneuse inguinale gauche.

A. H. — Père bien portant. Mère en bonne santé ; pas de fausse couche ; 4 grossesses : la première se termina à

(*) Nous remercions Monsieur le Professeur Nicolas d'avoir bien voulu nous autoriser à publier cette observation.

huit mois par l'accouchement d'un enfant mort depuis huit jours, non macéré ; la deuxième donna naissance à la malade actuelle ; la troisième, à une fille âgée aujourd'hui de 8 ans, bien portante ; la quatrième s'est terminée par l'accouchement d'un enfant mort pendant le travail, d'un circulaire du cordon.

A. P. — Née à terme. Diphtérie à l'âge de 3 ans.

*A l'âge de 8 ans*, l'enfant a présenté une *affection oculaire* qui s'est développée insidieusement. La malade n'a eu, à ce moment, ni rougeur au niveau des yeux, ni conjonctivite. Elle se plaignait simplement d'avoir un voile devant les yeux, et la mère constata que *les cornées devenaient opaques*. Il s'est agi de *kératite interstitielle*.

L'enfant fut soignée à l'Hôtel-Dieu.

*Début de l'affection actuelle*, il y a trois ans et demi, l'enfant avait 12 ans, par l'apparition, dans le pli inguinal gauche, de ganglions qui donnaient l'impression d'adhérer les uns aux autres, pour former une seule masse assez volumineuse, allongée dans le sens du pli et bosselée.

On appliqua sur cette tuméfaction une pommade iodurée, mais les ganglions augmentèrent de volume.

Il y a un mois, la tumeur a encore grossi, et elle est devenue un peu douloureuse. Puis, à son centre, se montra une petite plaque rouge, autour de laquelle apparurent rapidement de petits pertuis laissant s'écouler un peu de pus. Quelques jours plus tard, la peau ulcérée se détachait, formant une plaie circulaire.

*A l'entrée, au niveau de la région inguinale gauche*, vaste ulcération de la largeur d'une petite paume de main, à bords rouges, irréguliers, décollés. Le fond de la plaie montre une masse ganglionnaire sphacélée, en voie d'élimination.

A la palpation de la fosse iliaque gauche, on sent une masse volumineuse, bosselée.

Rien dans la région inguinale droite, ni aux autres carrefours ganglionnaires.

L'examen de la région génitale est absolument négatif.

La malade est vierge.

Rien à l'examen général. Pas de fièvre. Pas d'amaigrissement.

*Les yeux* présentent des traces de *kératite interstitielle*, les cornées sont un peu troubles, mais l'enfant ne se plaint plus de troubles de la vue.

*Les incisives supérieures* offrent les caractères de la *dent d'Hutchinson en tournevis :* elles sont élargies au collet, rétrécies au niveau du bord libre, avec échancrure semi-lunaire de ce dernier.

*Examen du sang :*

| | |
|---|---|
| Polynucléaires | 67 |
| Grands mononucléaires et formes de transition | 11 |
| Lymphocytes | 22 |

Réaction de Wassermann : *positive.*

7 JUILLET. — L'enfant a été mise au traitement spécifique (novarsénobenzol : 0 gr. 15, 0 gr. 30, 0 gr. 45, 0 gr. 60).

L'énorme masse sphacélique s'est éliminée.

Il reste une plaie profonde, rouge, qui commence à bourgeonner.

27 JUILLET. — La plaie s'est comblée peu à peu par la profondeur. Il reste encore un orifice de la largeur d'une pièce de 1 franc et de 2 centimètres environ de profondeur. L'ulcération est un peu atone, sans traces de suppuration.

Autour, dans la région inguinale, on perçoit une masse ganglionnaire encore appréciable, et l'on sent toujours les ganglions iliaques, mais ils ont diminué de volume.

29 AOUT. — La malade quitte le service. La plaie est entièrement cicatrisée. Mais il reste, au-dessous d'elle, suivant le pli inguinal, une masse à peu près uniforme, dure, non douloureuse, non adhérente aux plans profonds, du volume d'une mandarine.

1er OCTOBRE 1923. — L'enfant est revue aujourd'hui. Au niveau de l'aine gauche, il ne subsiste qu'une cicatrice. Les téguments sont souples. *On ne retrouve ni ganglions inguinaux, ni tuméfaction dans la fosse iliaque.* A noter l'existence d'un léger œdème de tout le membre inférieur gauche.

**Par ailleurs, la malade va bien.**

## OBSERVATION XX

(Ménard, Congrès français de Chirurgie, 1912, Obs. IV). *Résumée.*

*Fillette* de 12 ans, arrivée à Berck en mai 1912.

Ses incisives offrent la déformation nettement caractéristique de la syphilis congénitale. Cet indice nous a déjà engagé à examiner attentivement les caractères cliniques et radiographiques d'une ostéo-arthrite du genou gauche.

Cette ostéo-arthrite consiste surtout dans une ostéite à marche chronique, à disposition anatomique diffuse. La radiographie montre un trouble de l'architecture du tibia sur toute l'épiphyse proprement dite, au-dessus du cartilage de conjugaison et sur le bulbe diaphysaire, à une distance de 5 centimètres. La lésion est diffuse, sans foyer. Quant à l'arthrite, elle consiste en une hydarthrose secondaire.

Nous n'hésitons pas à rapporter à la syphilis congénitale aussi bien l'affection osseuse que la déformation dentaire.

Mais la même malade a sur le côté gauche du cou une *masse ganglionnaire* d'un assez gros volume, multifistuleuse, avec suppuration abondante. Cette adénite ressemble, à s'y méprendre, à une adénite tuberculeuse compliquée de suppuration ouverte.

Sous l'influence des injections de calomel, la masse ganglionnaire se réduit à la moitié de son volume antérieur, au bout d'un mois de traitement.

La suppuration diminue d'une manière frappante, de 10 à 1.

Durant le deuxième mois, la guérison progresse au point qu'il ne reste plus que deux fistulettes et un écoulement insignifiant, puis tout se termine.

Réaction de Wassermann positive.

## OBSERVATION XXI

(Ménard, Congrès français de Chirurgie, Obs. V). *Résumée.*

Un jeune garçon de 10 ans, arrivé à l'Hôpital Maritime pour *un groupe de ganglions tuméfiés au-dessous de la*

*région mastoïdienne gauche*. Cette masse multilobée, du volume d'une mandarine aplatie, est molle sur sa partie centrale, mais la fluctuation n'est pas franche, la présence du liquide est douteuse.

Incisives supérieures nettement hutchinsonniennes.

Faut-il considérer l'adénite comme tuberculeuse, suivant la routine clinique ? L'enfant ne porte pas d'autre foyer bacillaire. Ou bien, tenant compte de la déformation dentaire, peut-on penser à une infection syphilitique des ganglions ? La question peut être éclairée par la recherche de la réaction de Wassermann, puis par le traitement.

La réaction de Wassermann est positive.

*Le traitement mercuriel amène la résolution de l'engorgement ganglionnaire en six semaines.*

## OBSERVATION XXII

(*In* thèse Mlle Pouzin, Obs. XXI). *Résumée.*

*L... Pierre,* 15 ans.

*Adénites carotidiennes volumineuses,* qui, depuis un an, ont toujours augmenté de volume.

L'enfant est vu le 20 mai 1915. *Le cou est énorme,* les masses bilatérales masquent les muscles sterno-mastoïdiens, s'étendent sous le maxillaire inférieur et se rejoignent sur la ligne médiane.

*Stigmates :* Dents petites, régulières.
Tibias hyperostosés.
Kératite interstitielle.
La réaction de Wassermann est négative.
La cuti-réaction est positive.

A noter que l'enfant a été soigné, il y a un an, à Lariboisière, pour « kératite interstitielle et iritis », et que le Wassermann était positif à cette époque.

Sous l'action du traitement spécifique (huile grise et iodure) *disparition complète des ganglions.*

## OBSERVATION XXIII

(*In* thèse Mozer, Obs. IV). *Résumée.*

*P... Charles*, 3 ans et demi, envoyé en mai 1915 à l'Hôpital Maritime, avec le diagnostic d'*abcès froids multiples fistuleux*.

L'enfant présente à son entrée :

1° Une ostéite fistuleuse des deux tibias et du péroné droit ;

2° Des gommes sous-cutanées ouvertes de l'avant-bras droit et du bras gauche ;

3° Une *adénite cervicale droite fistulisée* ;

4° Un foie gros, sensible, qui déborde les fausses côtes de 4 travers de doigt.

*Radiographie :* hyperostose des deux tibias ne respectant que le tiers inférieur (tibia en pilon de mortier), avec une caverne à limites diffuses au tiers supérieur. La diaphyse du péroné droit est renflée en un fuseau volumineux qui triple le volume de l'os.

Réaction de Wassermann fortement positive.

Traitement spécifique : *cicatrisation rapide de l'adénite cervicale* et des gommes sous-cutanées du bras et de l'avant-bras.

Guérison des ostéites fistuleuses des tibias et du péroné droit. L'enfant quitte Berck en bon état. Le foie n'est plus perceptible à la palpation. Le Wassermann est négatif.

## OBSERVATION XXIV

(*In* thèse Mozer, Obs. VIII). *Résumée.*

*M. G...*, 3 ans, envoyée à l'Hôpital Maritime le 8 juillet 1914, pour *adénites cervicales bilatérales*.

A l'examen, on constate :

1° Adénopathies angulo-maxillaires et sous-maxillaires bilatérales constituées par une grosse masse ganglionnaire du volume d'un œuf de poule. Les deux masses ganglion-

naires sont fluctuantes. La masse droite est ponctionnée une fois et donne issue à 4 cc. de pus sanglant. L'abcès ganglionnaire gauche donne issue à deux reprises à 6 cc. de pus chocolaté, grumeleux.

2° Fistules de la plante du pied gauche, sous la dépendance d'un spina ventosa du premier métatarsien.

3° Limitation des mouvements d'extension des deux coudes, avec épaississement du tiers supérieur du cubitus et de la demie inférieure de l'humérus.

4° Hyperostose bilatérale de la diaphyse tibiale.

*L'image radiographique des lésions osseuses est absolument caractéristique de la syphilis.*

Réaction de Wassermann négative.

Sous l'action du traitement spécifique, l'enfant quitte Berck complètement guéri.

*Les ganglions cervicaux ne sont plus perceptibles.*

Des radiographies successives montrent la *résorption complète des hyperostoses*. Les deux coudes ont une extension complète. L'enfant est bien développée, le myxœdème qu'elle présentait à l'entrée a disparu.

## OBSERVATION XXV

(*In* thèse Mozer, Obs. XVI). *Résumée.*

*S... Georgette*, 12 ans, vient à Berck le 2 novembre 1916. Enfant malingre, pâle, atteinte d'*adénites fistulisées* et d'ostéites multiples.

Le début des accidents remonte à quatre ans : lésions oculaires et ostéite du bras gauche ; le traitement par les injections de biiodure, d'hectine et d'hectaryre a eu raison des lésions oculaires, mais n'a nullement influencé la marche des autres accidents.

La sœur, plus âgée de 4 ans, a présenté, à l'âge de 7 ans, une ostéite du tibia, traitée et guérie par le traitement mercuriel.

L'ensemble des lésions actuelles impose le diagnostic de syphilis :

Ostéite totale du tibia droit qui est fortement épaissi, renflé en fourreau de sabre, avec de larges ulcérations diaphysaires.

Arthrites du genou gauche et de la tibiotarsienne droite. Ostéite bipolaire du radius droit avec double fuseau.

*Adénites multiples :*

Adénite fistulisée du creux poplité droit et des deux régions inguinales.

Large ulcération du tiers inférieur de la face interne du bras gauche, provenant d'un ganglion sus-épitrochléen ouvert.

Ganglions cervicaux et sous-maxillaires bilatéraux, fistulisés, avec *décollements sous-cutanés*, constituant une vaste plaie contournant en fer à cheval le maxillaire inférieur. Certaines parties sont cicatrisées, avec *ponts cutanés* et *terriers*, dont il est classique de faire la *caractéristique des cicatrices tuberculeuses.*

Wassermann fortement positif.

Traitement spécifique intensif. *Toutes les ulcérations sont cicatrisées.* L'enfant a augmenté de 15 kilos en sept mois.

## OBSERVATION XXVI

(*In* thèse Mozer, Obs. XXII) *Résumée.*

*D... Augustine,* 10 ans, envoyée à l'Hôpital Vincent en avril 1916, avec le diagnostic de *lésions bacillaires ouvertes* multiples.

1° Ostéite du tibia droit fistuleuse ;

2° Ostéo-arthrite du genou gauche. Le genou est chaud, globuleux, figé en extension. Pas d'engorgement ganglionnaire ;

3° Ostéite frontale fistulisée ;

4° *Adénite inguinale droite fistulisée.*

La coexistence de l'épaississement irrégulier de la diaphyse tibiale droite avec l'ostéite frontale fait penser à la syphilis.

D'ailleurs, Wassermann fortement positif.

Les lésions ont obéi rapidement au traitement : *dès la deuxième injection de néosalvarsan, cicatrisation de l'adénite inguinale.* A la quatrième injection, cicatrisation de l'ostéite tibiale. A la fin du traitement, le genou gauche est froid et sec, la flexion est complète.

L'enfant a un aspect floride, *elle a gagné 9 kilos en huit mois.*

## OBSERVATION XXVII

(*In* thèse Mozer, Obs. XXXIV). *Résumée.*

*C... Denise*, 12 ans, envoyée à l'Hôpital Maritime en janvier 1916, avec le diagnostic d'*adénite sous-maxillaire droite tuberculeuse et mauvais état général.*

L'enfant présente :

Adénopathie sous-maxillaire droite et rétroangulaire, constituant une masse dure, du volume du poing.

Adénopathie sous-maxillaire gauche, dure, du volume d'une noix.

Ganglions sus-claviculaires gauches, durs, mobiles, sans périadénite.

Ganglion prélaryngien.

Epaississement du tiers moyen du péroné droit.

L'examen radiographique montre un fuseau d'hyperostose diaphysaire de la moitié supérieure du péroné.

L'aspect caractéristique du fuseau diaphysaire du péroné droit impose le diagnostic de syphilis.

D'ailleurs, le Wassermann est très fortement positif.

Sous l'influence du traitement spécifique (mercure et néosalvarsan), *les masses ganglionnaires ont complètement fondu ;* il persiste de la micro-polyadénopathie cervicale et un petit cordon de la grosseur du petit doigt, dans la région sous-maxillaire droite.

Etat général excellent. *Augmentation de poids de six kilos.*

## OBSERVATION XXVIII

(*In* thèse Mozer, Obs. XXXIX). *Résumée.*

*H... Madeleine*, 7 ans, entrée le 20 juillet 1915.

Otorrhée gauche ancienne.

*Adénites cervicales bilatérales* formant une double chaîne ganglionnaire carotidienne, constituée par des ganglions durs, mobiles, sans périadénite, du volume variant d'un pois à une noix.

Traces de kératite ancienne, bilatérale.

Wassermann très fortement positif.

Après traitement mixte (calomel, néo), *il n'y a plus trace d'adénite.* Ecoulement d'oreille tari. Bon état général.

## OBSERVATION XXIX

(*In* thèze Mozer, Obs. XLI). *Résumée.*

*G... Suzanne*, 14 ans, entre en août 1916 à l'Hôpital Maritime, avec le diagnostic d'*adénites carotidienne et sous-maxillaire tuberculeuses.*

L'enfant présente à l'arrivée :

Une adénite sous-maxillaire droite, dure, mobile, sans périadénite, du volume d'un œuf de poule (8 cm. sur 6 cm.). Dans la région rétroangulaire et des deux côtés, on perçoit une masse du volume d'un gros marron, dans laquelle on arrive à isoler par la palpation deux ganglions accolés et réunis par la périadénite.

Petites adénopathies disséminées dans les régions carotidiennes.

Dents de Hutchinson typiques.

Enfant belle, bien conformée. Poids : 37 kilos.

Elle dit que, petite, elle a été soignée pour les yeux. Actuellement, on ne trouve aucune trace de lésions oculaires.

Hyperostose très marquée du tiers inférieur de l'humérus et renflement léger du tiers supérieur du cubitus.

Wassermann très fortement positif.

Traitement spécifique : *résorption complète des adénites.*

*L'enfant a augmenté de 8 kilos.*

## OBSERVATION XXX

(J Nicolas et E. Mouriquand. S. M. H. L. 14 février 1905). *Résumée.*

*Th... Henriette,* 9 ans.

A. H. — Rien à signaler.

4 frères et sœurs morts en bas-âge.

Un frère aveugle et sourd-muet.

A. P. — A 6 ans, *tumeur blanche du genou droit,* qui fut traitée à la Charité par des pointes de feu et l'immobilisation plâtrée.

En même temps, évoluaient des lésions oculaires pour lesquels une *iridectomie* fut faite, à droite. La vue était presque nulle à gauche, très diminuée du côté droit.

L'acuité auditive était également très affaiblie.

L'enfant aurait eu de plus, deux abcès superficiels vers l'aisselle gauche : deux cicatrices restent de ces suppurations, aucune n'a d'adhérences profondes.

*Actuellement, adénopathies cervicales bilatérales, datant de plusieurs années,* n'ayant jamais abouti à la suppuration.

*Ulcération palatine datant de six mois environ,* et perte de substance ,par nécrose, de la partie postérieure et inférieure de la cloison nasale.

Examen des poumons négatif.

Sous l'influence du traitement spécifique, l'*adénopathie a entièrement rétrocédé.*

## OBSERVATION XXXI

(J. Nicolas et E. Mouriquand, S. M. H. L., 11 avril 1905. *Résumée.*

*Marie S...,* 6 ans.

A. H. — Née à terme, sans rien présenter d'anormal

sur les téguments ou les muqueuses. Après elle, seulement, sa mère a eu une fausse couche à trois mois et un enfant mort-né.

Pas d'autre trace de syphilis par l'interrogatoire du père et de la mère. Un frère, plus jeune, bien portant.

A. P. — Rougeole à 3 ans. Peu après, l'enfant fit deux séjours àla Charité pour une *tumeur blanche du genou droit*. Deux plâtres furent faits pour cette affection qui semble, actuellement, en évolution favorable.

*A l'entrée : polyadénite* sous-mentale, sous-maxillaire, préauriculaire. Les ganglions sont gros, indolores, non suppurés.

Perforations de la voûte palatine et des os propres du nez.

Depuis que l'enfant est soumise au traitement spécifique, les ganglions ont diminué.

A la séance du 9 Mai 1905 de la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, MM. Nicolas et Favre complétaient ainsi les 2 observations précédentes:

« Il s'agissait de 2 fillettes qui présentaient des lésions multiples d'origine scrofuleuse. Chez toutes les deux, on observait des *ganglions cervicaux, volumineux, bosselant et déformant les régions sous-maxillaires et se continuant par un chapelet de ganglions plus petits jusque dans les creux sus-claviculaires.* Toutes les deux avaient présenté des manifestations articulaires considérées comme des tumeurs blanches.... Chez ces 2 malades, la recherche attentive des antécédents et surtout la constatation de symptômes étrangers à la scrofule attirèrent notre attention vers la syphilis. Toutes deux, en effet, ont une *perforation de la voûte palatine.* C'est là une lésion que la scrofule ne produit jamais ou du moins exceptionnellement... Chez ces malades, sous l'influence du traitement spécifique, toutes les lésions se sont amendées avec une égale rapidité, aussi bien les lésions syphilitiques que les manifestations d'apparence scrofuleuse. C'est ainsi que *les ganglions ont rétrocédé avec une surprenante rapidité* et que, chez nos 2 malades, *la région cervicale déformée par l'hypertrophie ganglionnaire, a repris un aspect normal.*

## OBSERVATION XXXII

(M. Jadossohn, IXe Congrès de la Société de Dermatologie, Berne, 1906).

*Syphilis héréditaire, chez deux sœurs.*
*Localisations nasales et buccales. Gommes ganglionnaires.*

La mère de ces deux jeunes filles, âgées maintenant de 15 et 16 ans, a été soignée pour des accidents tertiaires.

*L'aînée des deux sœurs* a présenté en 1900 des gommes ulcérées du dos du nez, d'origine osseuse ; en 1902, une perforation de la voûte palatine.

Les ganglions cervicaux et sous-maxillaires étaient très augmentés de volume. *Ces adénopathies, qui s'étaient ouvertes, ressemblaient tout à fait à des adénites tuberculeuses.*

*Cependant, l'inoculation aux animaux et l'essai de la tuberculine donnèrent des résultats négatifs.*

*Le traitement spécifique prolongé amena la rétrocession de ces adénopathies.*

*La plus jeune sœur* vint en 1909, avec une ensellure nasale, de profondes ulcérations du dos du nez, deux perforations du voile du palais, un *engorgement prononcé des ganglions cervicaux et sous-maxillaires,* et une *adénopathie ulcérée* de l'angle du maxillaire.

Ici aussi, la tuberculine fut sans résultat et la guérison survint après un traitement spécifique.

Ces deux cas sont intéressants à plusieurs points de vue. Ce sont d'abord des manifestations tout à fait semblables chez deux sœurs atteintes de syphilis héréditaire. C'est ensuite la production de gommes ganglionnaires au cou et à l'angle de la mâchoire, de localisation semblable.

C'est enfin *la ressemblance de ces gommes ganglionnaires avec les gommes tuberculeuses, à tel point qu'on avait pensé à la coexistence des deux affections, hypothèse infirmée par les résultats négatifs ultérieurement obtenus.*

## OBSERVATION XXXIII

(J. Nicolas, Gaté et Pillon, 1er Congrès des Dermatologistes et syphiligraphes de la langue française, 1922).

