

fectent jamais l'organisme. Nous nous occuperons donc d'autant moins de leur traitement, que nous ne connaissons aucun médicament qui ait sur elles une influence directe. Actuellement l'état d'un de mes malades atteint de morphée, ne présente depuis trois ans aucune aggravation notable (1).

QUARANTE-CINQUIÈME LEÇON

Caractère général des syphilides, leur division suivant leurs phénomènes morphologiques. — Formes spéciales, symptomatologie, diagnostic, rapport avec la syphilis constitutionnelle. — Traitement général et local.

SYPHILIS CUTANÉE (2). — SYPHILIDES

Nous désignons ainsi certaines affections cutanées qui apparaissent comme symptômes de la syphilis constitutionnelle, soit transmise par les parents (syphilis héréditaire), soit communiquée pendant la vie extra-utérine par un chancre ou par une autre lésion syphilitique (3), syphilis par contact ou acquise.

oculaire, et aucun de nos malades traités n'est arrivé aux extrêmes, ni aux destructions lamentables que représentent à profusion tous les atlas des Traités de la lèpre.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

Fin de la note des traducteurs sur le traitement externe de la lèpre.

(1) Nous avons déjà dit que rien n'autorise à admettre une *lèpre locale*, et que les « formes circonscrites ou localisées de morphée » dont parle l'auteur ne sont pas lépreuses. C'est là une question qui est épuisée dans l'histoire actuelle de la lèpre, et que nous n'avons pas besoin de reprendre à nouveau après LÉLOIR, qui, lui-même, l'a traitée après nous, et est arrivé aux mêmes conclusions que nous.

E. B. — A. D.

(2) La description de l'accident initial de la syphilis ayant été reportée par l'auteur, plus loin, à la *Leçon* sur les « *ulcères* », c'est aux *notes* de cette *Leçon* que le lecteur trouvera nos commentaires, et nos additions, sur toutes les questions pratiques qui se rattachent à l'étude comparée du chancre syphilitique.

E. B. — A. D.

(3) Le chancre, les plaques syphilitiques, et, pendant la période *secondaire* (trois années en moyenne), toutes les lésions syphilitiques *excoriées* ou *sanglantes*, peut-être toutes les excoriations [sanglantes ou exsudatives des sujets syphilitiques, peuvent être inoculables, et reproduire, au lieu d'inoculation, un chancre.

La troisième année écoulée — le mode conceptionnel étant réservé —

Quelle que soit la forme de l'affection primaire développée au lieu où le virus syphilitique a pénétré, que ce soit une sclérose, un chancre mou, une érosion, ou qu'il n'y ait pas même eu d'affection initiale (1), l'état syphilitique de la peau, la syphilide, constitue en thèse générale le premier symptôme incontestable de l'infection de l'organisme, de la syphilis constitutionnelle vraie. A partir de ce moment, peuvent apparaître pendant des mois, des années et durant toute la vie, des lésions spécifiques de la peau comme symptômes caractéristiques d'une syphilis qui persiste encore. C'est une raison suffisante pour consacrer une attention toute particulière à ces dermatoses, abstraction faite du danger qui résulte de la tendance destructive de certaines formes de syphilides cutanées pour des organes importants du corps et même indispensables à la vie.

les lésions syphilitiques semblent perdre la *faculté contagieuse*; bien que notre observation porte sur un nombre de faits très considérable, nous n'avons jamais constaté de contamination produite passé ces délais. Nous devons cependant rappeler l'opinion contraire d'observateurs éminents tels que L. LANDOUZY — *Congrès de Paris*, 1889, p. 713, Note sur la contagion syphilitique au delà de la période secondaire; MAURIAC, Syphilis communiquée à la femme par le mari quatre ans et neuf mois après le début de l'accident primitif — *Soc. franç. de Dermat. et de Syph.*, 10 juillet 1890. — En réalité, ces faits sont *très rares*, et, en raison même de cette rareté, ils réclament une grande circonspection; la recherche de leur *origine* doit être étendue aux causes de contamination *indirectes, extraordinaires*; leur discussion est rendue très délicate par les conditions d'ordre non scientifique que l'on est habituellement obligé de soulever.