*S.. Eugénie*, 18 ans, entre à la Clinique des maladies cutanées et vénériennes, pour des lésions cutanées très étendues de la face, du cou et du mollet droit qui, à première vue, simulent le lupus, mais dont la nature syphilitique ne fait, en réalité, aucun doute à un examen un peu sérieux. Elles ont eu une évolution rapide pour des dimensions considérables ; leur extension est excentrique, avec cicatrice centrale, nette de tout nodule ; la vitropression ne révèle aucun des nodules sucre d'orge du lupus.

Enfin, l'histoire de la malade est des plus suggestives. Depuis l'âge de 8 ans, elle passe son temps dans les services hospitaliers ; c'est d'abord une ostéite de la diaphyse du tibia droit, pour laquelle elle est opérée, puis envoyée sur la Côte d'azur. C'est ensuite une ostéite de la partie moyenne du radius gauche. Puis, ce sont des troubles oculaires, des *adénites suppurées*, une ostéite de la clavicule.

Il y a deux ans, le nez s'affaisse en quelques semaines, pour prendre l'aspect en lorgnette caractéristique. C'est à cette époque que se développent les placards nodulaires cutanés, l'un autour d'une *fistule d'adénite suppurée du cou*, l'autre autour d'une gomme de la partie moyenne de la jambe droite.

Il y a un an, enfin, sans aucune gêne fonctionnelle, sans aucune douleur, le genou gauche augmente considérablement de volume pour présenter, à l'entrée de la malade à la clinique, les signes d'une hydarthrose volumineuse.

Ajoutons à cette histoire la constatation de dents de Hutchinson.

La malade ne présente, par contre, aucun signe de lésions auriculaires, aucun trouble trophique ; elle a simplement l'aspect chétif, un peu infantile, elle n'est pas réglée.

Les urines renferment de 1 à 2 grammes d'albumine par litre.

La réaction de Wassermann du sang est positive.

Voilà donc une malade qui, malgré des signes nets de syphilis, fut prise, pendant dix ans, pour une tuberculeuse et traitée comme telle. *Elle est horriblement défigurée par de multiples mutilations.* Quelques injections de novarsénobenzol ont suffi à cicatriser les lésions cutanées, à faire résorber complètement l'hydarthrose du genou et même diminuer les adénites satellites des lésions cutanées.

## OBSERVATION XXXIV

(Abadie. Union Médicale, 1883, citée par A. Fournier).

Jeune enfant de 15 ans, affecté d'iritis et de gommes cutanées ; présentait, en outre, et cela depuis trois ans, de *volumineux engorgements des ganglions sous-maxillaires et préauriculaires.* « Plusieurs médecins de renom avaient considéré ces lésions comme de nature scrofuleuse et prescrit tour à tour l'iodure de fer, l'huile de foie de morue, le séjour au bord de la mer, etc... »

Mais les accidents persistaient et ne faisaient même que s'accroître, lorsque le Docteur Abadie soupçonna la syphilis d'être en cause, reconnut chez l'enfant une hérédité syphilitique non douteuse et prescrivit le traitement spécifique.

Tout aussitôt, les trois ordres de lésions s'amendèrent d'une façon significative. *Les masses ganglionnaires,* notamment, « se mirent à fondre à vue d'œil » et disparurent en quelques semaines.

## OBSERVATION XXXV

(Laschkewitz)

Une jeune fille de 18 ans, de taille moyenne, anémique, ne présentant aucune anomalie osseuse ou musculaire, était atteinte de névrite optique et d'*hypertrophie des gan-*

*glions du cou*, des régions sous-maxillaires, des aisselles, ainsi que de vives douleurs osseuses.

Cette malade avait été bien portante jusqu'à l'âge de 12 ans. A cette époque, se développèrent au niveau du cou et des régions sous-maxillaires, les unes après les autres, plusieurs tuméfactions qui augmentèrent peu à peu de volume. Elles s'ulcérèrent, puis guérirent très lentement en laissant des cicatrices rétractiles.

La mère souffrait de douleurs osseuses nocturnes et avait présenté de la carie des os propres du nez.

Un traitement antisyphilitique institué chez l'enfant rétablit la vision dans l'espace d'un mois et fit disparaître les douleurs osseuses.

* * *

L'existence de lésions syphilitiques multiples, parfois de stigmates révélateurs de l'hérédo-spécifié, frappait d'emblée dans les 19 observations qui précèdent.

Nous convenons, pour ce fait, que l'intérêt de telles observations est moindre que celui des cas d'adénopathies isolées, premier symptôme d'une syphilis héréditaire jusque là méconnue. Car, d'une part, il n'a souvent pas été possible de suivre dès leur début l'évolution des adénites et, d'autre part, ces dernières s'accompagnaient de lésions dentaires, oculaires, osseuses, etc... qui prenaient la plus grande place dans le tableau clinique.

Néanmoins, il est important de signaler que, malgré la présence de nombreuses manifestations paraissant devoir orienter vers la syphilis héréditaire, ce diagnostic n'a souvent pas été porté, et cela, parce que *la constatation, soit d'adénites cervicales encore suppurées, soit de cicatrices traduisant l'évolution d'adénites anciennes, a fait songer davantage à la tuberculose, ou à l'associa-*

*tion de la tuberculose avec la syphilis, au « scrofulate de vérole »*.

Or, l'action du traitement qui demeure, malgré tout, la pierre de touche, de ce diagnostic, a permis à des observateurs plus attentifs d'attribuer à l'hérédo-syphilis l'ensemble des accidents en cause.

Que voyons-nous, en effet, dans la plupart des observations que nous rapportons?

Des malades se présentent, porteurs d'adénopathies, plus ou moins volumineuses, ulcérées ou non. Certains d'entre eux ont souffert, dans leur enfance, d'adénites suppurées, dont on retrouve les traces au niveau de la région cervicale. On les a considérés jusque là comme des tuberculeux et il faut reconnaître que, pour un observateur non averti, l'aspect des lésions cervicales plaidait en faveur de cette hypothèse.

Il en était d'ailleurs de même des autres manifestations qu'on relevait dans les antécédents du sujet.

Chez l'un d'entre eux, il s'agissait d'un « spina ventosa », pour lequel on avait même pratiqué la désarticulation du doigt (Observ. XVII). Ailleurs, c'est une « tumeur blanche du genou », qui nécessita l'immobilisation de l'articulation dans une gouttière plâtrée (Observ. XXX, XXI). L'observation XXIII est particulièrement typique à cet égard. Nous y suivons la carrière pathologique d'une enfant qui, depuis l'âge de 8 ans, passe son temps dans les Hôpitaux, ayant présenté successivement des ostéites du tibia et du radius, des adénites cervicales et enfin des ulcérations cutanées si étendues qu'elles ont amené d'horribles mutilations de la face. Or, ces lésions multiples, qui en imposaient pour de la tubercu-

lose, relevaient bien de l'hérédo-syphilis, comme devait le prouver plus tard le résultat du traitement.

S'opposant à ces cas où des désordres irrémédiables ont été la rançon d'un diagnostic erroné, il en est heureusement d'autres où le soupçon de l'hérédo-syphilis a permis, dès le premier examen, d'orienter la thérapeutique.

Or, si nous en jugeons par les observations où une pareille éventualité s'est trouvée réalisée, ce sont surtout les *altérations osseuses et articulaires* qui ont, de par leur aspect clinique, et radiographique, entraîné la conviction (Observ. XX, XXIII, XXIV, XXV, XXVI, XXVII, XXIX).

Sans vouloir passer en revue les différents accidents que l'on peut voir survenir au niveau du squelette, nous croyons utile de rappeler ici les principales formes de *la syphilis ostéo-articulaire et osseuse*. Car, presque toutes, trouvent leur histoire dans les observations précédentes.

1° *La syphilis épiphysaire ou ostéo-articulaire*, qui comprend les 4 formes classiques depuis Fournier:

Arthralgie,

Hydarthrose,

Tumeur blanche syphilitique,

Ostéo-arthrite déformante (Méricamp).

*L'hydarthrose*, si lorsqu'elle siège d'un seul côté, simule l'*hydrops tuberculosus*, doit par son caractère de bilatéralité éveiller immédiatement l'idée de syphilis. Cette « synovite symétrique des genoux » (Clutton) est signalée, à 2 reprises, dans nos observations. (Observ. XVII, XVIII).

Il en était de même de l'arthrite, *forme pseudo tumeur blanche* (Observ. XX, XXV, XXVI, XXX, XXXI) et de l'*ostéo-arthrite déformante*, dont l'observation XVII rappelle les principaux caractères.

Que de semblables manifestations soient d'une grande fréquence dans l'hérédo-syphilis, il suffit, pour s'en convaincre, de lire le nombre considérable d'observations qui se rapportent à la syphilis articulaire. « Loin donc de considérer les accidents articulaires comme une cause d'erreur dans le diagnostic de l'hérédo-syphilis, nous leur attribuons une place de premier plan et nous n'hésitons pas, à nous unir aux auteurs qui réclament la transformation en tétrade de la triade d'Hutchinson » (Nicolas).

2° *La syphilis diaphysaire*, qui est capable d'atteindre tous les os longs, mais dont les lieux d'élection, sont, d'abord le tibia, puis la clavicule et les os de l'avant-bras. Nul n'ignore l'importante signification de l'hyperostose qui en traduit d'abord l'existence. Elle est telle, qu'au cours de la recherche des stigmates de l'hérédo-syphilis, le clinicien porte automatiquement la main vers la diaphyse du tibia, celle du cubitus, pour y déceler ce symptôme révélateur.

Si, au début, de leur évolution, *l'aspect radiographique* de ces lésions osseuses est peu caractéristique, l'examen du cliché à une période plus avancée permet souvent, à lui seul, d'incriminer la syphilis (Observ. XVII, XX, XXIII, XXIV, XXVII ). Les hyperostoses par couches successives au niveau de la diaphyse malade, les alternances de taches claires de gommes avec les proliférations osseuses d'aspect foncé, que l'on cons-

tate dans les cas d'ostéo-arthrites anciennes, ne laissent guère place au doute.

Avant d'abandonner cette brève esquisse de la syphilis osseuse, faut-il insister sur l'importance de *la multiplicité des lésions* et sur le *caractère pathognomonique de certaines localisations* (os propres du nez, cloison, voûte palatine) ? Il est trop évident qu'en face d'une perforation du palais osseux ou de la classique déformation nasale en selle ou en lorgnette, on ne pourra pas laisser échapper la syphilis.

Il est, dans le tableau de la syphilis héréditaire tardive, un grand nombre d'autres symptômes auxquels nous ne nous arrêterons pas.

Si nous avons insisté uniquement sur l'atteinte du squelette, c'est que *l'évolution des lésions ostéo-articulaires parallèlement à celle des adénopathies, semble être particulièrement fréquente.* L'existence d'une telle association découle, en effet, de la lecture des observations précédentes, où l'on voit presque toujours les manifestations ganglionnaires apparaître chez des malades qui présentent, par ailleurs, des signes de syphilis osseuse.

C'est là d'ailleurs un fait qui n'est pas pour surprendre, étant donné que plusieurs auteurs ont déjà noté, dans la syphilis héréditaire, le groupement de certains symptômes au cours de l'évolution de la maladie. Nombre d'ophtalmologistes par exemple et en particulier, le Professeur Rollet, ont signalé la coexistence souvent remarquable de la kératite interstitielle et des phénomènes articulaires, plus spécialement de l'hydarthrose du genou.

Nous voyons donc, en résumé, que chez un malade porteur de lésions osseuses ou articulaires ressortissant à la syphilis héréditaire, de par leur aspect clinique et surtout radiographique, il ne sera pas rare de constater, au niveau de la région cervicale, les reliquats d'adénites anciennes, ou bien de voir s'installer des adénopathies qui évolueront avec les caractères que nous avons tracés plus haut.

En une pareille circonstance, il sera bien difficile de ne pas accorder à l'hypertrophie ganglionnaire la même étiologie qu'aux ostéites ou qu'aux arthrites concomitantes. Et cependant, disait Fournier, « ce sont là de toute évidence des adénopathies scrofuleuses développées chez des sujets syphilitiques, des écrouelles ganglionnaires compliquant la vérole ».

Il y a près de 20 ans déjà, MM. Nicolas et Favre, citaient, pour la rejeter, cette opinion et, à propos des deux malades dont nous avons rapporté l'histoire, s'exprimaient ainsi: « L'observation des faits nous avait conduits d'abord à penser qu'il s'agissait plutôt inversement d'adénopathies syphilitiques développées peut-être sur un terrain scrofuleux. Depuis, nous croyons bien plus qu'il s'agit de *lésions exclusivement syphilitiques*.

Cette notion, de la nature exclusivement syphilitique des adénopathies que nous avons vues survenir comme symptôme initial ou sous la forme de manifestation associée à d'autres lésions de l'hérédo-syphilis, nous a paru se dégager des observations précédentes, en raison d'un ensemble d'arguments de divers ordres, sur lesquels nous devons insister à propos du diagnostic.

CHAPITRE III

# DIAGNOSTIC

Il n'est pas dans notre intention de passer en revue les diverses causes d'hypertrophie ganglionnaire chronique chez l'enfant. Notre but est simplement de chercher à établir s'il est possible de différencier les adénopathies hérédo-syphilitiques, des adénopathies tuberculeuses, dont l'analogie ressort déjà suffisamment de la lecture des pages qui précèdent.

Pour cela, en plus de l'examen clinique, nous essaierons de baser ce diagnostic sur des faits de plusieurs ordres, anatomo-pathologiques, biologiques, thérapeutiques. Nous verrons quelle est la valeur de ces divers modes d'investigation et l'importance que l'on doit accorder à chacun d'entre eux, puis nous signalerons, en terminant, les arguments qui permettent de rejeter, ou au contraire d'admettre, l'hypothèse de lésions mixtes, à la fois syphilitiques et tuberculeuses :

1° Examen clinique.

Avant de passer à l'examen du malade, qu'il nous suffise de rappeler l'importance des renseignements que

peut fournir l'interrogatoire des parents au point de vue d'une hérédité syphilitique. Il en est de même des antécédents de l'enfant qu'on fouillera soigneusement à partir de sa naissance.

Nous n'insisterons pas davantage sur la recherche des stigmates de l'hérédo-syphilis : atteinte du système auditif, lésions oculaires, dystrophies dentaires. La valeur de la triade d'Hutchinson est absolue et l'existence d'un ou plusieurs de ses éléments est d'un appoint considérable dans le diagnostic. Ce sont là des faits bien connus.

Pour ce qui concerne les autres manifestations de l'hérédo-syphilis, et en particulier, les lésions osseuses, nous avons suffisamment attiré l'attention sur leur importance pour ne pas y revenir ici.

La question que nous posons actuellement est la suivante: peut-on, cliniquement, reconnaître ou seulement soupçonner qu'une adénopathie est de nature hérédo-syphilitique de par les caractères qu'elle présente ? Existe-t-il des particularités qui la différencient de la tuberculose ganglionnaire ?

A sa phase de crudité, la confusion est presque inévitable. Rien dans son aspect ne permet la distinction. Si l'on ajoute que, semblable encore en cela à l'adénopathie tuberculeuse, elle se localise de préférence au niveau de la région cervicale et qu'elle se montre avec son maximum de fréquence dans la deuxième enfance, on conçoit que l'erreur soit la règle.

Il en est encore ainsi lorsque l'adénopathie s'ulcère, se fistulise et qu'elle reproduit trait pour trait le tableau de la tuberculose ganglionnaire à sa période de suppuration. Quiconque examinerait la malade de notre Ob-

servation XVII (Fig. 5), serait en droit de ne pas songer à la syphilis.

Mais, dans les cas où l'adénopathie revêt l'aspect plus ou moins typique d'une gomme ganglionnaire (Observ. II, XIX), la ressemblance avec la tuberculose est beaucoup plus lointaine.

Nous avons déjà attiré l'attention, sur les caractères de cette ulcération gommeuse à marche envahissante qui s'opposent à ceux des lésions bacillaires.

Là, au contraire, la peau au lieu d'être atteinte sur une large surface par le processus nécrotique, est peu à peu amincie, usée par le pus collecté de l'abcès froid. En un ou plusieurs points, on voit les téguments rougir, se fistuliser et, par les étroits trajets ainsi constitués, s'écouler un pus jaunâtre, mal lié, grumeleux. S'il ne fait pas issue à l'extérieur, le pus essaie de se livrer un passage à travers les plans superficiels, provoquant des décollements sous-cutanés, avec fistulisation secondaire qui sont moins le fait de la syphilis.

D'autre part et surtout, la marche de la tuberculose ganglionnaire ne se fait guère vers la profondeur. Jamais elle n'est capable d'atteindre les plans sous-jacents, de mettre les muscles à nu, de créer les délabrements importants que réalise la syphilis.

Enfin, coïncidant avec les adénopathies, il est une autre lésion véritablement pathognomonique de la syphilis. Nous voulons parler des *gommes du sterno- cléido-mastoïdien, dont* Fournier signalait déjà la haute valeur diagnostique : « On sait combien est fréquente, disait-il, cette localisation des gommes musculaires. J'en ai, pour ma part, signalé, chemin faisant, des exemples,

notamment chez une jeune femme qui était, en même temps, atteinte de tumeur blanche syphilitique du genou et chez laquelle les ulcérations gommeuses du sterno-mastoïdien et cette tumeur blanche avaient été considérées pendant 2 ans comme des lésions tuberculeuses ».

Dans notre Observation XVIII, une semblable gomme musculaire évolua autrefois : elle avait amené, par l'intermédiaire d'une cicatrice adhérente et rétractile, une déformation du cou. Le torticolis était encore très marqué lorsque nous examinâmes la malade, 8 ans plus tard.

En résumé, si, à la première période de leur évolution, il est à peu près impossible de différencier les adénopathies hérédo-syphilitiques des adénopathies tuberculeuses, le diagnostic peut parfois, mais non toujours, être précisé lorsqu'apparaissent les lésions suppuratives.

Quant à chercher à établir *le diagnostic rétrospectif* après guérison des adénites, il n'y faut point songer. *Les cicatrices chéloïdiennes*, que d'aucuns considèrent comme un témoignage de la nature tuberculeuse de la lésion ganglionnaire, n'ont pas la valeur qu'on a pu leur attribuer. Nous les avons retrouvées avec les mêmes caractères dans les adénopathies hérédo-syphilitiques.

Comme on le voit, des trois grandes formes évolutives de l'adénopathie tuberculeuse, la masse ganglionnaire dure sans grande périadénite et sans tendance au ramollissement (lymphome tuberculeux), la masse ganglionnaire dure qui se transforme en abcès froid et qui guérit à la suite de quelques ponctions, l'adénite suppurée avec décollements sous-cutanés, les deux premières peuvent être exactement simulées par l'hérédo-

syphilis. Seule, la troisième forme qui s'accompagne de décollements sous-cutanés, de cicatrices avec ponts et terriers, appartient *presque* en propre à la tuberculose. Et cependant, dans les Observations XVII et XXV, des adénopathies hérédo-syphilitiques avaient provoqué de semblables lésions.

Nous pouvons donc conclure qu'en dehors des cas où les gommes ganglionnaires se présentent avec leurs caractères typiques, le diagnostic clinique demeure le plus souvent impossible entre adénites tuberculeuses et hérédo-syphilitiques.

2° Anatomie pathologique. L'insuffisance des renseignements qu'apporte l'examen clinique, nous allons la retrouver si nous nous plaçons maintenant en face des faits établis par les constatations anatomiques.

Aussi bien l'aspect des lésions histologiques que celui du ganglion examiné macroscopiquement ne permet pas de trancher le différend, tant sont semblables les altérations ganglionnaires provoquées par la tuberculose et la syphilis héréditaire.

a) *Examen macroscopique.*

Le ganglion prélevé chez notre premier malade (observation I) fut extirpé assez facilement. Il atteignait le volume d'une petite noix et sa palpation donnait une sensation de mollesse. A la coupe, le parenchyme apparaissait blanchâtre, parsemé de zônes ramollies et d'aspect caséeux. Comme on le voit, l'apparence du ganglion hypertrophié était absolument celle d'un ganglion tuberculeux.

b) *Examen microscopique.*

L'examen histologique a été pratiqué dans les Observations I, X, XI, XIII.

En ce qui concerne les 3 dernières, notons que, dans le premier cas, on avait l'impression qu'il s'agissait davantage d'un processus gommeux que de tuberculose, mais l'auteur ne dit pas sur quels arguments, d'ordre anatomo-pathologique, fut fondée cette présomption. Dans les 2 autres, la réponse fut : tuberculose ganglionnaire.

Une semblable conclusion aurait pu être facilement tirée des constatations microscopiques faites dans notre Observation 1, car l'examen histologique fournissait les renseignements suivants :

Le ganglion a subi de telles transformations qu'il n'est guère reconnaissable. On ne trouve plus, en effet, que quelques amas lymphoïdes disséminés dans l'organe, plus abondants au-dessous de la capsule.

*A un faible grossissement*, on constate qu'à l'exception d'une bordure périphérique, le parenchyme ganglionnaire a disparu. Il est remplacé par une large plage, homogène, faiblement colorée en rose par l'éosine et uniformément granuleuse. Dans la zône périphérique, on reconnaît de nombreuses cellules géantes, isolées ou réunies en groupes de plusieurs éléments (Fig. 6).

*A un fort grossissement*, il est aisé de se rendre compte que toute la partie centrale du ganglion est représentée par une vaste gomme. Le tissu qui la constitue est ho-

---

**Les microphotographies ci-jointes sont dues à l'amabilité de Monsieur A. Lumière que nous remercions de son obligeance.**

ROMA

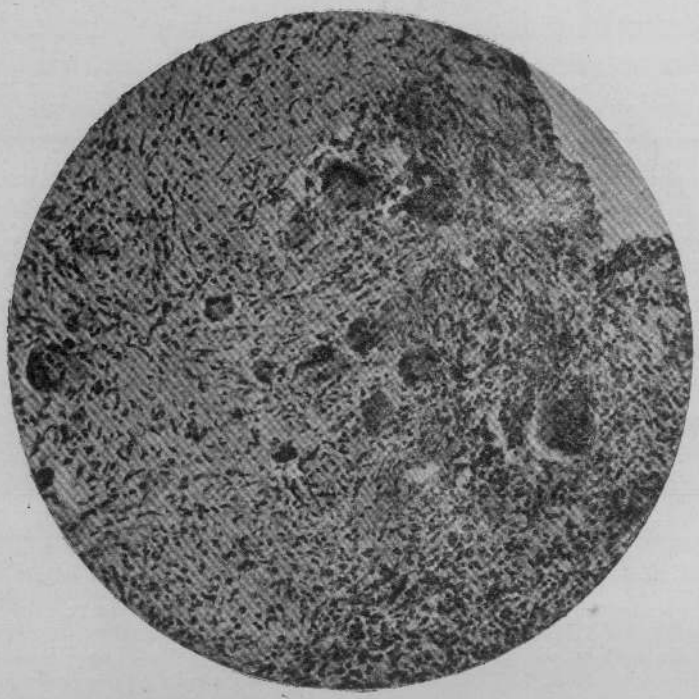


Figure 6. — Coupe de ganglion (Observation I) examinée à un faible grossissement (oculaire 2, objectif 3, Leitz).

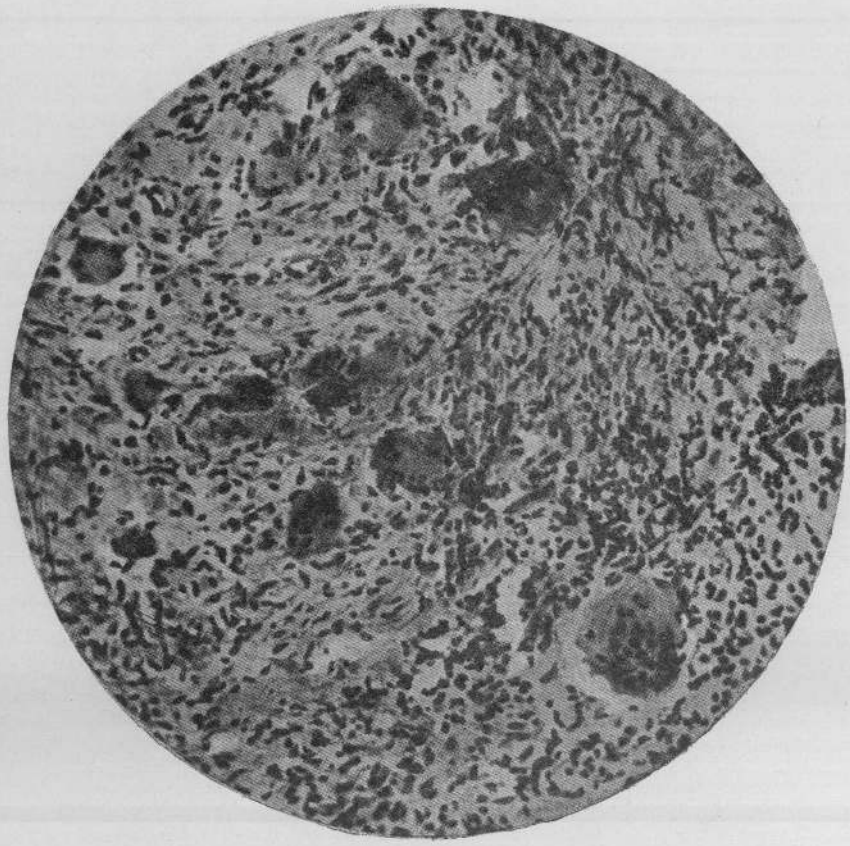
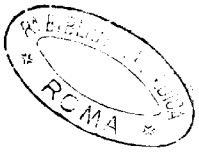


Figure 7. — La même coupe examinée à un fort grossissement (oculaire 2, objectif 6, LEITZ).


RCMA

mogène, sans structure visible, formé par un amas de cellules en voie de désintégration et dont on ne reconnaît plus les limites. De nombreux polynucléaires s'y trouvent disséminés, la plupart dégénérés. La fragmentation caryolitique des noyaux cellulaires a donné naissance à une fine poussière qui parsème la coupe de petits points sombres.

Au sein de ce foyer de nécrose, on distingue de nombreux vaisseaux oblitérés et, par place, des cellules géantes, dont les contours estompés montrent qu'elles sont également en train de disparaître.

En dehors de cette zône, au-dessous de la capsule, les éléments normaux du tissu lymphoïde sont remplacés par des *cellules embryonnaires* (cellules conjonctives et cellules lymphatiques à protoplasma très réduit) plus ou moins agglomérées en *infiltrats*, au sein desquels il existe des amas de *cellules épithelioïdes*. Ces dernières apparaissent comme des éléments de grande taille, à protoplasma abondant, à noyau clair. Quelques-unes se réunissent et, en se fusionnant, se présentent avec plusieurs noyaux, ébauchant des cellules géantes.

*Les cellules géantes* sont particulièrement nettes et abondantes. Elles offrent l'aspect classique des cellules géantes du type Langhans, présentant un grand nombre de noyaux rejetés à l'un des pôles, en forme de croissant, ou disposés en couronne plus ou moins régulière. Parfois, les noyaux se répartissent plus irrégulièrement dans le protoplasma ; la cellule géante prend alors l'aspect du myéloplaxe (Fig. 7).

*Les lésions vasculaires* sont importantes, sous la forme

d'endovascularite, avec oblitération plus ou moins marquée de la lumière vasculaire.

Ce compte-rendu anatomique rend avec exactitude l'analogie complète qui existe entre l'image histologique que nous avons observée et celle que réalise la tuberculose ganglionnaire.

Que, dans notre cas, l'aspect du follicule tuberculeux n'ait pas été fidèlement reproduit, avec sa couronne de cellules embryonnaires, sa zône moyenne de cellules épithélioïdes et ses cellules géantes rassemblées au centre du nodule, le fait n'est pas pour nous surprendre, étant donné que les lésions étaient si avancées qu'elles avaient abouti à la transformation gommeuse presque totale du ganglion.

Mais, l'existence de nombreuses cellules géantes, réunies en amas ou disséminées au sein de cellules embryonnaires et épithelioïdes, suffisait, à elle seule, à faire admettre la tuberculose par un observateur non averti. Car, dans la pratique courante, certains auteurs continuent à admettre que ces derniers éléments en sont la signature.

Or, rien n'est moins exact. Il y a près de 50 ans, en effet, que la cellule géante a été signalée par Colomiatti, dans un cas de syphilis pulmonaire et depuis, un certain nombre d'auteurs, parmi lesquels Lowenbach, Darier, Unna, ont constaté la présence de cellules géantes vraies dans les lésions syphilitiques tertiaires.

Mais, jusqu'à l'époque actuelle, ou bien ces faits étaient niés, ou bien ceux qui admettaient l'existence de cellules géantes et épithelioïdes dans les lésions syphilitiques, considéraient ces éléments comme relative-

ment rares. Ce sont les travaux de MM. Nicolas et Favre qui ont établi d'une façon certaine que « la présence des cellules géantes (non pas rares, maïs le plus souvent assez abondantes) et des cellules épithélioïdes, est la règle » dans les syphilides tertiaires de la peau et des muqueuses. De cette affirmation découle la suivante, que « les lésions syphilitiques tertiaires présentent la plus grande analogie avec les lésions considérées comme histologiquement spécifiques de la tuberculose et qu'il n'y a pas, à l'analyse histologique de ces formations, des caractères assez tranchés pour permettre de les en différencier facilement ».

*Ces idées sont aujourd'hui acquises* et il paraîtrait banal d'y insister davantage, si l'on n'avait parfois l'occasion de relever des erreurs dues à leur méconnaissance. Telle, l'histoire de cet homme, que M. Favre nous rapportait récemment, qui présentait des lésions ulcéreuses du cou et de la face. Ce malade fut considéré comme atteint de tuberculose cutanée, opéré et cureté comme tel, sur la foi d'un examen histologique pratiqué par un anatomopathologiste de profession. Or, il s'agissait de syphilides tertiaires qui guérirent rapidement par le traitement spécifique.

On ne saurait donc trop répéter qu'aucune différenciation histologique ne peut être établie entre les lésions d'origine tuberculeuse et celles d'origine syphilitique.

*L'atteinte des vaisseaux*, elle-même, que d'aucuns considèrent encore comme véritablement spécifique du processus syphilitique peut être également le fait de la tuberculose. «Nous avons eu assez souvent, disent MM. Nicolas et Favre, l'occasion de rencontrer des lésions de

vascularite aussi accusées, dans des lésions cutanées, démontrées irréfutablement de nature tuberculeuse par l'inoculation positive, que dans la syphilis, qu'on ne peut en faire un élément de diagnostic histologique ».

En somme et pour ce qui concerne la syphilis ganglionnaire héréditaire, les constatations que nous avons pu faire confirment l'opinion des auteurs précédents au sujet des lésions cutanées et muqueuses. *L'identité anatomique est absolue entre les productions ganglionnaires tuberculeuses et celles reconnaissant pour origine l'hérédo-syphilis.*

En l'absence du criterium histologique détrôné, il nous faut donc nous adresser à d'autres modes d'investigation.

3° *Examen de laboratoire.*

Nous rangeons, sous cette rubrique, les renseignements fournis par la réaction de Wassermann, la cuti réaction à la tuberculine, la recherche du bacille de Koch et du tréponème dans les ganglions, l'inoculation au cobaye.

a) *Réaction de Wassermann.* Si nous voulons nous en tenir à la statistique fournie par nos observations, nous voyons que la réaction de Wassermann, pratiquée dans 26 cas, a été positive 19 fois, négative 7 fois. Encore convient-il de faire remarquer que, dans les observations III, XVIII et XXII où le Wassermann a été trouvé négatif, les malades avaient été soumis récemment à un traitement spécifique. Bien plus, chez la malade de l'observation XXII, nous voyons la réaction de Wassermann se montrer négative, alors que, un an au paravant, on l'avait notée positive et cela à l'occasion d'un examen

ophtalmologique qui avait permis de constater l'existence de kératite interstitielle et d'iritis. L'enfant avait subi à ce moment un traitement anti-syphilitique.

Mais dans le cas contraire, doit-on rejeter de prime abord une pareille hypothèse ? Il serait banal d'insister sur ce point, à Lyon particulièrement, depuis que les travaux de MM. Nicolas et Favre ont montré la valeur relativement restreinte de la réaction de Wassermann. « Une réaction de Wassermann négative ne peut, en aucun cas, permettre d'éliminer la syphilis. Un examen clinique complet doit toujours être pratiqué, un traitement d'épreuve, dont on néglige trop souvent la très grande valeur diagnostique, doit toujours être tenté et fournira, bien souvent la preuve inutilement demandée à la réaction » ( Nicolas )

Nous pouvons donc conclure que si une réaction de Wassermann positive est d'un gros appoint diagnostique *dans la majorité des cas*, ( car elle peut se montrer positive en dehors de la syphilis dans un certain nombre d'affections : trypanosomiases, lèpre, paludisme affections fuso-spirillaires, Pian ), la constatation d'une réaction négative n'a, par contre, qu'une importance très relative.

En pareil cas, il ne faudra pas se hâter de conclure à l'adénopathie tuberculeuse.

*b Cuti et intradermo-réaction à la tuberculine.*

Les réactions à la tuberculine n'ont été interrogées que 10 fois sur 35 cas ; 6 fois elles se sont montrées négatives, 4 fois positives, dont une fois faiblement ( observation IV ). Chez 4 de nos malades, la cuti-réaction,

pratiquée souvent à plusieurs reprises, a toujours été négative.

Que faut-il penser des cas qui se sont accompagnés d'une réaction positive ? (notons d'ailleurs que chez les mêmes enfants le Wassermann était positif). Pour répondre à cette question, il importe d'examiner rapidement la valeur que l'on attribue aux réactions à la tuberculine.

Lorsqu'il s'agit du premier âge, l'accord est presque unanime ; une réaction positive indique un processus tuberculeux en activité.

Mais, une telle interprétation n'est plus de mise à une période plus avancée de l'existence.

Dans son rapport à l'Association française de Pédiatrie (1911), Monsieur Péhu écrivait déjà que « les méthodes donnent surtout des résultats utilisables dans les 4 premières années de la vie ». Depuis, cette opinion a été confirmée. Nous lisons, par exemple, dans la thèse de Mlle Patte, inspirée par Jousset : « La cutiréaction cesse d'avoir une valeur diagnostique au-dessus de 3 ans et l'on admet que chez l'adulte elle est positive d'une façon à peu près constante ».

On peut donc admettre que, à partir de l'âge de 3 ans et à fortiori dans la deuxième enfance, c'est-à-dire à l'époque où les adénopathies cervicales se développent le plus fréquemment, les épreuves à la tuberculine ne permettent pas de préciser la part que prend la tuberculose à un ensemble pathologique ; elles apportent simplement un argument qui peut étayer une opinion.

Il ne saurait donc être question d'étiqueter tubercu-

leuse une adénopathie sous le seul prétexte que la cuti-réaction est positive.

Une telle déduction serait d'autant moins sûre que les réactions tuberculiniques ne sont pas véritablement spécifiques dans leurs résultats. Elles peuvent, en effet, se montrer positives dans d'autres infections que la tuberculose, la syphilis en particulier.

Il y a longtemps déjà que MM. Nicolas et Favre ont attiré l'attention sur ce point et contrebattu l'opinion classique qui tenait les épreuves à la tuberculine comme un excellent procédé pour établir le diagnostic entre reste en suspens entre syphilis et tuberculose ».

Les auteurs précédents ont pratiqué systématiquement chez des syphilitiques adultes (syphilis acquise ou héréditaire) la cuti et l'intradermo-réaction. Sur 47 malades, tous indemnes cliniquement de tuberculose, ils ont noté 44 intradermo-réaction très positives, soit 93 o/o ; la cuti-réaction s'est comportée de la même manière.

Ces chiffres sont éloquents ; ils indiquent que « ni la cuti, ni l'intradermo-réaction à la tuberculine, aussi fréquemment positives chez les syphilitiques cliniquement indemnes de tuberculose que chez les tuberculeux avérés, ne peuvent avoir de valeur dans le cas où le diagnostic reste en suspens entre syphilis et tuberculose.

Goeblinger est arrivé à des conclusions identiques.

Mais, si les épreuves à la tuberculine, se montrent parfois positives en dehors de la tuberculose, elles le sont toujours dans cette infection (sauf certaines circonstances : tuberculoses aigües, fébriles, malade cachectique) et c'est pourquoi *la constatation d'une réaction*

*négative permet d'orienter le diagnostic en éliminant presque à coup sûr la tuberculose.*

Lemaire, dans sa thèse, insiste sur ce point et attache au résultat négatif de la cuti-réaction une importance considérable.

En résumé, si, à partir de la deuxième enfance, la cuti-réaction n'a qu'une valeur très relative lorsqu'elle fournit un renseignement positif, la même épreuve, si elle demeure négative, acquiert une importance de premier ordre, puisqu'elle indique d'une façon à peu près certaine que le malade n'est pas un tuberculeux. Or, c'était précisément le cas dans quatre de nos observations personnelles.

c) *Recherche du tréponème et du bacille de Koch dans les ganglions.*

Qu'il s'agisse de syphilis acquise tertiaire ou de syphilis héréditaire tardive, le tréponème n'a jamais été rencontré, à notre connaissance, dans les adénopathies. Nous avons examiné, à ce point de vue, les ganglions du malade de notre observation 1 et la recherche du tréponème s'est montrée négative (examen sur frottis après coloration au Giemsa et sur coupes imprégnées par la méthode de Levaditi).

D'une façon générale, le tréponème est rare dans les lésions tertiaires. Il ne s'agit donc point là d'un moyen de diagnostic important.

Le bacille de Koch a été trouvé parfois sur les frottis du caséum provenant de ganglions tuberculeux. Le fait n'est pas constant. Si donc, sa présence permet d'affirmer que l'on a bien affaire à une adénopathie tubercu-

leuse, il ne serait pas rationnel, en son absence, d'éliminer la tuberculose au profit de la syphilis.

d)*Inoculation au cobaye.*

Nous abordons là le procédé de diagnostic le plus précieux, le seul peut-être qui permette de se rendre compte, lorsqu'il est suivi d'un résultat négatif, que la tuberculose ganglionnaire n'est pas en jeu.

Encore, pourra-t-on nous objecter qu'une telle épreuve, si elle est négative, n'autorise pas à rejeter complètement l'hypothèse de tuberculose et qu'il est des lésions de virulence atténuée dont l'inoculation ne provoque pas la tuberculisation des animaux, même du cobaye, particulièrement sensible cependant à la bacillose.

Nous savons en effet que les lésions lupiques fournissent fréquemment des inoculations négatives (Himmel, Nicolas et Favre) et cependant, disent MM. Nicolas et Favre, en pareille circonstance, « l'inoculation négative constitue, malgré tout, une présomption en faveur de la nature non tuberculeuse des lésions ».

D'ailleurs, si les lésions lupiques constituent bien des manifestations cutanées de la tuberculose, elles revêtent un caractère de virulence très atténué et, à leur niveau, il est souvent difficile de déceler le bacille de Koch.

A l'édification de la tuberculose ganglionnaire, au contraire, le bacille joue un rôle prépondérant. Ne le rencontre-t-on pas dans le pus et surtout dans la paroi de l'abcès ?

Il y a longtemps déjà qu'Arloing a signalé la présence de bacilles actifs pour le cobaye dans les ganglions cervicaux des scrofuleux. Depuis, le fait a été confirmé ; le

pus retiré d'une collection froide ganglionnaire tuberculise le cobaye si l'adénopathie reconnaît cette origine. « L'inoculation du pus provenant de ganglions tuberculeux est toujours positive », dit Nobécourt et, d'autre part, Letulle écrit : « Ces ganglions strumeux donnent toujours des inoculations positives ; plus de 50 recueillis par moi, à Berck, dans le service du Dr Cazin, furent expérimentés sur le cobaye avec succès ». Dans le cas contraire, l'animal demeurant sain, on est presque sûrement en droit d'écarter l'hypothèse de tuberculose.

On conçoit, dès lors, combien est précieux le renseignement fourni par l'inoculation du cobaye lorsque le diagnostic hésite entre tuberculose et syphilis ganglionnaire.

Cette épreuve a été utilisée dans 3 de nos Observations personnelles (Observ. I, II, et XVII). Dans les 2 premiers cas, l'inoculation sous-cutanée a été pratiquée immédiatement après la biopsie. Dans le troisième, nous avons injecté sous la peau du pli de l'aine de l'animal, un centimètre cube de pus, retiré par ponction d'un ganglion cervical ramolli. Deux mois plus tard, l'autopsie des animaux montrait l'intégrité parfaite des différents organes.

Il était facile alors d'éliminer le diagnostic de tuberculose pour celui de syphilis ganglionnaire que le résultat du traitement spécifique avait d'ailleurs permis de prévoir.

e) *Epreuve thérapeutique.*

A côté des renseignements fournis par les méthodes précédentes, le traitement d'épreuve demeure, en défi-

nitive, la pierre de touche du diagnostic lorsqu'il amène une régression rapide des lésions, un relèvement manifeste de l'état général et qu'il s'oppose en cela aux thérapeutiques ordinaires de la tuberculose ganglionnaire, qui ne s'étaient montrées d'aucun effet.

Bazin, dont le chapitre sur le diagnostic des écrouelles est à méditer, attache au résultat du traitement une valeur de premier ordre. « Il y a des cas fort embarrassants, où le praticien le plus expérimenté hésite et n'ose se prononcer sur le véritable caractère du mal. En pareille circonstance, il est indiqué de donner, à titre d'essai, les préparations mercurielles et de préférence le sirop de biiodure de mercure. Si ce traitement amène promptement la désagrégation de la masse ganglionnaire et une fonte rapide de l'engorgement cellulaire périphérique, nul doute, c'est que le mal est de nature spécifique ».

Nous croyons, en effet, que la résolution complète d'une adénopathie sous l'influence du traitement antisyphilitique est le meilleur argument en faveur de la nature spécifique des lésions ganglionnaires.

Car un fait est certain, c'est que les adénites tuberculeuses ne réagissent pas de la même façon à cette thérapeutique.

D'aucuns ont avancé que ces dernières pouvaient parfois diminuer sous l'action de l'iodure de potassium, du mercure même. Mais ces observateurs étaient-ils toujours certains de leur diagnostic ? Et, d'autre part, les tuméfactions ganglionnaires s'atténuent-elles, on n'assiste jamais à leur disparition, à la cicatrisation des ulcérations cutanées, à la transformation de l'état général

de l'enfant qui est de règle lorsque la lésion est syphilitique.

Nous avons d'ailleurs, à ce point de vue, institué le traitement mercuriel chez quelques enfants porteurs d'adénopathies cervicales tuberculeuses. Nous n'avons pas noté que son application ait été suivie d'effets favorables.