Chez la femme, la syphilis *peut être* acquise par la conception — *syphilis conceptionnelle*, sans accident primitif ni phase cutanée secondaire.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) En dehors de la syphilis contractée par *hérédité*, ou transmise *conceptionnellement* chez la femme, on ne saurait dire que la syphilis cutanée peut apparaître *sans qu'il y ait eu* d'affection initiale; il est plus conforme à l'observation, et plus exact, de dire que la syphilis peut avoir, pour accident primitif, une lésion minime, considérée comme banale, inaperçue, ou inappréciée. Quel est le médecin, avancé dans la pratique, qui n'a pas vu un grand nombre de malades devenir syphilitiques après avoir eu seulement des lésions d'inoculation tout à fait insignifiantes, et alors qu'ils étaient entièrement rassurés par un confrère optimiste? D'autre part, l'accident primitif peut avoir eu pour siège une région inaccessible ou inexplorée, canal cervical utérin ou canal de l'urètre, fosses nasales et nasales, rétropharynx, trompe d'Eustache, etc., etc. — *Syphilis méconnues; syphilis ignorées.*

E. B. — A. D.

Les syphilides ne constituent qu'une partie, qu'un groupe, — à la vérité naturel et distinct, — des affections cutanées en général; aussi nous en occuperons-nous ici surtout au point de vue de leurs particularités cliniques, des caractères qui permettent de les diagnostiquer, des différences qui les séparent des dermatoses non syphilitiques, et du traitement spécial qu'il convient de leur appliquer. Quant à leurs rapports intimes avec la syphilis, c'est une question particulière à la syphiligraphie, et nous en parlerons seulement dans la mesure qui sera nécessaire et utile pour la clarté de notre sujet.

Les syphilides n'ont pas d'attributs morphologiques différents de ceux des dermatoses non syphilitiques; ils se présentent sous forme de taches, de papules, de tubercules, de pustules, d'ulcères avec formation de squames et de croûtes.

Le caractère spécifique indéniable qu'on leur reconnaît en clinique, celui qui les différencie des dermatoses non syphilitiques, et qui leur donne leur cachet spécial « syphilitique », ne repose donc pas sur leurs caractères morphologiques, ni, comme on l'enseigne, sur d'autres propriétés physiques, telles que la coloration rouge brun foncé (cuivrée), leur siège habituel sur le côté de la flexion des articulations et au pourtour des orifices naturels, leur symétrie, leur disposition en cercles, en groupes, leur polymorphie, l'épaisseur des croûtes et des squames, l'absence de démangeaisons.

En effet, tous ces caractères, attribués exclusivement aux syphilides, appartiennent aussi à des exanthèmes non syphilitiques. Je rappellerai seulement la disposition annulaire du psoriasis, de certains eczémas, la coloration cuivrée de l'acné rosée et de l'acné disséminée, la disposition en groupes du lichen des scrofuleux et du lichen ruber plan, le développement du psoriasis vulgaire à la paume de la main, etc., etc. (1).

(1) Cela n'empêche pas que la couleur, le siège, la symétrie, etc., ne soient d'excellents signes diagnostiques qui permettent, le plus ordinairement, de se prononcer sans hésiter, et du premier coup d'œil, et qui, dans tous les cas, entrent comme partie constituante de premier ordre dans la détermination diagnostique. Il n'est aucun phénomène objectif qui ne soit passible des mêmes remarques restrictives, et qui soit absolument pathognomonique; c'est dans la réunion, le groupement, la combinaison de ces phénomènes, que l'on trouve les meilleurs éléments d'un jugement extemporané.

Une plaque de psoriasis en goutte, par exemple, peut assurément ressembler — au point d'induire en erreur le plus habile — à une syphilide papulo-squameuse; mais, sauf dans des circonstances tout à fait exceptionnelles, et à part certaines régions anatomiques et anatomotopographiques particulières, la paume de la main au premier rang, même en dehors de toute enquête sur l'état du malade, on peut com-

Un examen attentif prouve que le caractère spécial des syphilides résulte d'une série de phénomènes, qui constituent la marche anatomo-pathologique de chacune de ces efflorescences, et présentent trois particularités distinctives.

En premier lieu, les productions syphilitiques de la peau représentent, dans tous les cas, des infiltrats (cellulaires) du corps papillaire et du chorion, bien limités, denses, homogènes, et ne variant que dans leurs dimensions. Une papule syphilitique de la grosseur d'une tête d'épingle est identique, par sa constitution intime et son expression extérieure, aux tubercules syphilitiques qui ont le volume d'une fève ou d'une noisette.

En second lieu, ces éléments cellulaires ne sont pas propres à une organisation durable (tissu conjonctif), mais rétrogradent et disparaissent soit par résorption, soit par suppuration.

Une troisième particularité spéciale aux infiltrations cutanées syphilitiques consiste dans la tendance constante qu'elles ont à s'agrandir d'un côté, tandis qu'elles disparaissent de l'autre. L'accroissement et la destruction sont toujours centrifuges, de telle sorte que les parties les plus périphériques du produit syphilitique sont relativement les plus jeunes et présentent tous les caractères de l'infiltration récente, tandis que les parties les plus anciennes occupent le centre, et ce sont elles qui disparaissent tout d'abord.

Ces trois caractères fondamentaux constituent presque d'une manière physiologique et régulière ce cachet clinique spécial des syphilides et permettent, d'une façon presque absolue, leur diagnostic objectif (1). Ils expliquent la série de modifications qui ont fait admettre dans les

munément distinguer l'exfoliation ou la desquamation du syphiloderme, de l'accumulation des squames psoriasiques. La syphilide est-elle un peu étendue, il est tout exceptionnel qu'elle desquame indéfiniment au grattage sur toute sa surface, comme s'il s'agissait d'un psoriasis; de plus, dans le syphiloderme, on ne trouve pas cet amincissement de la couche cornée adhérente, si remarquable dans le psoriasis, lequel laisse, par le moindre raclage, saigner les sommets papillaires. Dans presque tous les cas, enfin, il sera possible de distinguer, par l'intensité de l'infiltrat dermique, la syphilide de la plaque psoriasique, laquelle, débarrassée de son surtout corné, n'a jamais la même épaisseur, à égalité de surface, etc., etc.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Infiltration, progrès centrifuge ou serpiginieux, non-viabilité ou régression, voilà résumés ces trois caractères fondamentaux; ils sont très importants, mais ne sont pas plus exclusifs que les autres, et ils ont toujours besoin d'être interprétés. E. B. — A. D.

syphilides tant de variétés, et leur donnent souvent un aspect extérieur si analogue à celui des exanthèmes cutanés non syphilitiques.

D'après ces attributs typiques, nous pouvons considérer la papule comme le prototype des syphilides. Ce type des productions syphilitiques est constitué par une infiltration cellulaire épaisse, bien limitée, du chorion et du corps papillaire. A part cela, il n'y a pas d'éléments figurés qui appartiennent en propre à la syphilis.

Si nous suivons les symptômes de la papule syphilitique depuis son apparition jusqu'à son effacement, nous aurons vu l'évolution de toutes les syphilides, en dehors des variations peu importantes que certaines circonstances particulières peuvent leur faire subir.

Sur une coupe verticale comprenant l'épiderme, le réseau muqueux, le corps papillaire et le chorion, nous voyons que l'infiltrat cellulaire qui constitue la papule occupe le chorion et les papilles, et est réellement et nettement limité sur ses côtés (1).

Nous pouvons déduire de ce fait les caractères cliniques typiques de la papule; elle dépasse le niveau de la peau, elle est luisante, puisque par l'infiltrat cellulaire compact, son revêtement épidermique est tendu, aussi elle ne disparaît pas sous la pression du doigt; elle paraît dense, par suite de l'épaisseur de l'infiltration, et brun rougeâtre, en raison de la présence du pigment sanguin amené par la stagnation du sang dans les vaisseaux comprimés.

Quand une efflorescence cutanée ne présente pas tous ces signes, ce n'est pas une papule syphilitique, ou du moins elle n'est pas récente.

Après une durée plus ou moins longue, arrive la métamorphose régressive et la résorption des cellules. C'est la partie la plus ancienne, celle qui occupe le centre, qui disparaît d'abord.

A ce point, la partie infiltrée se déprime. Au-dessus, l'épiderme, d'abord tendu et en partie proliféré, se plisse; puis, à mesure que disparaît l'infiltration sous-jacente, il se divise en petites squames. Pendant ce temps, les parties périphériques de la papule conservent leur dureté, leur coloration rouge brun, leur aspect tendu, luisant. Nous avons ainsi constamment: au centre, une petite squame déprimée ou une fossette due à l'atrophie de la peau, et, au pourtour, une aréole d'infiltration rouge brun, dense, luisante.

Les formes compliquées de la maladie, le psoriasis (2) palmaire corné,

(1) Comparez CORNIL, *Leçons sur la syphilis*. Paris, 1879, page 172 et suiv. E. B. — A. D.