S'agit-il, au contraire, d'adénopathies hérédo-syphilitiques évoluant isolément ou associées à d'autres manifestations de même nature, l'action de la thérapeutique spécifique est très remarquable et complète. La lecture des observations précédentes en est la meilleure preuve.

Sous son influence, on voit les masses ganglionnaires diminuer d'emblée de volume et fondre véritablement, dans un espace de temps plus ou moins court. Ont-elles abouti à la suppuration, rapidement l'écoulement purulent se tarit, les ulcérations gommeuses se comblent, au prix malheureusement de cicatrices mutilantes que le soupçon plus précoce de la syphilis eût permis d'éviter.

Nous répétons ici que de semblables malades n'avaient aucunement bénéficié de leur séjour à la mer et de la cure d'héliothérapie. Les lésions continuaient le plus souvent à évoluer, amenant une aggravation de l'état général. L'amaigrissement ne prenait fin que le jour où l'on avait recours au mercure ou au novarsénobenzol. Dès ce moment, et sous l'influence de la thérapeutique nouvelle, on assistait à une véritable transformation de l'enfant et à la reprise rapide du poids.

Encore, convient-il de faire remarquer que si, dans la plupart des cas, les adénopathies de l'hérédo-syphilis réagissent promptement au traitement spécifique, il est souvent nécessaire de prolonger ce dernier pour qu'elles

disparaissent d'une façon complète. Dans certaines de nos observations en effet, on aura pu noter que les lésions n'ont parfois cédé définitivement qu'à une thérapeutique poursuivie pendant plusieurs mois.

*Si donc l'on ne saurait être en droit d'affirmer la nature d'une adénopathie qu'en cas de guérison complète, encore ne faudra-t-il rien négliger en ce qui concerne l'intensité et la prolongation du traitement d'épreuve.*

* * *

Ayant poursuivi une thérapeutique ainsi comprise, trois cas pourront se présenter :

1° Le malade guérit complètement. La syphilis était seule en cause. C'est l'éventualité qui s'est trouvée réalisée dans les observations précédentes.

2° Le malade n'est aucunement amélioré. Il s'agit alors probablement, de tuberculose ganglionnaire et le résultat positif de l'inoculation au cobaye vient confirmer le diagnostic.

3° Les lésions sont améliorées mais non guéries d'une façon complète. C'est alors que se pose le problème d'une association possible, de *lésions hybrides, à la fois syphilitiques et tuberculeuses*, ou de *lésions tuberculeuses évoluant sur un terrain hérédo-syphilitique*, selon que l'on admette l'existence de *lésions mixtes* ou de *maladies mixtes*, l'hérédo-syphilis, dans ce dernier cas, ne faisant que préparer l'action du bacille tuberculeux.

Il s'agit là d'une question toujours discutée et, en réalité, fort difficile à juger. Nous n'avons pas la prétention de vouloir la résoudre.

Nous ferons remarquer seulement que la tuberculose ganglionnaire est capable de se déclarer chez un hérédo-syphilitique et cela, d'autant plus facilement, qu'il s'agit de sujets chétifs, anémiques, tout désignés pour être atteints par le bacille de Koch. La lésion tuberculeuse présente ses caractères habituels, mais elle évolue chez un malade dont on retrouve cliniquement et au laboratoire tous les signes caractéristiques de l'hérédo-syphilis. Le traitement mercuriel est-il institué, on voit les lésions ganglionnaires s'améliorer, mais non pas se résoudre d'une manière complète. D'autre part, l'inoculation au cobaye donne un résultat positif.

Tel serait le type créé par l'existence de lésions hybrides. On pourrait nous objecter, il est vrai, que si l'on considère l'inoculation positive comme un critérium certain de la tuberculose, la syphilis ne peut être que soupçonnée, d'après le résultat relativement favorable du traitement spécifique et que, seule, la constatation du tréponème au niveau des ganglions malades serait un sûr garant de son authenticité.

Jusqu'à présent, un contrôle aussi certain n'a pu être fourni en ce qui concerne les adénopathies tuberculeuses que l'on voit survenir chez les hérédo-syphilitiques. Mais, chez l'adulte, au cours de la syphilis acquise, le témoignage d'une pareille association a été apporté par *la constatation simultanée du tréponème et du bacille de Koch dans le même ganglion hypertrophié.*

Frei et Spitzer, en effet, ont rapporté tout récemment trois observations de syphilis secondaire, pendant l'évolution, de laquelle le tréponème fut décelé dans les ganglions malades. Or, l'inoculation au cobaye d'un

fragment de ganglion fut pratiquée et les animaux moururent tuberculeux.

On ne peut nier l'importance considérable des faits qui sont signalés par les auteurs précédents, au point de vue de la pathologie générale. Ce sont les premiers, à notre connaissance, qui montrent d'une façon aussi certaine l'existence de véritables *lésions mixtes* au cours de la syphilis acquise. Or, si cette dernière est capable d'unir son action à celle de la tuberculose, au niveau des ganglions lymphatiques hypertrophiés de la période secondaire, on ne voit pas pourquoi les mêmes conditions ne seraient pas réalisées chez les hérédo-syphilitiques.

Quant à savoir si une telle hybridité de lésions est fréquente, les travaux les plus récents consacrés à l'étude des rapports de la tuberculose et de la syphilis héréditaire, paraissent le nier.

Mercier des Rochettes, dont la thèse est cependant fort documentée, n'en a trouvé que 15 *cas dans la littérature médicale*, et encore, remonte-t-il à Verneuil qui, il y a 30 ans, a signalé le premier la possibilité d'une semblable association. Au surplus, convient-il de noter que, en ce qui concerne plus spécialement *les hybrides ganglionnaires*, cet auteur ne relate que 4 *observations plus ou moins probantes*, dues à Leloir, Danlos, Méry et Terrien, et Etienne.

La part à faire à l'association possible de la syphilis héréditaire et de la tuberculose, nous paraît donc moins considérable que d'aucuns ne le pensent et ce n'est pas sans de fortes présomptions qu'on a le droit d'accorder une origine tuberculeuse à des lésions ganglionnaires évoluant chez un hérédo-syphilitique. Comme l'a dit

fort justement Ménard, *bien des « scofulates de vérole », ne sont en réalité que des « vérolates de vérole ».*

De cette discussion diagnostique, il demeure donc, en résumé, que la présence d'adénopathies cervicales suppurées ou non n'est pas plus en faveur de la tuberculose que de l'hérédo-syphilis.

Pour affirmer la tuberculose, un seul argument est fait pour entraîner la conviction c'est la constatation du bacille de Koch au niveau du ganglion malade, ou le résultat positif de l'inoculation au cobaye.

Le diagnostic de syphilis ganglionnaire sera basé, par contre, sur le résultat négatif de l'inoculation, le caractère positif de la réaction de Wassermann, les signes associés d'hérédo-syphilis et surtout l'épreuve thérapeutique qui, suffisamment prolongée, amène la disparition complète des adénopathies. Quant aux renseignements fournis par l'examen histologique, ils ne sont d'aucun appoint, car, l'analogie est parfaite entre des lésions dues à des infections originellement si bien différenciés et à des microorganismes aussi distincts que peuvent être le bacille de Koch et le spirochète de Schaudinn.

Pour ce qui est des lésions mixtes, on pourra y songer lorsque, chez un hérédo-syphilitique, les adénopathies n'auront cédé que d'une façon relative au traitement d'épreuve et, à fortiori, quand le succès incomplet de cette thérapeutique coïncidera avec une inoculation positive.

Mais, lorsque cette dernière épreuve se sera montrée

négative et que les lésions ganglionnaires guériront parfaitement par le traitement spécifique, on sera en droit d'écarter l'hypothèse de tuberculose associée et de considérer l'adénopathie comme une manifestation pure de l'hérédo-syphilis.

DEUXIEME PARTIE

# La Lymphadénie Syphilitique

Ainsi que le disait, il y a longtemps déjà, Monsieur le Professeur Weill, la maladie de Hodgkin doit être considérée comme un syndrome relevant de causes diverses et, si l'on veut conserver à cette affection un nom qui ne présente plus qu'un intérêt historique, il convient d'envisager sous ce terme toutes les hypertrophies ganglionnaires chroniques accompagnées de splénomégalie, ce tableau clinique ne préjugeant d'ailleurs en rien des lésions anatomiques.

C'est qu'en effet, depuis le mémoire du médecin anglais, les lymphadénies ont subi de multiples regroupements et fait l'objet de nombreux travaux que nous ne rappellerons pas ici. Ils sont exposés tout au long dans la thèse récente de Colrat, qui constitue une remarquable mise au point d'une question jusqu'alors fort embrouillée.

En fait, la grande division primordiale en lymphadénies aleucémiques et leucémiques subsiste aujourd'hui, en dépit des quelques restrictions qui y ont été apportées.

Mais, en ce qui concerne le premier groupe, on doit ranger parmi les lymphadénies aleucémiques un certain nombre d'affections très diverses :

1° *La lymphadénie aleucémique* proprement dite, qui peut, surtout lorsque la marche du processus est rapide, devenir leucémique. Il s'agit d'une « lymphadénomatose aleucémique ou leucémique » (Favre). Dans cette forme, il n'existe pas de fièvre, le prurit est peu intense, l'examen du sang montre une leucocytose peu marquée, avec lymphocytose relative et absence d'éosinophilie.

2° *La lymphogranulomatose* ou « *adénie éosinophilique prurigène* » (Favre), lymphadénie avec grosse rate, fièvre, prurit intense, leucocytose sanguine marquée, avec éosinophilie.

3° *Le lymphosarcome et la lymphosarcomatose*, dont le domaine semble devoir être réduit, au profit des deux formes précédentes.

4° *La lymphadénie tuberculeuse.*

5° *La lymphadénie syphilitique.*

C'est cette dernière que nous allons envisager et que nous désirons étudier, plus particulièrement dans ses rapports avec la syphilis héréditaire. Mais, auparavant, il est nécessaire de souligner qu'au cours de la syphilis acquise, une hypertrophie ganglionnaire peut s'observer, qui dans certains cas, a simulé la lymphogranulomatose.

CHAPITRE PREMIER

# LYMPHADÉNIE ET SYPHILIS ACQUISE

A côté de la micropolyadénopathie contemporaine de la roséole ou des adénopathies localisées, plus volumineuses, de la période secondaire qui peuvent, chez l'adulte également, simuler la tuberculose, la syphilis tertiaire est capable de provoquer l'éclosion d'hypertrophies ganglionnaires généralisées rappelant le tableau du granulome malin.

Il s'agit là d'une véritable lymphadénie syphilitique, comparable parfois, du point de vue clinique, à la lymphogranulomatose, mais que ses caractères histologiques et son évolution favorable permettent de différencier.

Si nous tenons d'emblée à établir ce point, c'est que quelques auteurs ont soutenu *l'origine syphilitique de la*

*lymphogranulomatose*. A vrai dire, les faits qui servent de base à cette théorie sont peu nombreux et l'interprétation qu'on en a donnée est fort discutable.

Benda, par exemple, trouve une certaine analogie entre les lésions histologiques du granulome et celles de la syphilis, en raison surtout de la « multiplicité des foyers de sclérose cicatricielle » et il compte la syphilis parmi les causes possibles de la lymphogranulomatose !

L'observation de Löwenbach, sur laquelle s'appuie Fabian, pour compter la syphilis parmi les causes possibles du granulome malin, ne doit pas, non plus, être retenue, étant donné qu'il s'agissait manifestement dans ce cas d'une lymphadénie syphilitique.

Un syphilitique tertiaire présentait dans l'aisselle une tuméfaction multiganglionnaire du volume d'un poing qui disparut sous l'influence du traitement ioduré. L'examen histologique, pratiqué après biopsie, montra un bouleversement total de la structure ganglionnaire avec, au centre de l'organe, une zône de nécrose caséeuse et de nombreuses cellules géantes, « surtout abondantes au niveau des parties riches en cellules épithélioïdes ». L'auteur notait également l'absence d'éosinophiles.

Or, comme nous le verrons plus loin, une telle image est exactement celle que fournit la lymphadénie syphilitique, elle est loin de rappeler l'aspect histologique de la lymphogranulomatose.

Se basant sur la réaction de Wassermann, trouvée parfois positive dans la lymphogranulomatose, certains auteurs ont voulu en déduire l'origine syphilitique de cette affection.

Une telle constatation a été faite, il est vrai, dans l'ob-

servation de Vaquez et Ribierre, dans celle de Gaucher et Weissenbach, dans les 4 cas rapportés par Caan.

Mais, si l'on veut bien se rappeler que la réaction de Wassermann a été trouvée positive en dehors de la syphilis, on conviendra qu'il n'y a pas là un élément essentiel en faveur de l'étiologie syphilitique de la lymphogranulomatose. Nous ferons d'ailleurs remarquer que Caan, même au pays de Wassermann, met en garde contre la spécifité absolue de la réaction !

En ce qui concerne les spirochètes dont Proescher et White ont constaté la présence sur des coupes de ganglions, dans deux cas de « lymphomatose maligne généralisée », ces 2 auteurs s'expriment ainsi : « Après coloration par la méthode de Levaditi, les coupes montraient des bancs énormes de spirochètes dont l'aspect rappelait beaucoup celui du spirochète pâle..... Il serait prématuré de tirer une conclusion définitive de ces faits. Nos recherches, entreprises dans des cas ultérieurs de lymphogranulomatose, nous montreront si une pareille trouvaille est constante ou non et si nous avons le droit d'envisager les spirochètes comme les agents provocateurs de l'hyperplasie ganglionnaire idiopathique ».

Comme on le voit, Proescher et White ne prétendent pas que le spirochète en cause était celui de la syphilis et ils se demandent s'il ne s'agissait pas là d'une simple coïncidence.

Notons d'autre part que le travail des auteurs précités date de 1907 et que, depuis, ils n'ont rapporté aucun cas analogue.

D'ailleurs, ces constatations n'ont pas été confirmées. Loncoppe, Kidd et Turnbull, Gierke (cité par Pappen-

heim), Guggenheim, ont recherché, sans succès, le tréponème dans plusieurs cas de lymphogranulomatose.

On ne saurait donc, en définitive, adhérer à l'opinion de Fabian, qui conclut en disant que « nous connaissons des lymphogranulomatoses tuberculeuse, syphilitique et cryptogénétique ». L'étiologie de l'affection est encore incertaine, écrit Colrat, la tuberculose et la syphilis n'entrent pas en jeu.

Si nous avons rappelé ces faits, c'est pour bien établir qu'à côté de la lymphogranulomatose, affection d'origine peut-être parasitaire, comme portent à le croire l'éosinophilie et le prurit, il y a place pour une *lymphadénie syphilitique* qui peut parfois, il est vrai, prendre le masque du granulose malin et faire errer le diagnostic.

Dans le cadre de cette affection, nous admettrons un premier groupe d'adénopathies localisées de la syphilis tertiaire, auxquelles, depuis Potier (1842), on accorde le nom de *lymphome gommeux*. Elles ont été décrites par Sarrhos, des Ruelles, Verneuil, Campana, Ramage, Homolle, Lannois et Lemoine.

Presque toujours d'ailleurs, dans les observations rapportées par ces divers auteurs, il s'agissait de gommes ganglionnaires ramollies de la région cervicale ou de l'aine.

Mais, à l'état de crudité, une telle masse ganglionnaire peut simuler, soit la lymphogranulomatose à la période de début, alors que l'affection ne s'est pas encore généralisée, soit une forme localisée de granulome malin.

Dans l'observation de Langenbeck, par exemple, il s'agissait d'une femme de 53 ans, qui avait eu 11 en-

fants, dont 6 morts en bas âge. Au niveau de la région cervicale droite, apparut une tuméfaction volumineuse adhérente à la peau et aux plans profonds. On fit le diagnostic de lymphosarcome ou de carcinome. La tumeur fut extirpée avec difficulté, on dut lier le jugulaire. L'examen histologique montra qu'elle était constituée par un tissu de granulation.

La malade guérit et Langenbeck ne se doutait pas qu'il avait opéré une gomme, lorsque 2 années plus tard, la malade présenta des ulcérations spécifiques de la langue et du voile du palais.

Lustgarten, à son tour, signale 3 cas personnels de lymphome gommeux qu'il ne considère pas comme aussi exceptionnel qu'on le croyait jusqu'alors. Ce lymphome dit-il, est souvent pris pour une tumeur maligne ou pour une maladie de Hodgkin à son début et il fait appel pour démontrer la véracité de sa conception, à l'autorité de Von Esmarck. Celui-ci a vu un grand nombre de tumeurs diagnostiquées sarcome (spécialement du cou), relever de la syphilis.

Lustgarten rappelle également que Billroth a traité par l'iodure de potassium 3 tumeurs du cou qui disparurent rapidement.

Ces adénopathies gommeuses de la syphilis tertiaire ne sont donc pas très rares. Nous les trouvons d'ailleurs signalées encore dans la littérature par Guttmann, Kreibich, Fasal, Wile. Elles apparaissent au stade tardif de la syphilis, parfois très longtemps après le chancre et atteignent le plus fréquemment les ganglions de l'aine et ceux des régions cervicales.

Mais, dans certains cas, le processus gommeux est

capable de se disséminer et c'est alors qu'en l'absence d'autres accidents tertiaires contemporains, on peut songer à la maladie de Hodgkin.

Homolle cite par exemple, une observation de Birsch-Hirschfeld, dans laquelle « l'infiltration gommeuse avait envahi un si grand nombre de ganglions qu'on crut, jusqu'à l'autopsie, à un lymphome malin généralisé ».

Il faut rapprocher de ce fait un autre relaté par E. Wagner qui considéra comme répondant à des gommes ganglionnaires un cas de lymphogranulomatose dû à Wunderlich.

De même, Lannois et Lemoine rapportent l'observation suivante qui leur fut communiquée par Lustgarten : « Un malade, qu'on considérait comme atteint de lymphadénome, allait être sur le point d'être soumis à l'extirpation de ses ganglions cervicaux, lorsque Lustgarten, ayant trouvé chez lui des signes évidents de syphilis tertiaire, demanda et obtint de le soumettre au préalable au traitement spécifique. Dans un temps relativement court, le malade fut guéri ».

Cunningham, sous le titre « Case of supposed lymphadenoma », a publié l'histoire d'un homme de 35 ans qui présentait une énorme tumeur s'étendant, à droite, de la partie médiane du cou jusqu'au mamelon ; à gauche, les ganglions étaient également augmentés de volume. M. Call Anderson qui vit le malade, suspecta la syphilis et conseilla un traitement par l'iodure de potassium. Ce médicament eut un effet si favorable que l'on ne douta plus de la nature syphilitique de l'affection .

Cooper, de même, observa un sujet qui, dans les 2 régions sus-claviculaires, présentait d'énormes gan-

glions. Il s'agissait d'un syphilitique ancien, pâle et cachectique. Le traitement spécifique amena la guérison complète.

Nous avons relevé encore 2 observations de Montgomery dont l'une est particulièrement intéressante :

Homme de 31 ans, syphilis datant de 10 ans. Depuis 5 ans, gros ganglions cervicaux ; depuis 3 ans, ganglions axillaires. Lors de l'examen, il existait dans la région sus-claviculaire gauche une volumineuse tuméfaction, dans la région sus-claviculaire droite une tuméfaction plus petite et, dans les aisselles, les aines des ganglions de la grosseur d'un œuf de pigeon. La leucémie fut exclue par l'examen du sang. On soumit le malade au traitement spécifique (K I) qui amena la disparition des tumeurs ganglionnaires. « Ce cas, dit Löwenbach, qui rapporte l'observation précédente, pose la question du diagnostic différentiel entre le lymphome gommeux et le lymphome malin ».

La difficulté d'un semblable diagnostic a été également signalée par Galloway, Paterson (lymphadénome chez un sujet syphilitique depuis 7 ans ; guérison en 3 semaines par le mercure et l'iodure de potassium). Elle se dégage encore des 2 observations suivantes dues à Verroti et Tschitowitsch. Notons d'ailleurs que, dans la première de ces observations, il s'agit d'une explosion ganglionnaire au cours de la période secondaire de la syphilis.

## OBSERVATION I

(G. Verroti)

*Un cas de lympho-adénopathie multiple, d'origine syphilitique, simulant la pseudo-leucémie lymphatique.*

Femme de 29 ans, veuve, sans antécédents syphilitiques, prise, en octobre 1903, d'une forte douleur dans le flanc droit, gênant les mouvements du tronc, puis d'une douleur de gorge et d'une hémicrânie droite avec scotome scintillant, phénomènes attribués à un refroidissement. Une quinzaine de jours après, tuméfaction des ganglions sous-maxillaires, puis du cou et des aisselles; ces tuméfactions, complètement indolentes, augmentèrent progressivement de nombre et de volume ; la céphalée persista ; il apparut une légère fièvre et de l'asthénie générale avec chloro-anémie. En avril 1904, les tuméfactions ganglionnaires, de volume variant entre celui d'une noisette et celui d'un œuf de poule, de consistance dure, élastique, indolentes, non adhérentes, occupant les régions latérales du cou, en avant et en arrière du sterno-mastoïdien, les régions sus et sous-claviculaires, sous-hyoïdienne, axillaires et sous-axillaires, le bord interne du biceps brachial jusqu'à la région épitrochléenne, les régions inguinales et les fosses iliaques, les plus volumineuses siégeant aux régions sous-maxillaires, sous-claviculaires et axillaires où elles faisaient saillie sous la peau ; légère hypertrophie des amygdales ; rate à peine augmentée de volume, foie normal, légère fièvre vespérale sans sueurs nocturnes, asthénie neuro-musculaire, inappétence, digestion gastrique difficile. La céphalée et la douleur du flanc ont cessé.

La numération des globules sanguins donne :

| | |
|---|---|
| Hématies | 5.000.000 |
| Leucocytes | 9.000 |

dont :

| | |
|---|---|
| Lymphocytes | 7 % |
| Mononucléaires | 25 % |
| Polynucléaires | 67 % |
| Eosinophiles | 1 % |

A la suite d'injections arsenicales, amélioration de l'état général et réduction accentuée du volume des ganglions, surtout dans les régions latéro-cervicales, axillaires, et le long du biceps ; mais, comme il survint une nodosité de l'iris de nature douteuse, on fit un traitement mercuriel (injections de sublimé) à la suite duquel l'iritis guérit et les ganglions les plus petits disparurent ; le traitement mercuriel fut continué sous des formes diverses et avec des intermittences nécessitées par l'intolérance de la malade, associé aux préparations arsenicales et ferrugineuses, et les lésions ganglionnaires guérirent complètement, en même temps que l'état général redevenait excellent.

## OBSERVATION II

(TSCHITOWITSCH)

Cas de lymphadénie aleucémique chez une femme de 38 ans, syphilitique (6 enfants morts en bas-âge). L'affection durait depuis six mois et s'accompagnait d'une fièvre continue et parfois élevée. La malade était pâle, très amaigrie. Toutes les thérapeutiques (arsenic, quinine), étaient demeurées inefficaces, la fièvre persistait. Sous l'action de l'iodure de potassium, la température redevint normale et se maintint normale, les tuméfactions ganglionnaires, l'hypertrophie splénique disparurent. Six mois après le début de ce traitement, la malade écrivait qu'elle n'avait jamais plus présenté de fièvre et qu'elle se sentait parfaitement bien.

L'heureuse influence de l'iodure de potassium laissait supposer l'étiologie syphilitique de l'affection.

* * *

Si nous avons rappelé, plus particulièrement, ces 2 observations, c'est afin de montrer que la fièvre peut faire partie du tableau de la lymphadénie syphilitique.

Il n'y a d'ailleurs, en cela, rien qui puisse étonner, car l'existence de la fièvre syphilitique est actuellement une notion bien acquise.

Mais, comme l'élévation thermique caractérise la lymphogranulomatose, on voit qu'il s'agit, là encore, d'un symptôme capable de faire errer le diagnostic. Le fait n'a d'ailleurs pas échappé à certains auteurs.

F. Parkes Weber, par exemple, dans un article sur la maladie de Hodgkin, s'exprime ainsi : « Une hypertrophie anormale des ganglions lymphatiques (cou, aisselle, etc...) dans le stade secondaire tardif, et plus spécialement le stade tertiaire de la syphilis, a été parfois indubitalement diagnostiquée maladie de Hodgkin. Une telle erreur de diagnostic est plus facile quand une cachexie progressive et de la fièvre sont associées à l'hypertrophie ganglionnaire et quand toute histoire de syphilis est absente. Certaines formes de fièvre syphilitique tardive peuvent facilement être prises pour une lymphadénie fébrile ».

Que la syphilis, à la période tertiaire plus spécialement, soit donc capable de déterminer l'apparition d'adénopathies multiples jouant la lymphogranulomatose, les faits que nous venons de passer en revue en sont le meilleur témoignage.

Parfois, les symptômes concomitants de syphilis ont attiré l'attention, mais plus fréquemment c'est l'épreuve thérapeutique qui a permis de se rendre compte de la véritable nature du syndrome.

Il en était ainsi dans l'observation de Harrison, où cet auteur vit guérir une « maladie de Hodgkin » par le néosalversan. Signalons également qu'à la Société

médicale des Hôpitaux de Lyon, à propos de la communication du Pr Weill, Monsieur J. Chalier déclara avoir traité un certain nombre de lymphadénies par des injections de novarsénobenzol et avoir obtenu, dans un cas, une rétrocession complète des adénopathies. Mais chez un autre malade, il ne constata qu'une simple diminution des ganglions hypertrophiés, avec un relèvement de l'état général et, dans 4 ou 5 autres cas, la médication ne fut suivie d'aucun résultat.

C'est qu'en effet, il ne suffit pas qu'une lymphadénie se développe sur un terrain syphilitique pour qu'on se croît autorisé à la considérer comme d'essence syphilitique. Il est superflu de faire remarquer qu'un spécifique est capable d'être atteint de lymphogranulomatose et, qu'en pareille circonstance, l'influence du traitement sera nulle.

Plusieurs observations témoignent de cette coïncidence, en particulier celles recueillies dans la thèse de Mlle Majerczak, élève de Fournier. La plupart des malades dont cet auteur rapporte l'histoire sont morts malgré le traitement antisyphilitique. De même, M. Roubier a publié l'observation d'un homme, ancien syphilitique, qui se présentait avec le tableau de la lymphogranulomatose. Le novarsénobenzol sembla, pendant quelque temps, l'améliorer, mais le malade mourut et l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un cas absolument typique d'adénie éosinophilique prurigène.

CHAPITRE II

# LYMPHADÉNIE ET SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

A l'encontre de la syphilis acquise, dont les manifestations ganglionnaires peuvent assez fréquemment, ainsi que nous venons de le voir, donner l'impression clinique de la lymphogranulomatose, la syphilis héréditaire ne fournit qu'exceptionnellement l'occasion de discuter un pareil diagnostic.

Il est bien possible, lors de l'examen d'un hérédo-syphilitique de découvrir au niveau des différents carrefours des ganglions de dimensions variables, mais ceux-ci n'atteignent que rarement un volume important susceptible de faire songer au lymphome malin.

Encore, ces faits de polyadénopathies relevant de la syphilis héréditaire sont-ils assez rares.

« Presque toujours, dit Fournier, les adénopathies de l'hérédo-syphilis se circonscrivent à une ou à quelques régions. Il est des cas cependant où elles se multi-

plient et se disséminent, comme si elles tendaient à une sorte de généralisation ». Et, pour prouver ce qu'il avance, Fournier cite l'observation suivante due à Rivington :

« Jeune fille de 16 ans, fille de père et de mère syphilitiques et portant sur elle les témoignages les plus authentiques de la syphilis héréditaire. Entre autres manifestations, cette malade était affectée, d'hypertrophies ganglionnaires multiples, occupant le cou, les aisselles et les aines. Au cou, notamment, les adénopathies constituaient de chaque côté des chapelets confluents qui naissaient au niveau des oreilles, descendaient jusqu'à la clavicule. Elles avaient débuté vers l'âge de 2 ans, et elles persistaient encore, dans leur plein développement, 14 ans plus tard, à l'âge ou Rivington nous dépeint l'état de sa malade ».

D'ailleurs, continue Fournier, « ce cas ne constitue sans doute qu'une curiosité exceptionnelle ». Et plus loin, il ajoute: « Comme volume, ces adénopathies varient entre les proportions extrêmes d'une noisette ou d'un abricot, sans atteindre jamais (sauf exceptions très rares, dont je n'ai pas encore observé d'exemple pour ma part), les dimensions exagérées de certaines tumeurs ganglionnaires d'autre nature ».

Il est vrai qu'une telle hypertrophie ganglionnaire, même généralisée, n'évoque guère l'idée d'un processus malin: les ganglions, en effet, demeurent peu volumineux et ne constituent pas, par leur fusion, des tuméfactions importantes. D'ailleurs, il s'agit bien là de productions relevant de la syphilis, ainsi qu'en témoigne

l'efficacité de la thérapeutique. Voici, par exemple, une observation où une pareille polyadénopathie a disparu, après l'institution du traitement spécifique;

## OBSERVATION III

(Recueillie dans le service du Pr Mouriquand). *Résumée.*

*F... Odile*, 7 ans et demi, entrée salle Sainte-Jeanne, le 23 mai 1922. Admise pour envoi à Giens.

A. H. — Père âgé de 57 ans, syphilitique.

Mère assez bien portante, deux enfants, une fausse couche.

A. P. — Née avant terme (8 mois), mais la grossesse s'était accompagnée d'albuminurie et, après l'accouchement, la mère présenta des crises d'éclampsie.

Poids à la naissance : 1.450 gr. Allaitement mixte jusqu'à l'âge de 11 mois. Développement lent ; à un an, l'enfant n'aurait pesé que 7 livres.

En octobre 1921, c'est-à-dire il y a sept mois, l'enfant a pris « mal aux yeux », se plaignant de cuisson et d'une sensation de gravier dans l'œil. Vue par le Dr Aurand, qui parla de kératite et la soigna par des frictions mercurielles.

D'après la mère, l'enfant était guérie au mois de janvier 1922. En avril 1922, les yeux redevinrent rouges et douloureux. L'enfant ramenée au Dr Aurand qui la remit au traitement spécifique (suppositoires Corbière) ; elle suit ce traitement depuis un mois.

*A l'entrée*, enfant chétive. Il s'agit nettement, d'après l'histoire et l'examen, d'une hérédo-syphilitique :

*Dents :* incisives supérieures en tournevis, élargies au collet, rétrécies au niveau du bord libre, sans échancrure semi-lunaire, avec altération de l'émail à la partie inférieure, surtout à gauche. Dents écartées. (Forme fruste de la dent d'Hutchinson.)

*Kératite parenchymateuse* double avec iritis particulièrement intense (Dr Aurand).

Pas de déformations osseuses.

*Hypertrophie ganglionnaire généralisée* avec ganglions durs, mobiles, roulant sous le doigt, indolents à la palpation, dans le cou, les aisselles, les plis inguinaux.

*Rate* nettement augmentée de volume avec perception du pôle inférieur de l'organe dans l'hypocondre gauche.

*Foie* un peu hypertrophié.

Rien aux poumons ; rien au cœur.

Pas de troubles digestifs. Urines : pas d'albumine.

30 JUIN 1922. — Depuis le 31 mai, l'enfant reçoit deux fois par semaine une injection de novarsénobenzol (0 gr. 05). En même temps, suppositoire quotidien à l'onguent napolitain (0 gr. 05).

Sous l'influence de ce traitement, *les adénopathies rétrocèdent nettement*. On ne sent plus que quelques petits ganglions au niveau des aisselles et des aines.

7 AVRIL 1923. — L'enfant est revue au retour de Cions. Bon état général.

Les troubles oculaires ont diparu.

*On ne sent plus aucun ganglion.*

La rate est toujours nettement palpable.

*Réaction de Wassermann* très fortement positive.

* * *

Voilà donc une observation qui indique nettement la possibilité de voir apparaître, au cours de l'hérédo-syphilis tardive, une adénopathie généralisée que le traitement spécifique est capable d'influencer d'une façon heureuse. Mais, en pareil cas, le volume restreint des ganglions n'est pas fait pour évoquer l'idée de lymphogranulomatose.

Il en est tout autrement quand l'importance de l'hypertrophie ganglionnaire, jointe à la dissémination des adénopathies, réalise le tableau de la lymphadénie syphilitique ; c'est alors que l'on peut songer à la maladie de

Hodgkin, si l'on méconnaît le terrain sur lequel évolue l'affection.

A la vérité, un ensemble diagnostic n'a pas été fréquemment envisagé et les quelques faits qui le concernent sont souvent peu précis. C'est du moins l'impression que nous avons conservée de nos recherches bibliographiques.

Wunderlich, par exemple, a rapporté un cas de « pseudo-leucémie » chez un enfant de 6 ans $\frac{1}{2}$. L'iodure de potassium produisit une amélioration notable dans l'état de l'enfant, mais le malade mourut du croup. L'autopsie fut faite par Wagner qui porta le diagnostic de syphilome du foie, de la rate et des ganglions lymphatiques.

L'observation de Rothe est plus intéressante, mais il nous a été, malheureusement, impossible de nous la procurer. Il s'agissait d'un cas de « maladie de Hodgkin » développée sur un terrain hérédo-syphilitique, avec guérison par le traitement spécifique.

Enfin, Richard Pott, sans citer de faits précis, écrit que « chez les hérédo-syphilitiques, certains états caractérisés par de la pâleur, de l'anémie, de l'hypertrophie du foie, de la rate, des ganglions périphériques, peuvent faire croire à l'anémie splénique ou à la « *maladie de Hodgkin* ».

Ne faudrait-il pas également considérer comme relevant de la syphilis héréditaire un cas de maladie de Hodgkin chez l'enfant, publié par Henderson ?

Il s'agissait d'une hérédo-syphilitique qui, à l'âge de 5ans, présenta un gonflement notable des ganglions du cou, auxquels l'examen histologique trouva « l'apparence des lésions de la maladie de Hodgkin ». Cette adé-

nopathie guérit, mais reparut plus tard pour se généraliser aux différents carrefours ganglionnaires. Elle s'accompagnait de splénomégalie et d'anémie, sans modifications de la formule leucocytaire. Pas de fièvre.

L'arsenic amena une amélioration des hypertrophies ganglionnaires, mais, quoique l'enfant fut nettement reconnue hérédo-syphilitique, le traitement spécifique ne fut pas institué.

Nous voyons que, jusqu'ici, aucune observation importante n'avait réussi à attirer l'attention sur les relations entre la lymphadénie et la syphilis héréditaire. La possibilité de rencontrer cette dernière comme cause du syndrome de Hodgkin a été signalée pour la première fois d'une façon précise par Monsieur le Professeur Weill, à propos d'une observation particulièrement intéressante que nous rapportons plus loin et qui montre toute la difficulté du diagnostic entre la lymphadénie hérédo-syphilitique et la lymphogranulomatose.

Depuis, nous avons eu l'occasion d'observer, à la Clinique des Maladies infantiles, un cas tout à fait superposable au précédent. Il nous a été possible de l'étudier complètement, de pratiquer une biopsie et d'en suivre l'évolution.

Enfin, dans un ouvrage récent consacré à la syphilis héréditaire tardive, le professeur Mariano R. Castex de Buenos-Aires rapporte une observation analogue.

Nous résumerons d'abord ces 3 observations, puis, nous basant sur les renseignements qu'elles fournissent, nous essaierons d'esquisser le tableau clinique et anatomique de la lymphadénie hérédo-syphilitique, en étudiant, pour terminer, le diagnostic de cette affection.

## § 1. ETUDE CLINIQUE

### OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le Pr WEILL)

*K. E...*, 13 ans, né à Varsovie.

Vu le 18 mars 1914.

Ce garçon a été observé par le Dr Klein, de Varsovie, qui lui a, d'ailleurs, remis une note.

A. H. — Pas de renseignements.

A. P. — Scarlatine, il y a cinq ans. Ictère avec selles acholuriques il y a deux ans. Rougeole il y a un an.

A la fin de 1912, on note du gonflement des ganglions inguinaux et crüraux. Au commencement de 1913, le gonflement occupe les ganglions périmastoïdiens. En juillet 1913, le volume des ganglions devient notable. De plus, on observe de chaque côté du thorax de petits noyaux mobiles.

Urines normales.

Cuti-réaction et Wassermann négatifs.

Température : 37°4.

EXAMEN DU SANG :

| | |
|---|---|
| Globules rouges ..... | 3.592.000 |
| Globules blancs ..... | 6.600 |
| Lymphocytes ..... | 29 % |
| Neutrophiles ..... | 69 % |
| Eosinophiles ..... | 2 % |
| Hémoglobine ..... | 56 % |

Le traitement a consisté, pendant six semaines, en l'administration de 9 capsules de benzol par jour. De plus, on a fait 36 injections de 0 gr. 01 d'acide arsénieux. Après ce traitement, on a encore fait trois séries de radiations intenses de Rœntgen.

Voici les modifications provoquées dans la formule leucocytaire :

| | | | |
|---|---|---|---|
| 9 oct. 1913 .. | globules blancs | 9.400; | éosinophiles 11 % |
| 25 nov. 1913.. | — | 10.480; | — 6 % |
| 23 déc. 1913.. | — | 5.760; | — 4 % |

Le 18 décembre 1913, on extirpe un noyau sous-cutané de la paroi thoracique gauche, dont on pratique l'examen histologique. On note : inflammation avec hypertrophie du tissu conjonctif, multiplication des fibroblastes et de l'endothélium, épaisses couches de cellules épithélioïdes et nombreuses cellules géantes de Sternberg, rares foyers de plasmazellen. Pas de cellules éosinophiles. Pas d'hypertrophie lymphoïde. Pas de bacilles tuberculeux.

Le *diagnostic,* porté à Varsovie par Klein, à Berlin par Kraus, fut celui de *lymphogranulomatose* avec un *pronostic fatal.*

Le 30 janvier 1914, le sang fut examiné à nouveau au laboratoire du Dr Ing. von Bergen :

| | | | |
|---|---|---|---|
| globules rouges. | 4.830.000 | | |
| | | lymphocytes ..... | 40 % |
| leucocytes .... . | 5.150 | neutrophiles ..... | 56 % |
| | | éosinophiles ..... | 4 % |

Le 18 mars 1914, l'enfant est vu à Lyon par le professeur Weill, au retour d'un séjour à Leysin, où il a pris 5 kilogrammes.

*A l'examen :* gros noyaux ganglionnaires inguinaux et axillaires, petits noyaux cervicaux. Les ganglions sont durs, assez distincts les uns des autres, non douloureux.

Pas de fièvre, actuellement.

L'enfant a eu, il y a quelque temps, des hémorragies gingivales qui ont disparu.

Ce malade présente, en somme, tous les signes d'une lymphadénie aleucémique.

*Il n'existe aucun renseignement permettant d'admettre ou de supposer une syphilis héréditaire.*

L'enfant part à Nice, où il fait, sur le conseil du professeur Weill, des frictions quotidiennes avec 5 grammes d'onguent napolitain.

Il est revu le 23 avril 1914, au retour de Nice.

L'état des ganglions axillaires et inguinaux ne s'est pas modifié. Seuls, les ganglions cervicaux ont diminué de volume. L'enfant a grandi. L'état général est bon. Il a cependant perdu une livre et se plaint de nausées depuis quelques jours.

On ne sent pas les ganglions mésentériques, mais une radiographie ancienne indique la présence d'adénopathies médiastinales.

L'examen du sang fait à Lyon donne les résultats suivants :

Hémoglobine : 88 %. — Valeur globulaire : 0,77.

| | | |
|---|---|---|
| Globules rouges | | 5.673.000 |
| Leucocytes | | 8.500 |
| Mononucléaires | grands | 18 |
| | moyens | 8 |
| | petits | 4 |
| Polynucléaires neutrophiles | | 60 |
| Polynucléaires éosinophiles | | 3 |
| Myélocytes | | 3 |
| Formes de transition | | 4 |

Une coupe d'un ganglion, envoyée de Varsovie, est examinée par MM. Favre et Gardère, puis par M. Savy.

MM. Favre et Gardère ont noté l'hypertrophie du tissu conjonctif, une cellule géante, nombreuses cellules rondes à noyaux multiples. Pas d'hypertrophie lymphoïde, pas d'éosinophiles, pas de cellules de Sternberg. Ils ne croient pas à la lymphogranulomatose. M. Savy partage leur opinion ; tout au plus admet-il l'hypothèse du stade fibreux du granulome.

On ne sait pas si le ganglion examiné à Lyon a été extirpé avant ou après le traitement mercuriel.

Le professeur Weill conseille de continuer le traitement mercuriel et, au mois de juin 1914, il reçoit une lettre de Varsovie lui annonçant *la disparition complète de tous les ganglions*. La guérison était attribuée au traitement spécifique.

*Il s'agit donc d'un syndrome lymphadénique qui a cédé à des frictions à l'onguent napolitain, alors qu'il avait résisté au benzol, à l'acide arsénieux, aux rayons X.*

## OBSERVATION V

(in MARIANO, R. CASTEX)

*Syphilis héréditaire tardive. Lymphadénie aleucémique. Dysendocrinie pluriglandulaire à prédominance thyroïdienne. Amélioration rapide obtenue sous l'influence du traitement spécifique à la fin de la première série du traitement. Retour de l'enfant à l'état normal. Légère récidive de l'état lymphadénique après trois mois de repos. Sa rétrocession après une brève cure d'iode.*

*C. B...,* 8 ans, argentin. Entre dans notre service de l'hôpital Durand, le 3 juin 1918.

A. H. — Père mort d'affection indéterminée. Mère vivante, pas de fausse couche ; deux frères en bonne santé.

A. P. — Ne se souvient pas avoir eu aucune maladie jusqu'à présent.

*Affection actuelle.* — A débuté, il y a cinq jours, par de fortes céphalées. Fièvre élevée et léger malaise, en même temps que coloration rosée du visage, se changeant en pâleur très accentuée. Le malade raconte que, après avoir pris une purgation, il alla à la selle, évacua peu de matières, mais que celles-ci étaient noires comme du marc de café. Nausées fréquentes et vomissements.

*A l'entrée :* peau et muqueuses très pâles. Petites suffusions sous-cutanées de teinte jaunâtre, au niveau de la face interne des deux jambes. On observe quelques taches de « couleur thé au lait » et de très rares cicatrices non pigmentées, d'aspect lisse.

*Os :* clavicules légèrement rugueuses. Tibias arqués.

*Crâne :* brachycéphale avec bosses pariétales très prononcées, franchement asymétrique. Macrocéphalie. Front olympien.

*Nez :* ensellure de la racine.

*Pavillon de l'oreille :* mal conformé.

*Sourcils :* un peu raréfiés dans leur moitié externe.

*Pupilles :* un peu déformées. La droite plus grande que la gauche.