(2) Nous rappelons que nous ne sanctionnons pas l'usage ici fait du terme de « psoriasis », qui appartient à une affection propre de la peau, et non à des lésions syphilitiques qui sont plus ou moins *psoriasiformes*. E. B. — A. D.

par exemple, qui sont dues à la réunion d'une série de papules en voie d'évolution, seront reconnaissables par l'étude de la marche de chaque papule prise isolément, et pourront ainsi être distinguées des affections analogues non syphilitiques de la paume de la main, du psoriasis simple, de l'eczéma chronique, de la kératose idiopathique de la même région, etc.

Le psoriasis (1) syphilitique palmaire et plantaire diffus ne se développe jamais autrement que par la juxtaposition de papules isolées. Plus tard, elles se joignent par leur périphérie; puis apparaît, au centre de chaque papule, une petite squame, signe très caractéristique. Et même une fois que, par suite de l'atrophie progressive des papules, un dépôt squameux uniforme s'est formé au-dessus d'elles, il reste toujours à leur périphérie un liséré d'infiltration rouge brun s'étendant de plus en plus.

Dans le psoriasis non syphilitique (2), l'eczéma chronique, la kératose non syphilitique de la paume de la main, l'épiderme corné épaissi se continue sans bord saillant qui le sépare de l'épiderme sain des parties voisines.

Au lieu d'arriver à la résorption par dégénérescence graisseuse, les infiltrats syphilitiques peuvent aussi se désagréger par suppuration. Si le liquide est peu abondant, il se dessèche et forme, avec les débris épidermiques, des croûtes d'un aspect sale, brun jaunâtre.

Celles-ci remplacent alors les squames dont nous avons parlé plus haut; quant au reste, la disposition est tout à fait identique. La croûte correspond toujours à la partie centrale, la plus ancienne de l'infiltrat, et est toujours limitée par la partie périphérique non encore désagrégée, qui la sépare de la peau saine environnante. L'aspect de la maladie reste le même, il tient à la disposition en lignes et en arcs de cercle de papules de ce genre en désagrégation. Au début, on voit toujours les croûtes distinctes qui répondent au centre des papules isolées; et même, quand la confluence est complète, on retrouve toujours le liséré d'infiltration périphérique.

Les mêmes conditions peuvent amener la formation de pustules et de

(1) Les dénominations de *syphilide* squameuse, psoriasiforme, cornée, exfoliante, etc., doivent être appliquées à ces lésions, et non le terme de psoriasis. E. B. — A. D.

(2) Il n'y a pas de « psoriasis syphilitique », mais seulement des syphilides squameuses qui revêtent l'aspect, la forme du psoriasis, et qui sont *psoriasiformes*. E. B. — A. D.

bulles (herpès et pemphigus (1) syphilitiques) dont les croûtes présentent le même aspect caractéristique.

Les ulcères syphilitiques de la peau ont un aspect typique, qu'ils doivent uniquement à la constance des trois signes indiqués plus haut.

Il n'y a pas d'ulcère syphilitique qui ne soit précédé de nodule; l'ulcère est une perte de substance du nodule lui-même. Comme celui-ci s'ulcère toujours d'abord au centre, il s'ensuit que l'ulcère est entouré de la masse périphérique du nodule, et comme celle-ci se détruit vers le centre, on comprend que le bord et le fond de l'ulcère sont recouverts d'une couche visqueuse, et en outre que le bord est taillé à pic, sinueux, un peu décollé et épaissi.

Une croûte se forme sur l'ulcère selon le mécanisme que nous avons mentionné; puis la partie dans laquelle est creusé l'ulcère central se désagrège, et laisse écouler de la sérosité, qui soulève légèrement la croûte centrale, et produit plus tard une seconde croûte sous-jacente à la première, et la dépassant à sa périphérie. Tout autour de celle-ci, il s'est fait pendant ce temps une nouvelle zone d'infiltration, dans laquelle est alors creusé le second ulcère, et ainsi de suite; c'est de cette façon qu'est constitué le rupia (2) syphilitique. Celui-ci présente donc, comme signes objectifs, une croûte centrale surélevée, entourée de cercles concentriques de croûtes imbriquées, lesquelles sont comme une série de toits superposés, dont chacun des supérieurs est plus

(1) Mêmes remarques que dans les notes ci-dessus, il n'y a ni *herpès* syphilitique, ni *pemphigus* syphilitique; les altérations ainsi dénommées sont des *syphilides* vésiculeuses, ou bulleuses. E. B. — A. D.