*Fond d'œil :* cercle pigmenté complet au niveau de la papille gauche. A droite, secteur nasal et temporal d'Antonelli.

*Dents* : léger anisodontisme.

*Langue :* complètement anémique, saburrale.

*Amygdales :* très hypertrophiées.

*Au cœur :* souffle systolique, dont le maximum siège au foyer aortique.

Bruit de diable dans les vaisseaux du cou. Au niveau du thorax, on entend le souffle d'Eustache Smith.

Il existe de *multiples ganglions* au niveau du cou et des régions inguinales.

*Abdomen :* au niveau des fosses iliaques, grands placards qui donnent l'impression d'être des ganglions hypertrophiés.

*Rate :* grosse, déborde. Le pôle inférieur est à 1 centimètre au-dessus de l'ombilic ; augmentée de consistance, lisse et mobile.

*Foie :* facilement palpable, indolore, augmenté de volume et de consistance, lisse et mobile. Dépasse de un travers de doigt le rebord costal.

Examen du sang :

Hémoglobine : 37 %. — V. G. : 1,10.

| | |
|---|---|
| Globules rouges ..... | 1.580.000 |
| Leucocytes ..... | 9.000 |

*Globules rouges :* légère poïkilocytose avec anisocytose accentuée. Quantité de macro et de microcytes, un certain nombre hyperchromatophiles. Très rares normoblastes.

*Globules blancs :*

| | |
|---|---|
| Polynucléaires neutrophiles.. | 50 % |
| Mononucléaires ..... | 5 % |
| Lymphocytes ..... | 40 % |

*Matières fécales :* Weber positif.

*Poids :* 23 k. 300.

*Température :* entre 37° et 38°.

Chez cet enfant, on a posé le diagnostic de syphilis héréditaire en se basant sur les stigmates dystrophiques et infectieux constatés à l'examen somatique, hérédité syphilitique mise en évidence par l'examen de la mère pratiqué

*a posteriori*. Celle-ci présentait à la fois des lésions tertiaires en évolution et une tuberculose pulmonaire ouverte, à laquelle elle succomba dans le service, fin 1918. L'enfant présentait un état d'hypothyroïdie franche qui doit être congénitale et qui est la cause des dystrophies osseuses et squelettiques.

D'autre part, il existait un état de lymphadénie classique : splénomégalie, tuméfaction hépatique discrète et nombreuses adénopathies au niveau du cou, des aisselles, des aines, ainsi qu'au niveau du médiastin, du mésentère, des régions iliaques, c'est-à-dire adénie généralisée.

L'examen du sang montrait une anémie grave : valeur globulaire augmentée, avec signes évidents d'activité régénératrice. Cette formule a été constatée six à sept jours après une forte hémorragie intestinale. En ce qui concerne les globules blancs : lymphocytose avec cependant absence des éléments pathologiques qui caractérisent la leucémie lymphatique.

On a admis le diagnostic d'un état de *lymphadénie aleucémique chez un hérédo-syphilitique*.

*Institution du traitement antisyphilitique* : frictions mercurielles journalières (3 gr.) et teinture d'iode *per os* à dose progressive jusqu'à 100 gouttes par jour.

*L'effet de ce traitement fut merveilleux (maravilloso). La température devint normale à la quatrième friction.*

Les tuméfactions splénique et hépatique et, en même temps, les adénopathies multiples commencèrent à diminuer de volume. A la fin de la première série du traitement (40 frictions), l'état de l'enfant était très favorable, la teinte des téguments était redevenue normale. Le poids était de 24 k. 600 contre 23 k. 300 à son entrée dans le service.

*Au bout de trois mois de suspension du traitement*, on constata une rechute évidente, mais discrète.

Poids : 24 k. 200. Aspect plus pâle. Ganglions légèrement augmentés de volume. Rate également, mais beaucoup moins volumineuse qu'au moment de l'entrée.

L'examen du sang montrait un changement notable

avec le premier examen. La formule se rapprochait beaucoup de la normale.

On prescrivit l'iode à l'intérieur à doses progressives et avec cette médication, amélioration franche.

Au bout de trois semaines, l'enfant avait pris du poids, 1.600 gr., à la date de sa sortie, le 23 décembre 1919.

Depuis, nous n'avons pas eu de nouvelles du malade.

## OBSERVATION VI

(Recueillie à la Clinique des Maladies infantiles.)

*V... Pierrette*, 14 ans, entrée dans le service du Professeur Weill, le 28 février 1923, pour de volumineuses hypertrophies ganglionnaires.

A. H. — Père bien portant. Mère morte à 26 ans de tuberculose pulmonaire. Trois fausses couches ; un seul enfant.

A. P. — Née à terme. Pas d'éruption suspecte à la naissance.

Elevée en nourrice, mal et irrégulièrement alimentée, présenta alors des troubles digestifs. L'enfant fut délicate et chétive jusqu'à l'âge de 7 ans.

C'est à partir de cette époque qu'elle commença à souffrir des jambes, présentant des douleurs qui apparaissaient le soir et qui duraient toute la nuit. Cet état persista jusqu'à l'âge de 11 ans, avec des rémissions passagères.

En septembre 1922, apparut au pli de l'aine gauche une tuméfaction qui grossit peu à peu et qui, rapidement, devint volumineuse, puis demeura stationnaire. En décembre 1922, les parents s'aperçurent que le cou de l'enfant grossissait de jour en jour. En même temps, la malade se plaignait de troubles de la vue ; les globes oculaires présentaient une congestion intense, la photophobie était très marquée.

*A l'entrée,* enfant grande pour son âge, de développement intellectuel un peu précaire.

On est immédiatement frappé par des signes évidents de syphilis héréditaire :

*Lésions osseuses :* les deux tibias sont, sur toute leur longueur, considérablement élargis et épaissis ; l'épaississement osseux est surtout marqué au niveau de la partie moyenne de l'os ; la crête tibiale antérieure est fortement convexe. En somme, aspect classique des tibias en « fourreau de sabre ». Au niveau du péroné gauche, il existe, au-dessus de la malléole, une volumineuse exostose, s'étendant sur trois travers de doigt. La pression à ce niveau est un peu douloureuse. L'enfant raconte que cette tuméfaction est apparue, il y a un mois seulement.

*Lésions oculaires :* «Kératite interstitielle bilatérale, à forme un peu atypique. La sclérotique participe à la maladie. » (Dr Bussy).

Pas d'altérations dentaires. Pas de troubles de l'audition. Pas d'artropathies.

*Adénopathies* de volume considérable au niveau des différents carrefours ganglionnaires.

*Régions sus-claviculaires :* à gauche, 4 à 5 ganglions des dimensions d'une noix. A droite, 3 de même volume.

*Régions parotidiennes :* les ganglions hypertrophiés donnent l'impression d'une tuméfaction en masse de la glande.

*Régions sous-maxillaires :* deux gros ganglions à droite et à gauche de la ligne médiane.

Tous les ganglions sont durs, facilement mobilisables sur les plans profonds, sans périadénite ; ils ne sont pas douloureux. A leur surface, la peau est normale. Ils constituent, au niveau de la région cervicale, des tuméfactions en chapelet qui élargissement la base du cou.

*Régions axillaires :* quelques ganglions plus petits que les précédents, plus abondants à droite.

*Régions inguinales :* à droite, au-dessous de l'arcade crurale, ganglion unique. A gauche, à cheval sur le pli de l'aine, gros paquet ganglionnaire, constitué par la fusion de plusieurs ganglions, atteignant le volume d'une tête

de fœtus à terme. La masse ne se prolonge pas dans la fosse iliaque.

*Au niveau de l'abdomen :* la palpation ne montre pas d'adénopathies mésentériques.

*Pas d'adénopathies médiastinales*, pas d'ombres anormales à la radioscopie.

*Rate grosse*, débordant de deux travers de doigt le rebord costal.

*Foie* non augmenté de volume.

Rien aux *poumons*. Rien au *cœur*.

Examen du *système nerveux*, négatif.

*Urines :* pas d'albumine, pas de sucre.

Pas de fièvre.

Examen du sang :

| | |
|---|---|
| Globules rouges ..... | 5.400.000 |
| Globules blancs ..... | 24.800 |
| Polynucléaires neutrophiles.. | 78 |
| Polynucléaires éosinophiles.. | 4 |
| Lymphocytes ..... | 8 |
| Moyens mononucléaires ..... | 6 |
| Grands mononucléaires..... | 4 |
| Hémoglobine ..... | 80 % |

3 Avril. — Dès son entrée dans le service, l'enfant a été soumise à un traitement spécifique : bismuth, sous la forme de Néo-Trépol (6 injections de 0 gr. 10), puis, mercure, suppositoires à l'onguent napolitain (30 de 0 gr. 10), cyanure de mercure (12 injections de 0 gr. 01). Le mercure a été substitué au bismuth en raison des lésions oculaires et sur les conseils du Dr Bussy.

*Au bout d'un mois de traitement,* les masses ganglionnaires ont diminué d'une façon considérable. Au niveau des régions sous-maxillaires, des aisselles, de l'aine droite, les adénopathies ont disparu. Les ganglions des régions sus-claviculaires ont également rétrocédé ; seuls, persistent un ganglion parotidien à gauche et un autre ganglion accolé à la face externe du trapèze, du même côté. Dans l'aine gauche, l'énorme adénopathie signalée à l'entrée

n'a laissé que deux ganglions, n'atteignant même pas les dimensions d'une noix.

*La rate,* qui était nettement perceptible n'est plus sentie aujourd'hui.

Examen du sang :

| | |
|---|---|
| Globules rouges ..... | 4.360.000 |
| Globules blancs ..... | 16.000 |
| Polynucléaires neutrophiles.. | 66 |
| Polynucléaires éosinophiles.. | 9 |
| Lymphocytes ..... | 11 |
| Moyens mononucléaires..... | 6 |
| Grands mononucléaires..... | 8 |
| Hémoglobine ..... | 90 % |

24 Avril. — L'enfant va bien. Elle a pris près de 3 kilos depuis son entrée.

Persistance des deux ganglions inguinaux gauches et d'un petit ganglion sus-claviculaire du même côté.

31 Mai. — On a continué le traitement spécifique (novarsénobenzol, 6 injections de 0 gr. 30).

Les adénopathies ont totalement disparu. L'exostose de la malléole externe gauche est à peine perceptible.

6 Juin. — L'enfant quitte le service.

*Les lésions oculaires sont en voie de guérison.* La vision qui, à l'entrée, était très troublée, surtout à gauche, est redevenue à peu près normale.

Sur les conseils du Dr Bussy, il a été pratiqué sur les globes oculaires des séances de radiothérapie (5 H, en 4 séances de 10 minutes. Intensité : 1 milli-ampère. Filtre aluminium de 2 millimètres. Dr Chassard).

Examens de Laboratoire

***Réaction de Wassermann,*** 2 mars 1923 : *très positive.* — 14 avril 1923 : *très positive.*

***Biopsie d'un ganglion*** le 3 mars 1923.

On prélève dans la région sus-claviculaire droite un ganglion de la grosseur d'une noisette. A la coupe, petits ilôts caséeux dont certains sont confluents.

*Sur des frottis* pratiqués avec des fragments de caséum, on constate l'*absence de bacilles de Koch*.

*Inoculation au cobaye* d'un fragment de ganglion.

L'animal a été sacrifié le 30 avril ; il ne présentait aucune lésion tuberculeuse.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Capsule très épaissie, constituée par un tissu fibreux très dense. A l'intérieur du ganglion, on constate l'existence de plusieurs zones de nécrobiose, sous la forme de plages de teinte uniforme, amorphes, renfermant des polynucléaires et de nombreux petits points noirs représentant des noyaux dégénérés.

Dans le reste de l'organe, bouleversement total de l'architecture ganglionnaire : le tissu lymphoïde a, en partie, disparu ; on n'en trouve que quelques traînées au-dessous de la capsule. Par contre, la trame conjonctive est très épaissie et ses travées sont occupées par de nombreux éléments cellulaires : cellules endothéliales, polynucléaires, plasmocytes en grand nombre, quelques rares éosinophiles.

Au-dessous de la capsule, paraissant occuper la situation des follicules lymphoïdes, on trouve des amas arrondis de cellules épithélioïdes.

Dans le champ de la préparation, on rencontre de nombreuses cellules géantes du type Langhans. Pas de cellules de Sternberg.

La vascularisation du ganglion est riche ; il existe de très nombreux capillaires.

Enfin, les lésions vasculaires sont importantes, sous la forme d'endovascularite, sans périvascularite nette.

* * *

Si, des 3 observations précédentes on essaie de dégager le tableau clinique de la lymphadénie hérédo-syphilitique, il apparaît tout d'abord que cette manifestation de la syphilis congénitale en est un symptôme tardif.

Les 3 malades dont nous rapportons l'histoire étaient âgés respectivement de 13, 8 et 14 ans.

A part l'observation IV, où rien ne révélait la syphilis héréditaire, celle-ci, dans les 2 autres cas, attirait manifestement l'attention par un ensemble de stigmates d'une valeur indiscutable: lésions osseuses, et oculaires nez en lorgnette, etc...

*Le début* de l'affection se fait d'une façon insidieuse par l'apparition d'une adénopathie d'abord localisée. Notons que cette hypertrophie ganglionnaire s'est révélée au niveau des régions inguinales d'un seul côté (observ. VI.). ou dans les 2 aines à la fois (observ. IV).

Puis, d'une façon assez rapide, les divers groupes ganglionnaires sont atteints. Des tuméfactions se montrent bientôt au niveau du cou, des régions sus-claviculaires, des aisselles

Les ganglions mésentériques ne sont pas à l'abri (Observ. V) et leur hypertrophie est facilement constatable par la main qui explore l'abdomen. Il en est de même des ganglions médiastinaux visibles à la radioscopie (Observ. IV, et V).

Ces adénopathies, si elles frappent d'emblée par leur multiplicité et leur généralisation, n'ont, en soi, aucun caractère, distinctif. Elles sont constituées, soit par des ganglions isolés, de volume variable, roulant sous le doigt qui palpe, libres d'adhérences avec les plans voisins, soit par des masses plus considérables dues à la fusion de plusieurs ganglions en un groupe unique.

C'est alors qu'apparaissent de grosses tuméfactions, pouvant présenter des dimensions considérables, comme dans notre observation VI, où la région inguinale

droite était le siège d'une hypertrophie, ganglionnaire, atteignant le volume d'une tête de fœtus à terme. Dans ces conditions, le tissu cellulaire environnant réagit en donnant naissance à une périadénite plus ou moins marquée, et dès lors la tumeur se mobilise moins bien sur les plans profonds.

Se développant sans douleur et en l'absence de symptômes de compression des organes voisins, ces adénopathies, lorsqu'elles sont arrivées à leur période d'état, possèdent un caractère d'une certaine importance, la palpation les montre dures, sans donner jamais l'impression de ramollissement et d'évolution possible vers la suppuration.

Encore, à ce point de vue, convient-il de faire une réserve, car l'évolution de la maladie, n'a pu être suivie dans les observations V et VI, où un traitement est intervenu d'une façon précoce et a fait rétrocéder les adénopathies. Par contre, dans l'observ. IV, le malade a été examiné plus d'un an après le début de l'affection et les ganglions demeuraient de consistance ferme.

Participant au processus d'hypertrophie des organes lymphoïdes, *la rate* est augmentée de volume. Il ne s'agit d'ailleurs pas ici d'une splénomégalie considérable, mais l'organe est facilement palpable au-dessous des fausses côtes.

Dans l'observation V, on a noté, également une hypertrpohie marquée des *amygdales*.

En somme, cette atteinte en masse du système ganglionnaire lymphatique, s'accompagnant de splénomégalie, réalise le tableau clinique d'une lymphadénie géné-

ralisée, dont *l'examen hématologique* va permettre de préciser la variété.

Un premier caractère négatif, tout d'abord, implique le rejet de l'hypothèse de leucémie et indique bien que l'on a affaire à une lymphadénie aleucémique. C'est la rareté ou l'absence dans le sang des éléments blancs anormaux. On ne constate d'ailleurs que quelques modifications portant sur le nombre des globules rouges et des globules blancs avec certaines variations de la formule leucocytaire.

1° Modifications portant sur les globules rouges et sur le taux de l'hémoglobine.

La numération globulaire a montré dans les observations IV et VI, un chiffre à peu près normal de globules rouges variant entre 4 à 5 millions par mm3. Dans l'observation V, par contre, l'abaissement du nombre des hématies était considérable, puisqu'on n'en trouvait que 1.580.000 par mm3. Il s'agissait d'ailleurs d'une anémie plastique, avec signes nets de réviviscence médullaire : irrégularité de dimension des hématies, poïkylocytose, polchromatophilie, hématies nuclées. Au surplus, cette formule d'anémie grave avait été constatée 6 à 7 jours après une hémorragie intestinale.

Dans ce cas également, le taux de l'hémoglobine était abaissé à 57 o/o. On le trouvait aussi diminué, mais beaucoup plus voisin de la normale dans les 2 autres observations (entre 80 et 88 o/o).

Nous voyons donc, en résumé, que l'examen du sang permet de reconnaître des signes d'anémie, soit d'anémie grave, soit d'anémie légère, mais seulement hé-

moglobinique, caractérisée par un abaissement du taux de l'hémoglobine, sans diminution du nombre des globules rouges.

2° Modifications portant sur les globules blancs

Ce qui frappe, tout d'abord, c'est l'absence d'une leucocytose manifeste. Le chiffre des globules blancs s'éleva seulement à 6.600 et à 9.000 dans les Observations IV et V, à 24.800 dans notre Observation VI. Cette leucocytose modérée, si elle témoigne en faveur de la nature infectieuse de la lymphadénie qui nous occupe, est loin de rappeler l'hyperleucocytose des leucémies.

La formule leucocytaire, d'autre part, est à peu près normale. On ne note pas de polynucléose manifeste, sauf dans l'Observation VI, où il existait 78 o/o de neutrophiles.

Mais c'est là un chiffre que l'on rencontre d'une façon banale au cours d'une série d'infections aigües ou chroniques.

Un fait important à signaler, ici déjà, *l'absence d'éosinophilie sanguine*. Le chiffre des éosinophiles manque dans l'Observation V. Ailleurs il varie entre 2 et 4 o/o (Observ. IV et VI). Il s'est bien élevé au cours du traitement, à 9 o/o et à 11 o/o (Observ. VI et IV), mais il est à noter que les malades avaient été soumis à des séances de radiothérapie, irradiations oculaires dans le premier cas, irradiations ganglionnaires dans le second.

En ce qui concerne les leucocytes mononucléés, leur taux est normal.

Quant aux éléments que l'on rencontre dans le sang

des leucémiques, ils sont ici absents ou exceptionnels. Chez le malade de l'Observation IV seulement, on a trouvé quelques rares myelocytes.

L'absence de ces globules blancs anormaux, la proportion parfois marquée, jamais intense, de la leucocytose séparent nettement la lymphadénie hérédo-syphilitique des lymphadénies leucémiques.

A côté des adénopathies généralisées qui constituent le symptôme de premier plan et des renseignements fournis par l'examen du sang, il est encore quelques accidents qui viennent compléter la scène clinique.

On peut voir survenir des *hémorragies*, suffusions sanguines, au niveau des gencives (Observ. IV), enterorragies graves ayant amené une pâleur très accentuée des téguments et des muqueuses et s'étant accompagnées de la production de taches purpuriques (Obs. V.)

*La fièvre* est, en général, absente. Nous n'avons pas noté pour notre part, d'élévation thermique (Observ. VI). Dans l'Observation V, la fièvre, élevée au début seulement, ne dépassait pas 38° pendant la période d'état de la maladie. Chez le malade du Pr Weill (observ. IV) la température était normale.

Signalons, pour terminer, *l'absence de lésions cutanées et de prurit.*

*L'évolution* de l'affection est chronique et elle comporte une conservation relative de l'état général.

Mais parfois, la marche de la maladie est rapide, comme chez le deuxième malade (Observation V), puisque, 5 jours après le début, il existait déjà des signes d'anémie grave avec hémorragies intestinales et purpura.

Quant au *pronostic*, s'il a été favorable, dans les 3 observations que nous rapportons, c'est que l'indication thérapeutique qui découle de l'étiologie de la lymphadénie à été porté suffisamment tôt.

---

## § II. ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1°) Lésions macroscopique.

En l'absence d'autopsie, nous ne ferons que signaler l'état des ganglions prélevés chirurgicalement, en vue d'un examen histologique. Celui extirpé chez la malade de notre Observation VI fut dégagé assez facilement des tissus environnants.

Il s'agissait d'un ganglion du volume d'une noisette, de consistance ferme, entouré d'une capsule bien conservée.

Sur une coupe transversale, on constatait l'existence de petits ilots caséeux, dont certains confluents, formaient une zone ramollie des dimensions d'une tête d'épingle en verre.

Peut-on observer dans des cas anciens, la nécrose totale des ganglions ? L'absence d'autres documents anatomiques ne nous permet pas de répondre à cette question. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que, cliniquement, une pareille éventualité ne s'est pas réalisée dans l'observation IV, où, plus d'un an après leur ins-

tallation, les masses ganglionnaires demeuraient fermes, sans tendance au ramollissement.

2° Lésions microscopiques.

L'examen histologique a été pratiqué dans les observations IV et VI.

a) *Observation IV*. Les constatations faites primitivement en Allemagne étaient les suivantes: inflammation avec hypertrophie du tissu conjonctif, multiplication des fibroblastes et de l'endothélium, épaisses couches de cellules épithélioïdes et *nombreuses cellules géantes de Sternberg*, sans foyers de plasmazellen, pas de cellules éosinophiles, pas de bacilles tuberculeux.

En présence d'une telle image, on avait porté le diagnostic de lymphogranulomatose, *diagnostic basé évidemment sur la présence de cellules de Sternberg*.

Or, une coupe de ganglion envoyée à Lyon fut examinée par MM. Favre et Gardère, par M. Savy, qui l'interprétèrent différemment. Les premiers, éliminèrent le diagnostic de lymphogranulomatose devant l'absence de cellules de Sternberg et d'éosinophiles. Ils notaient seulement l'existence d'une hypertrophie du tissu conjonctif avec de *nombreuses cellules rondes à noyaux multiples* et une cellule géante. M. Savy rejetait également l'hypothèse de lymphogranulomatose; tout au plus admettait-il celle du stade fibreux du granulome.

Il parait donc vraisemblable de supposer que l'erreur de diagnostic commise en Allemagne provenait de la fausse interprétation des cellules rondes à noyaux multiples considérées comme des cellules de Sternberg.

D'ailleurs, des constatations faites chez notre malade

(Observ. VI), nous pouvons déduire que *la cellule de Sternberg ne se rencontre pas dans la lymphadénie hérédo-syphilitique.*

b) *Observation VI.*

L'examen histologique a été pratiqué à une période assez avancée de l'affection, 6 mois après son début.

Ce qui frappe tout d'abord, lorsqu'on examine une coupe à un faible grossissement, c'est que l'aspect du ganglion, n'est pas uniforme. En certains points, il existe des plages d'apparence amorphe, faiblement colorées en rose par l'éosine, renfermant des polynucléaires et de nombreux petits points noirs qui représentent des noyaux dégénérés. Il s'agit là de zones de nécrobiose que l'examen macroscopique avait déjà montré sous forme de petits amas caséeux et qu'il faut interpréter comme des gommes nécrotiques, lésions dégénératives classiques de la syphilis tertiaire.

Un deuxième caractère qui frappe, c'est le bouleversement complet de l'architecture du ganglion. On ne trouve plus ni follicules lymphoïdes, ni cordons folliculaires. Le tissu lymphoïde a presque entièrement disparu; au-dessous de la capsule cependant, on en voit encore quelques traînées qui permettent de se rendre compte que l'on a bien affaire à un ganglion lymphatique.

La capsule de l'organe est extrèmement épaissie, constituée par un tissu fibreux très dense, mais partout elle conserve son individualité.

De même, la trame conjonctive de l'organe, est augmentée d'épaisseur.

La vasculation du ganglion est extrèmement riche; il existe de très nombreux capillaires, dilatés et gorgés de sang, dans la capsule et dans le parenchyme ganglionnaire.

Les altérations vasculaires sont importantes. Nous n'avons pas noté de périvascularite nette, mais, par contre, des lésions d'endovascularité portant sur les artères et sur les veines et aboutissant parfois à l'oblitération du vaisseau.

Jusqu'ici il n'a pas été question des éléments cellulaires du ganglion. A vrai dire, les hôtes cellulaires normaux de l'organe sont peu abondants, les lymphocytes, les moyens et grands mononucléaires, rares. Par contre, nous avons indentifié de nombreux plasmocytes, caractérisés par leur protoplasma abondant, leur noyau excentrique renfermant une chromatine radiée. Ces plasmocytes étaient disséminés dans les travées du réticulum, jamais groupés en amas.

Enfin, signalons la présence d'assez nombreux polynucléaires neutrophiles et de quelques éosinophiles qui sont d'ailleurs aussi rares que sur une coupe de ganglion normal.

Un caractère histologique d'une certaine importance est encore constitué par la prolifération considérable des éléments endothéliaux du ganglion. A l'état normal, on trouve dans les sinus lymphatiques, à côté des lymphocytes, mais en moins grand nombre que ces derniers, des cellules endothéliales, sous la forme d'éléments volumineux, dont le protoplasma, beaucoup plus large que celui des lymphocytes, n'a pas d'affinité pour les colorants basiques. Leur noyau, arrondi ou ovalaire,

parfois réniforme, est beaucoup moins colorable et il renferme un réseau chromatique plus lâche. Ces grosses cellules, relativement claires, se détachent nettement sur le fond de la préparation.

Dans le cas qui nous occupe, les cellules endothéliales étaient extrêmement abondantes; on les voyait même, au-dessous de la capsule, s'ordonner en amas arrondis occupant la situation des follicules lymphoïdes. Elles acqueraient, à ce niveau, un aspect épithélioïde des plus nets.

Par endroit, certaines cellules endothéliales extrêmement volumineuses, renfermaient plusieurs noyaux.

Nous nous hâtons d'ajouter que cette réaction du système endothélial du ganglion lymphatique n'est pas spécifique de l'infection syphilitique. A l'état normal, les cellules endothéliales sont peu nombreuses, mais, survienne une cause quelconque d'inflammation du ganglion, on les voit se multiplier.

Néanmoins, c'est là un point qui mérite de retenir l'attention, car, *certaines de ces cellules endothéliales multinuclées pourraient être confondues avec des cellules de Sternberg*. Ces dernières sont également des éléments de grande taille, mais leur noyau est plutôt mûriforme ou boudiné que multiple; leur aspect est vraiment caractéristique pour un œil averti.

Enfin, l'image histologique de la lymphadénie hérédo-syphilitique se complète par la présence de nombreuses *cellules géantes du type Langhans*, soit isolées, soit entourées de cellules épithélioïdes, ébauchant alors l'aspect du nodule de Friedlander.

Nous voyons, en résumé, que les modifications patho-

logiques des ganglions de la lymphadénie hérédo-syphilitique sont constituées essentiellement:

1° Par des lésions inflammatoires, se traduisant par la réaction du système endothélial et la formation de cellules géantes.

2° Par des altérations dégénératrices, que caractérise la production de foyers gommeux intraganglionnaire.

3° Par des lésions vasculaires, portant sur les artères et sur les veines, sous la forme d'endovascularite, avec oblitération partielle ou complète de ces vaisseaux.

Si cet aspect, comme on le voit, est loin d'être celui de la lymphogranulomatose, il est en tous points superposable à celui de la lymphadénie tuberculeuse, et c'est surtout avec cette dernière affection que se pose le diagnostic, chez l'enfant.

---

## § III. DIAGNOSTIC.

De l'étude anatomoclinique que nous venons d'esquisser, il ressort que la lymphadénie hérédo-syphilitique, est une affection à évolution lente, compatible avec une conservation relativement longue de l'état général, pouvant s'accompagner d'un léger degré d'anémie et caractérisée, au point de vue histologique, par des lésions dégénératives avec production de foyers gommeux intraganglionnaires.

Nous avons insisté sur ce fait que le syndrome hématologique de l'affection, s'il comporte certaines modifications de l'équilibre leucocytaire, permet d'éliminer les lymphadénies leucémiques.

Le diagnostic demeure donc cantonné à celui des lymphadénies aleucémiques que l'on peut rencontrer chez l'enfant, c'est-à-dire la lymphadénie tuberculeuse, la lymphogranulomatose et la lymphadénie aleucémique proprement dite.

1° Lymphadénie tuberculeuse.

L'existençe de cette variété de lymphadénie est bien établie aujourd'hui. La tuberculose, en effet, est capable d'atteindre, soit uniquement les ganglions lymphatiques superficiels (adénie ganglionnaire, tuberculose hypertrophique des ganglions, lymphôme tuberculeux des allemands: Sabrazès et Duclion, Verneuil, Berger et Bezançon, Delbet, etc...), soit en même temps les ganglions viscéraux, prenant alors le masque de la lymphadénie généralisée (P. Courmont, Tixier et Bonnet, Tolot), avec parfois hypertrophie splénique concomitante (Rispal, Weill et Lesieur, Weill et Dufourt).

Cliniquement, on constate chez de tels malades de volumineuses masses ganglionnaires aux différents carrefours. Il s'agit de tuméfactions dures, sans tendance à la suppuration. Nous ferons remarquer cependant que dans les 2 observations de Monsieur le Professeur Weill, l'évolution vers la caséification a été notée.

La marche de l'affection est lente, s'accompagnant parfois de fièvre élevée, continue, puis intermittente avec type inverse (Weill et Lesieur). La mort est fatale, an-

noncée par des signes de compression médiastinales ou vasculo-nerveuse, hâtée dans certains cas par l'apparition de lésions pulmonaires ou viscérales.

L'examen histologique n'est d'aucun appoint sérieux dans le diagnostic. Nous avons suffisamment insisté dans la première partie de ce travail sur l'identité des lésions provoquées par la tuberculose et la syphilis pour ne pas y revenir ici. Seuls, la constatation de bacilles de Koch sur des coupes ou sur des frottis pratiqués avec le caséum ganglionnaire et le résultat positif de l'inoculation au cobaye permettent d'affirmer la tuberculose.

La présence du bacille de Koch n'est pas constante, en pareil cas, même s'il s'agit de lésions caséeuses ; par contre, *l'inoculation au cobaye est toujours positive dans la lymphadénie tuberculeuse*. Encore, doit-on retenir ici la faible virulence des lésions ganglionnaires à l'égard des animaux en expérience. La mort des cobayes est tardive, car il s'agit de bacilles atténués et, à l'autopsie, on est frappé de constater presque uniquement des lésions ganglionnaires à l'exclusion d'autres altérations viscérales.

« Les baccilles de Koch, isolés de lymphomes tuberculeux, peuvent se montrer adaptés au tissu lymphoïde, au point de produire chez le cobaye une tuberculose à marche lente, presque exclusivement ganglionnaire, véritable lymphadénie tuberculeuse expérimentale » (Weill et Lesieur).

Si donc, le diagnostic demeure parfois hésitant entre lymphadénie hérédo-syphilitique, et lymphadénie tuberculeuse, la biopsie, suivie de l'inoculation au cobaye,

permet en dernière analyse de lever tous les doutes.

Mais, ici encore, devons-nous retenir l'existence possible de lésions hybrides, rares à la vérité pour ce qui concerne de tels états de lymphadénie généralisée. Néanmoins, une pareille notion semble se dégager de l'observation suivante :

## OBSERVATION VII

(L.-G. Simon, *Société de Pédiatrie*, 15 octobre 1907.) *Résumée.*

### *Lymphôme tuberculeux chez une enfant hérédo-syphilitique*

*Germaine S...*, 14 ans, vient consulter le 6 août 1907 à l'hôpital Bretonneau, pour une volumineuse tumeur du cou, qui date du mois de novembre 1906. A cette époque, est apparue au niveau de l'angle de la mâchoire, du côté gauche, une grossseur arrondie qui a, progressivement et d'une façon continue, augmenté de volume, malgré l'emploi du sirop iodo-tanique, de l'arsenic, et l'application locale d'une pommade iodurée.

*Actuellement*, elle forme une masse énorme, s'étendant de la mâchoire à la clavicule, gagnant en avant presque jusque sur la ligne médiane, soulevant en arrière le sterno-mastoïdien et empiétant sur les muscles de la nuque. La mensuration donne les chiffres suivants : hauteur, 17 cm., largeur, 8 cm. La peau qui la recouvre est légèrement rouge ; la consistance est mollasse ; on peut, avec les doigts, délimiter à la périphérie des contours multilobés, mais la palpation ne permet pas de constater plusieurs masses incluses dans la tumeur même.

Depuis quelques jours, l'enfant présente des accidents de compression, notamment une difficulté marquée pour avaler les aliments solides.

On perçoit un certain nombre de *ganglions gros, mobiles, de l'autre côté du cou, dans les aines et dans les aisselles.*

Les deux cornées de l'enfant sont opaques ; les lésions remonteraient au mois d'août 1905 ; l'enfant est alors devenue rapidement aveugle, en huit jours, pendant que les cornées se recouvraient d'un voile. Diagnostic ophtalmologique : kératite interstitielle double.

D'ailleurs, le père a eu la syphilis. La mère est bien portante. Pas de fausse couche. Un autre enfant normal.

L'état général de la malade est médiocre, elle est pâle, a les lèvres décolorées, se fatigue aisément.

Ni gros foie, ni grosse rate.

Examen du sang :

| | |
|---|---|
| Globules rouges ..... | 3.500.000 |
| Globules blancs ..... | 8.000 |

Pourcentage de leucocytes normal.

Le traitement a consisté en piqûres de biiodure de mercure.

*Après huit jours, la tumeur a diminué d'un tiers.*

On fait une deuxième, puis une troisième série de piqûres et, deux mois après le début du traitement, *la tumeur se trouve réduite de moitié. Les accidents de compression ont disparu* en même temps que *la malade engraissait de 12 kilos* et que la vue d'améliorait progressivement.

On serait donc entraîné logiquement à porter le diagnostic de *lymphadénie due à la syphilis héréditaire.* Et cependant, on a pu prélever au cours du traitement quelques-uns des ganglions malades, et l'examen histologique, l'*inoculation au cobaye* ont montré d'une façon indiscutable que les lésions étaient de nature tuberculeuse.

Il s'agissait donc d'une adénopathie tuberculeuse à forme lymphomateuse chez un hérédo-syphilitique. Peut-on dire plus ? Existe-t-il une lésion hybride ? Et le microscope peut-il affirmer des lésions associées comme celles que la clinique a, depuis longtemps entrevues? Sans doute, nous trouvons ici une abondance extrême de plasmazellen qui constituent si souvent les exsudats syphilitiques ; sans doute, les artérioles sont touchées plus qu'elles ne le sont

en général dans la tuberculose. Mais ce sont là des arguments contingents. Aussi, la question de l'hybridité, de la coexistence de lésions syphilitiques et tuberculeuses dans les mêmes ganglions reste à l'état d'hypothèse. Mais la tuberculose est indéniable.

Nous voyons donc que, dans cette observation, il s'agit d'une lymphadénie tuberculeuse certaine, puisque l'inoculation au cobaye d'un fragment de ganglion a été suivie de la tuberculisation de l'animal. Mais, l'existence de stigmates d'hérédo-syphilis, l'efficacité rapide du traitement spécifique qui, en 8 jours, a fait diminuer d'un tiers la masse ganglionnaire principale, la disparition des accidents de compression, le relèvement remarquable de l'état général sous l'influence du mercure, sont des arguments qui permettent bien de supposer que la syphilis a joué un certain rôle dans le développement de cette lymphadénie.

De tels faits sont encore trop rares pour qu'on puisse établir une règle les concernant ; tout ce que l'on peut dire, c'est que, en présence d'une lymphadénie présumée syphilitique, l'échec relatif du traitement spécifique doit être mis sur le compte d'une infection associée que le résultat positif de l'inoculation permet d'étiqueter tuberculeuse.

2° Lymphogranulomatose ou adénie éosinophilique prurigène.

Cette affection, relativement fréquente chez l'adulte, n'est pas exceptionnelle chez l'enfant, quoique chez ce dernier la lymphadénie soit plus souvent d'origine tuberculeuse que granulomateuse. Néanmoins, il en existe un certain nombre d'observations dans la littérature

(Caronia, Cantiéry, Jemma, H. Barbier, Comby, etc...) qui légitiment son étude diagnostique.

Les caractères cliniques de la lymphogranulomatose, joints aux déductions que l'on peut tirer de l'examen histologique des ganglions hypertrophiés, ne permettent que rarement de la confondre avec la lymphadénie hérédo-syphilitique, sauf, à la phase de début de l'affection où le doute est permis.

Il s'agit, en effet, d'une maladie à évolution progressive, toujours fatale. Les adénopathies, plus volontiers viscérales, amènent souvent des phénomènes de compression des organes profonds (du médiastin en particulier), que nous n'avons pas notés dans nos observations.

La fièvre, intermittente, rémittente ou continue, le prurit souvent intense et généralisé, les éruptions cutanées, le syndrome hématologique caractérisé par une anémie progressive avec leucocytose croissante, polynucléose marquée et surtout éosinophilie nette, tels sont les symptômes qui marquent l'évolution de cette lymphadénie.

La marche de l'affection est généralement rapide, mais, il est des formes chroniques dont la durée est relativement longue. Dans tous les cas, d'ailleurs, l'anémie et l'amaigrissement font leur apparition et, dès ce moment, le malade est rapidement emporté.

Du point de vue clinique, comme on le voit, la distinction est tranchée entre le tableau de la lymphogranulomatose et celui de la lymphadénie hérédo-syphilitique. Néanmoins, lorsque cette dernière évolue d'une façon aigüe comme dans notre observation V, la confusion est possible.

Peut-on, dans les cas douteux, retirer de l'examen histologique une confirmation diagnostique en faveur de la lymphogranulomatose?

Nous ne pouvons insister ici sur les caractères anatomiques de cette dernière affection.

Qu'il nous suffise de dire que les ganglions ne montrent jamais, ni caséification, ni suppuration et que, histologiquement, ils présentent les lésions suivantes:

« a) *Stade cellulaire :* Polymorphisme très marqué : polynucléaires neutrophiles, *éosinophiles*, plasmazellen, lymphocytes, mastzellen, cellules de Sternberg rares, hyperplasie conjonctive discrète : réaction lymphoplasmatique et éosinophile.

b) *Stade pseudo-néoplasique*, caractérisé par l'abondance des grandes cellules atypiques (*cellules de Sternberg*).

c) *Stade fibreux:* sclérose épaisse du ganglion et polymorphisme cellulaire moindre.

Le diagnostic histologique sera surtout basé sur *l'éosinophilie tissulaire* et la *présence de grandes cellules* » (Colrat).

Nous avons précisément attiré l'attention à propos de l'anatomie pathologique de la lymphadénie hérédo-syphilitique sur l'absence de cellules de Sternberg et sur la rareté des éosinophiles au sein des ganglions examinés. Nous avons également insisté sur l'existence de foyers caséeux devant être considérés comme des gommes ganglionnaires ; ils ne sont pas le fait de la lymphogranulomatose. Quant aux cellules géantes du type Langhans que l'on rencontre dans la lymphadénie hé-

rédo-syphilitique, elles possèdent des caractères bien tranchés qui permettent de les distinguer facilement des cellules de Sternberg.

Néanmoins, et comme en témoigne notre observation V, le diagnostic entre la lymphadénie hérédo-syphilitique et la lymphogranulomatose peut être difficile. On conçoit l'importance au point de vue du pronostic de l'erreur commise par les médecins allemands, puisque leur prédiction fatale fut remarquablement infirmée par le résultat du traitement spécifique.

3° Lymphadénie aleucémique proprement dite.

Il s'agit là d'une affection qui se rapproche de la précédente en ce sens qu'à côté de l'hypertrophie ganglionnaire généralisée, on peut voir apparaître des lésions cutanées, du prurit. Mais, en aucun cas, le prurit n'atteint les caractères d'intensité et de généralisation qu'il a coutume de présenter dans la lymphogranulomatose et, de plus, le syndrome hématologique est différent. On constate une *lymphocytose marquée* avec *absence d'éosinophilie sanguine*. Enfin, et surtout, cette lymphadénie, lorsque la marche du processus est rapide, peut devenir leucémique.

Histologiquement, on ne constate pas de sclérose ganglionnaire, mais une prolifération remarquable des éléments lymphocytaires de l'organe, sous la forme de lymphocytes mûrs et de grands mononucléaires clairs (grands lymphocytes). Ces derniers ne cessent d'augmenter si la maladie évolue vers la leucénie.

Cet ensemble de caractères, cliniques et anatomiques s'il peut faire hésiter avec la lymphogranulomatose, ne

permettra guère de songer à la lymphadénie hérédo-syphilitique.

* * *

Ayant éliminé les différentes variétés de lymphadénie, et, en particulier, la lymphadénie tuberculeuse, par le résultat négatif de l'inoculation au cobaye, quels sont maintenant les éléments qui permettront de soupçonner la nature syphilitique de l'affection?

C'est tout d'abord, l'existence de un ou plusieurs stigmates de la syphilis héréditaire. Ceux-ci étaient évidents dans nos observations V et VI, où l'on constatait des lésions oculaires et osseuses, dont l'interprétation n'était pas discutable. Nous n'insisterons pas sur la recherche des altérations dentaires, des lésions articulaires, etc... L'interrogatoire des parents, d'une importance capitale, devra être poursuivi avec insistance ; souvent d'ailleurs il n'apportera que peu de lumière.

Enfin, la réaction de Wassermann, lorsqu'elle est positive, orientera évidemment vers le diagnostic de syphilis.

Néanmoins, tout symptôme de syphilis héréditaire peut manquer, la réaction de Wassermann être négative. C'était le cas de l'enfant examiné par le professeur Weill (Observ. IV), où la lymphadénie paraissait bien être le fait d'une syphilis héréditaire mono-symptomatique.

Il est évident qu'en une pareille circonstance, il a fallu se baser sur la lenteur de l'évolution et sur l'échec des diverses thérapeutiques employées précédemment,

pour soupçonner l'hérédo-syphilis et instituer un traitement spécifique qui vint démontrer la précision du diagnostic.

En dernière analyse, en effet, le traitement d'épreuve constitue le critérium qui signe la nature véritable de l'affection, car son action est rapide et complète.

Sous son influence, on voit fondre très vite les masses ganglionnaires ; l'état général de l'enfant, s'il était atteint, se transforme ; enfin, l'on assiste à une modification favorable de la formule sanguine et la fièvre, si elle existait, disparaît également (Observ. V).

Il est certain que, lorsque sous l'action du traitement spécifique, on assiste à une amélioration si considérable, on se trouve en droit, sinon d'affirmer, du moins de soupçonner fortement la nature syphilitique des lésions ganglionnaires. Dans l'Observation IV, en particulier, où l'affection avait résisté près de 2 ans à des actions thérapeutiques énergiques (arsenic, benzol, rayons X), on pouvait vraisemblablement déduire son étiologie syphilitique de l'action rapide des frictions mercurielles.

Encore, devons-nous répéter ici que, si les lésions ganglionnaires de la syphilis sont particulièrement sensibles à la médication spécifique, leur complète guérison nécessite un traitement intense et suffisamment prolongé. Les adénopathies n'ont disparu qu'au bout de 3 mois dans l'Observation IV, et ne les a-t-on pas vu reparaître dans l'Observation V, à la suite de l'interruption du traitement ?

Avant donc de rejeter définitivement l'hypothèse de syphilis, on devra dans des cas semblables se montrer

tenace dans la conduite de la thérapeutique spécifique, surtout si, sous son influence, on a constaté d'emblée une amélioration. C'est dans ces conditions seulement que l'échec du traitement d'épreuve prendra sa complète signification.

# CONCLUSIONS

Le système lymphatique est fréquemment touché au cours de l'hérédo-syphilis tardive. Son atteinte se traduit par l'apparition d'hypertrophies ganglionnaires, localisées ou généralisées.

### Adénopathies localisées

I. Les tuméfactions ganglionnaires qui les constituent peuvent se développer au niveau de l'un quelconque des carrefours ganglionnaires mais, la région cervicale, représente leur siège d'élection.

II. Elles évoluent vers le ramollissement et l'ouverture à l'extérieur.

III. La suppuration peut-être semblable à celle d'un abcès froid ganglionnaire avec décollements sous cutanés et fistulisation. Mais, dans certains cas, elle se fait par envahissement et nécrose des plans superficiels, formation d'une large ulcération qui laisse apparaître les ganglions gommeux et parfois, production de syphilides ulcéreuses qui, gagnant en surface et en profondeur, sont capables de détruire les tissus sous-jacents et de mettre les muscles à nu.

IV. Sauf le cas où l'aspect des gommes ganglionnaires est typique, la confusion entre de semblables adénopathies et celles réalisées par la tuberculose est presque inévitable. Une telle analogie, permet de retenir le terme *d'adénopathies scrofuloïdes* sous lequel on les désigne.

V. *Le diagnostic* se pose dans deux conditions différentes :

1°) ou bien, les adénopathies représentent la seule manifestation de l'hérédo-syphilis. Leur véritable nature risque d'être longtemps méconnue, jusqu'au jour où apparaît une autre lésion, dont l'origine syphilitique est indiscutable. Dans ce cas, cependant, l'hérédo-syphilis pourra être soupçonnée, devant l'échec du traitement habituel de la tuberculose ganglionnaire et l'inefficacité de la cure marine, tant au point de vue de la lésion locale que de l'état général.

2°) ou bien, les adénopathies se développent chez des malades, porteurs par ailleurs d'autres manifestations de l'hérédo-syphilis. En pareille circonstance, la constatation d'adénites cervicales suppurées ou de cicatrices cervicales, traduisant l'existence d'adénites anciennes, est capable, soit d'évoquer l'idée de tuberculose et d'attribuer à celle-ci les lésions cutanées, osseuses ou articulaires que présente le malade, soit de faire admettre l'hypothèse de lésions hybrides, à la fois tuberculeuses et syphilitiques.

Dans les deux cas, le diagnostic ne saurait être étayé par l'examen histologique car, l'analogie est parfaite

entre les lésions ganglionnaires tuberculeuses et celles de l'hérédo-syphilis. Il sera basé :

a) sur le caractère positif de la réaction de Wassermann.

b) sur le résultat négatif de l'inoculation au cobaye.

c) sur l'influence du traitement d'épreuve qui, suffisamment intense et prolongé, amène la disparition complète des adénopathies.

VI. Pour ce qui concerne *les lésions ganglionnaires mixtes*, sans vouloir nier leur existence, on ne saurait affirmer leur authenticité en l'absence du critérium certain fourni par la présence simultanée du tréponème et du bacille de Koch dans les ganglions malades.

Néanmoins, on sera en droit de songer à une semblable association lorsque, chez un hérédo-syphilitique, les adénopathies n'auront cédé que d'une façon relative au traitement spécifique et, a fortiori, quand l'échec partiel de cette thérapeutique coïncidera avec une inoculation positive.

### Adénopathies généralisées

I. A côté de la lymphadénie survenant au cours de la syphilis acquise, il convient de placer *la lymphadénie hérédo-syphilitique tardive*.

II. Cette affection se développe, soit chez un hérédo-syphilitique avéré, soit chez un sujet indemne de tout stigmate de syphilis héréditaire.

III. *Cliniquement*, elle se caractérise par des adénopathies multiples, s'accompagnant de splénomégalie,

R. BIBLIOTECA MEDICA ROMANA

avec anémie légère, leucocytose discrète et absence de globules blancs anormaux. C'est une *lymphadénie aleucémique*.

L'évolution en est chronique, sans fièvre, sans modifications de l'état général.

La guérison est la règle, survenant d'une manière rapide, sous l'influence du traitement spécifique.

IV. *Anatomiquement*, les altérations ganglionnaires sont les suivantes:

1° *Lésions inflammatoires*, se traduisant par la réaction du système endothélial et la formation de cellules géantes du type Langhans.

2° *Altérations dégénératives*, sous l'aspect de foyers gommeux intraganglionnaires.

3° *Lésions vasculaires*.

V. Le diagnostic pourra être discuté avec la lymphadénie tuberculeuse et la lymphogranulomatose.

1° Les caractères anatomo-pathologiques de l'affection seront susceptibles de faire songer à *la lymphadénie tuberculeuse*, mais le résultat négatif de l'inoculation permettra d'écarter cette hypothèse.

2° *La lymphogranulomatose* s'en distinguera par son image histologique, l'éosinophilie tissulaire et la présence de cellules de Sternberg.

*Vu :*
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
E. WEILL.

*Vu :*
LE DOYEN,
Jean LÉPINE.

*Vu et permis d'imprimer :*
Lyon, le 22 Octobre 1923.
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
J. CAVALIER.

# BIBLIOGRAPHIE

## I. Adénopathies scrofuloïdes.


BAZIN. — Leçons sur la scrofule, 1861.

BERING (F.). — Ueber das Schicksal hereditâr syphilitischer Kinder (Lues hereditaria tarda). *(Arch. f. Derm. u. Syph.,* 1911, CVI, p. 17.)

BONNAUD (F.). — Cellules géantes et follicule syphilitique dans les syphilides tertiaires muqueuses. *(Thèse Lyon,* 1909.)

BROCA (A.). — *Chirurgie infantile,* 1914, p. 742.

CASTEX (MARIANO R.). — *Sifilis hereditaria tardia.* (Buenos-Aires, 1920.)

COMBY (J.). — Syphilis héréditaire à forme ganglionnaire. *(Arch. Méd. Enf.,* 1905, p. 605.)

CORNIL (V.). — Des altérations anatomiques des ganglions lymphatiques dans la syphilis, la tuberculose, la dégénérescence amyloïde et les tumeurs. *(Journ. de l'Anat. et de la Physio.,* 1878, p. 358).

— *Leçons sur la syphilis,* 1879, p. 101.

EHRMANN. — Un cas de syphilis congénitale du foie et de la rate. (Soc. de Derm. viennoise, 20 novembre 1895, in *Arch. f. Derm. u. Syph.,* 1896, XXXIV, p. 143.)

FAVRE et CONTAMIN. — Remarques cliniques à propos de quelques cas de syphilis fébrile. *(Journal de Médecine de Lyon*, 20 mai 1923.)

FOURNIER (A.). — *La syphilis héréditaire tardive,* 1886.

FOURNIER (E.). — *Syphilis héréditaire de l'âge adulte,* 1912.

FREI (W.) et SPITZER (R.). — Zur Koinzidenz von Syphilis und Tüberkulose. Symbiose in Lymphdrüsen. *(Klinische Wochenschrift,* 1er janvier 1922.)

GAUCHER. — L'hérédo-syphilis quaternaire du tissu réticulé. *(Annales des Maladies vénér.,* 1907, p. 656.)

GAUCHER et LOUSTE. — Deux cas de syphilis héréditaire simulant la tuberculose. *(Soc. de Derm. et de Syph.,* 4 mai 1905.)

GŒBLINGER. — Contribution à l'étude de la spécificité des réactions cutanées à la tuberculine. *(Thèse Lille,* 1909.)

HOCHSINGER (C.). — Die Schicksale der Kongenital syphilitischen Kinder. *(Wiener Mediz. Wochensch.,* 1889.)

JADOSSOHN (M.). — Syphilis héréditaire chez deux sœurs. Localisations nasales et buccales, gommes ganglionnaires. *(IXe Congrès Soc. Derm. Berne,* septembre 1906, in *Annales des Malad. vénér.,* 1907, p. 474.)

LACAPÈRE et RAVAUD. — Gommes ganglionnaires dans la syphilis acquise. *(Soc. de Derm. et de Syph.,* 3 décembre 1908.)

LANCEREAUX. — *Traité de la syphilis,* 1874, p. 554.

LASCHKEWITZ. — Ueber syphilis tarda hereditaria (analyse in *Centralbl. f. die Mediz., Wissenschaften,* 1878, XVI, p. 942.)

LE FORT et BACHMANN. — Des manifestations pseudo-tuberculeuses de l'hérédo-syphilis. *(L'Echo Médical du Nord,* 15 juin 1913, p. 281.)

LETULLE (M.). — *Traité d'anat. patho.,* p. 228.

MÉNARD (V.). — Syphilis tertiaire, congénitale ou acquise des ganglions du cou. *(Congrès français de Chirurgie*, 1912 ; *Revue de Chirurgie*, 1912.)

MÉNARD (V.) et MOZER (M.). — Recherche de la syphilis dans les affections ganglionnaires et ostéo-articulaires. *(La Médecine infantile*, 1923.)

MERCIER DES ROCHETTES (J.). — Contribution à l'étude des rapports de la tuberculose et de la syphilis héréditaire. *(Thèse Paris*, 1922.)

MILIAN, SAUPHAR et LELONG. — Gommes ganglionnaires, syphilomes en nappe de la peau. Hépato-splénomégalie syphilitique. *(Soc. de Derm. et de Syph.*, 9 novembre 1922.)

MOZER (M.). — Tableau clinique et réaction de Wassermann dans le diagnostic de la syphilis ostéo-articulaire et ganglionnaire. *(Thèse Paris*, 1917-1918.)

MULLER et LAURENT. — Histoire d'une syphilis héréditaire méconnue pendant quarante-deux ans et des tribulations hospitalières de son porteur. *(Loire Médicale*, mars 1922.)

NICOLAS (J.) et MOURIQUAND (E.). — Perforation de la voûte palatine chez une enfant à manifestations scrofuleuses multiples. *(Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 14 février 1905.)

— *Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 11 avril 1905.

NICOLAS (J.) et FAVRE (M.). — Syphilis héréditaire simulant des adénites et des arthrites scrofulo-tuberculeuses. *(Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 9 mai 1905.)

— Contribution à l'histologie pathologique des syphilides tertiaires cutanées (cellules géantes et follicule syphilitique). *(Annales des Mal. vénér.*, juin 1907.)

— *Livre jubilaire de R. Lépine.*

— *Congrès de Dermatologie de Rome*, 1912.

NICOLAS, FAVRE et CHARLET. — Réactions des syphilitiques à la tuberculine. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1er mars 1910.)

NICOLAS, GATÉ et PILLON. — Syphilis héréditaire à localisations multiples. (*Ier Congrès des Derm. et Syph. de langue française*, Paris, juin 1922, p. 219.)

NOBÉCOURT. — Diagnostic de la tuberculose chez l'enfant par la recherche du bacille de Koch. (*Assoc. franç. de Pédiatrie*, Paris, 1911.)

PATTE (Mlle). — De la cuti-réaction à la tuberculine. (*Thèse Paris*, 1919.)

PEARCE COUES (W.-M.). — Gummatous cervical adenitis : its relation to and mistaken diagnosis for tuberculous cervical adenitis. (*Boston Med. and Surgery Journal*, 18 novembre 1915, CLXXIII.)

— Some surgical aspects of syphilis. (*Boston Med. and Surg. Journal*, 3 juin 1920, CLXXXII, p. 583.)

PÉHU (M.). — Les réactions locales ou générales à la tuberculine chez l'enfant. (*Assoc. franç. de Pédiatrie*, Paris, 1911.)

POUZIN (Mlle Y.). — Les adénopathies cervicales chroniques chez les enfants hérédo-syphilitiques. (*Thèse Paris*, 1915.)

SERGENT. — *Syphilis et Tuberculose*, 1907.

— Formes scrofuloïdes de la syphilis. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 6 mars 1908.)

— *Revue de Médecine*, 1920.

VIGNOLO LUTATI. — Beitrag zum Studium der skrofuloïden Adenopathien hereditär, syphilitischer Individuen. (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, 1914, CXX, p. 376.)

## II. Lymphadénie syphilitique.


Balzer et Marie (P.-L.). — Adénopathie syphilitique tertiaire du cou, très volumineuse. Guérison rapide par l'hectargyre. (*Soc. de Derm. et de Syph.*, 1er décembre 1910.)

Barbier (H.), Lebée et Reilly. — Un cas de maladie de Hodgkin, ou lymphogranulomatose. (*Arch. Méd. Enf.*, 1922.)

Benda. — Zur Histologie der pseudoleukâmischer Geschwülste. (*Verhandl. d. deutsch. path. Gesellsch.* Berlin, 1904, VII.)

Busch. — Ueber tertiâr syphilitische subcutane Lymphome. *Wiener Medizinische Presse*, 1891, XXXII, p. 1297.)

Caan (A.). — Ueber Komplementablenkung bei Hodgkinscher Krankheit. (*Muenchener Mediz. Wochensch.*, 10 mai 1910, p. 1002.)

Cantieri. — Un cas de lymphogranulomatose infantile. (*La Pediatria*, 1916.)

Caronia. — Contribution à la connaissance étiologique du lymphogranulome malin. (*La Pediatria*, 1915.)

Castex (Mariano R.). — *Sifilis hereditaria tardia.* (Buenos-Aires, 1920.)

Clarke. — Discussion on Lymphadenoma. (*Brit. Med. Journ.*, 1901, II, p. 701.)

Colrat (A.). — Contribution à l'étude des lymphadénies infectieuses. L'adénie éosinophilique prurigène. (*Thèse, Lyon*, 1921.)

Comby (J.). — Le lymphogranulome malin. (*Arch. Méd. Enf.*, août 1919.)

CULVER (J.-D.). — Luetic lymphoma in late syphilis. *(Journ. Amer. Med. Assoc. Chicago*, 1910, p. 605.)

CUNNINGHAM. — Case of supposed lymphadenoma treated with jodide of potassium. *(Glascow Med. Journ.*, 1880, p. 461.)

FABIAN (E.). — Zur Kenntnis des malignen granuloms. *(Arch. f. klin. chir.*, 1909, IXC, p. 317.)

— Die lymphogranulomatosis. Sammelreferat. *(Centralbl. f. allg. Path. u. Path. Anat.*, 28 février 1911, XXII, p. 145.)

FASAL (H.). — Zur Kenntnis der gummôsen Lymphome. *(Arch. f. Derm. u. Syphl.*, 1910, CIII, p. 305.)

GALLOWAY. — The diagnosis of chronic enlargement of lymphatic glands. *(The Clinic Journal*, 1906, XXVII, p. 353.)

GAUCHER et WEISSENBACH. — Un cas de lymphogranulomatose, avec réaction de Wassermann positive. *(Annales des Malad. vénér.*, 1913, p. 523.)

GUGGENHEIM (H.). — La lymphogranulomatose. *(Thèse, Paris*, 1913.)

GUTTMANN (W.). — Ueber gummôse Lymphome. *(Deutsche Mediz. Wochensch.*, 22 nov. 1894.)

HARRISSON (W.-S.). — A case of Hodkin's disease treated with salvarsan ; recovery. *(J. Roy. Army Med. Corps*, 1914, XXII, p. 582.)

HENDERSON (A.). — On a case of Hodkin's disease in a child. *(The Scott med. and surg. Journal*, juin 1905, analyse in *Arch. Méd. Enf.*, 1905, p. 620).

HOMOLLE. — Article « Syphilis », in *Dictionnaire Jaccoud.*

JEMMA (R.). — A propos du lymphogranulome malin. *(La Pediatria*, septembre 1918.)

KREIBICH. — Einige seltene Fälle von Formen der Lues. *(Medizinische Klinik*, 1907, p. 1577).

LANGENBECK. — Ueber Gummigeschwülste (granulome, syphilome). *(Arch. f. klin. chir.*, 1881, XXVI, p. 265.)

LANNOIS et LEMOINE. — Les adénopathies superficielles dans la syphilis héréditaire. *(Revue de Médecine*, 1887.)

LOWENBACH (G.). — Beitrag zur Histologie der gummösen Lymphome. *(Arch. f. Derm. u. Syph.*, 1899, III.)

LUSTGARTEN (S.). — Ueber die subcutanen Drüsenferkrankungen in Spâtstadium der Syphilis. *(Wiener Medizinischer Presse*, 29 juin 1890, p. 1.033.)

MAJERECZAK (M^lle Dina). — De la lymphadénie chez les syphilitiques. *(Thèse Paris*, 1901-1902.)

NANTA (A.). — Syphilis et lymphomatoses. *(Annales de Derm. et de Syph.*, 1913.)

PARKES-WEBER (F.). — Acute cases of Hodgkin's disease and the diagnosis of this disease from syphilis, tuberculosis and atypical leukœmia. *(Saint Bartholomew's Hospital Reports*, 1907, VIII, p. 81.)

PATERSON. — Syphilis simulating Lymphadenoma. *(Saint Bartholomew's Hospital Journal*, 1899, p. 8.)

POTT (R.). — Das Schicksal hereditâr syphiltischer Kinder. *(Muench. Mediz. Wochensch.*, 19 février 1901, III, p. 293.)

PRŒSCHER et WHITE. — Ueber das Vorkommen von Spirochæten bei pseudoleukâmischer Lymphdrüsen hyperplasie. *(Muench. Mediz. Wochensch.*, 17 sept. 1907, LIV, p. 1868.)

RECKZEH. — Ueber Lymphâmie und Lymphomatose. *(Charité Annalen*, 1905, XXIX, p. 98.)

ROUBIER, FLORENCE et PROBY. — Lymphadénie généralisée traitée par le novarsénobenzol ; diminution notable du volume des ganglions et de la rate ; mort rapide par insuffisance hépatique. *(Soc. nat. de Méd. et des Sciences méd. de Lyon*, 25 juin 1921.)

ROTHE. — Pseudoleukâmie (Hodgkin's disease) auf hereditâr luetischer Grundlage, Heilung. *(Frauenarzt*, Berlin, 1891, cité par Fabian.)

Simon (L.-G.). — Lymphome tuberculeux chez une enfant hérédo-syphilitique. *(Société de Pédiatrie,* 15 oct. 1907, et *Annales de Méd. et Chir. inf.,* 1907.)

Tschitowitsch. — Ueber Pseudoleukâmie mit periodischen Fieber. *(Deutsche Wochenschrift,* 1907, xxxiii, p. 502.)

Vaquez et Ribierre. — Lympadénome atypique avec polynucléose. *(Soc. Méd. Hôp. Paris,* 1900.)

Verrotti (G.). — Un casa di linfoadenopathia multipla da sifilide ignorata, simulante il quadro clinico della pseudoleucemia linfantica. *(Giornale internazionale delle scienze mediche,* 1905, analyse in *Annales de Derm. et de Syph.,* 1905.)

Weill (E.) et Lesieur. — Lymphadénie tuberculeuse chez l'enfant. *(Arch. Méd. Enf.,* 1906.).

Weill (E.) et Dufourt (A.). — Contribution à l'étude de la lymphadénie tuberculeuse. *(Soc. méd. Hôp. de Lyon,* 8 juin 1920.)

Weill (E). — Lymphadénie dans ses rapports avec la syphilis héréditaire. (*Soc. méd. Hôp. de Lyon,* 14 décembre 1920, *Journal de Médecine de Lyon,* 20 janvier 1921.)

Weill (E.), Bertoye et Bernheim. — Un nouveau cas de lymphadénie hérédo-syphilitique tardive. *(Société méd. Hôp. de Lyon,* 1er mai 1923.)

Wile (U.-J.). — Gummata of the superficial lymph glands with report of a case. (*Arch. f. Derm. u. Syph.,* 1912, cxiii.)

Wunderlich. — Pseudoleucémie. *(Arch. f. Heilk,* 1866, p. 531.)

672

# TABLE DES MATIÈRES


| | Pages |
|---|---|
| INTRODUCTION | 9 |
| 1re PARTIE. — **Les adénopathies scrofuloïdes de la syphilis héréditaire tardive** | 14 |
| CHAPITRE PREMIER. — Historique | 17 |
| CHAPITRE II. — Etude clinique | 25 |
| CHAPITRE III. — Diagnostic | 89 |
| 2e PARTIE. — **Lymphadénie syphilitique** | 112 |
| CHAPITRE PREMIER — Lymphadénie et syphilis acquise | 114 |
| CHAPITRE II — Lymphadénie et syphilis héréditaire | 125 |
| CONCLUSIONS | 164 |
| BIBLIOGRAPHIE | 168 |

TRÉVOUX. — IMPRIMERIE G. PATISSIER.