(2) La dénomination de « rupia » syphilitique est ici acceptable, parce qu'il n'y a pas d'affection idiopathique *propre*, à laquelle cette dénomination soit applicable. Le terme de rupia désigne un processus *commun* à divers états pathologiques; il est essentiellement constitué par le développement excentrique, et successif, de soulèvements épidermiques, auxquels succèdent des séries correspondantes de lésions sous-épithéliales, et des zones successivement ajoutées de concrétions croûteuses.

Lorsque ces croûtes s'élèvent par le centre au-dessus du niveau, en même temps que les zones successives de la périphérie se multiplient, la croûte prend un aspect *conchyloforme* qui donne le type classique du rupia; mais cet aspect n'appartient pas à une affection en particulier; il n'est jamais pathognomonique; toute ulcération à processus excentrique et successif peut en créer de semblable; selon le mode ulcératif de la lésion rupioïde, la croûte peut être plate, excavée, ou, au contraire, bombée et conique.

petit que l'inférieur, le tout limité par un liséré d'infiltration. Après avoir enlevé la croûte, on trouve un ulcère caractéristique.

Dans le rupia non syphilitique, où les croûtes se forment soit par la destruction périphérique progressive des tissus, comme pour l'ulcère variqueux de la jambe, soit par suite d'une exsudation superficielle, s'accroissant de la même manière, ainsi que cela a lieu dans le cas d'excoriation ou de pemphigus circiné, ce liséré périphérique d'infiltration manque; il constitue donc un signe important de la syphilis.

Quand l'ulcère syphilitique a, dans sa marche ultérieure, atteint une certaine étendue, l'infiltration périphérique spéciale ne se fait en général que sur les trois quarts ou une partie seulement de son pourtour. Il se peut donc que la partie de l'ulcère, exemptée en quelque sorte de cette infiltration par des granulations qui partent du tissu sain avoisinant, guérisse et se cicatrise. De l'autre côté, où s'est formée une nouvelle infiltration spécifique, les tissus se détruisent; ainsi se trouve constitué l'ulcère réniforme. D'un côté une cicatrice correspondant au hile, tout autour un infiltrat, et entre les deux un ulcère qui s'aplatit vers la cicatrice, tandis que du côté de l'infiltrat, il présente un bord lardacé, taillé à pic.

Qu'une série d'ulcères de ce genre se réunissent et se groupent l'un à côté de l'autre, nous aurons alors une affection constituée par des cicatrices centrales autour desquelles sont adossés une série continue d'ulcères dont les bords convexes, taillés à pic, sont dirigés en dehors, parce que là encore ils touchent les infiltrats isolés situés en général vers la périphérie. C'est là l'ulcère serpigneux syphilitique.

Dans les formes cliniques les plus compliquées de la syphilis cutanée, se vérifie donc cette loi: que toute syphilide est constituée par une infiltration cellulaire bien limitée du chorion et du corps papillaire; qu'elle représente une papule ou une nodosité de diverses grandeurs, et que toutes les variations extérieures de la syphilide procèdent de la marche régulière de l'infiltration cellulaire, c'est-à-dire que les éléments figurés de l'infiltrat passent à la résorption ou à la suppuration, et que cette régression débute par les parties relativement les plus anciennes, les parties centrales, pour se terminer par les périphériques plus récentes.

Partout où nous ne retrouvons pas ces différents facteurs, nous n'avons pas eu affaire à une syphilide, ou bien celle-ci a cessé d'être, c'est-à-dire a déjà disparu. L'infiltrat ne manque que dans la roséole syphilitique, qui n'est qu'un premier degré de la papule; dans la syphilide à petites pustules, dont le centre est occupé par un follicule, la petite étendue de la partie dense de l'efflorescence permet plus difficilement de démontrer l'infiltrat.

Après avoir tracé les caractères généraux des syphilides, il sera plus

facile de décrire les divers exanthèmes, car ils présentent tous les mêmes caractères fondamentaux et les mêmes signes différentiels d'avec les affections cutanées non syphilitiques.

D'après leur forme, on divise les exanthèmes syphilitiques en plusieurs variétés :

ROSÉOLE SYPHILITIQUE (*syphilis cutanea maculosa, maculæ syphiliticæ*). Elle consiste en taches de l'étendue d'une lentille à celle de l'ongle, rondes, ovales, d'une coloration variant du rose pâle au rouge livide, planes ou un peu proéminentes (1), pâlissant sous la pression du doigt, distinctes, mais sans limites bien marquées, plus colorées au centre qu'à la périphérie, parfois papuleuses, ne déterminant pas de démangeaisons et siégeant principalement au tronc et sur le côté de flexion des membres (2). Elles persistent avec leurs dimensions primitives, sans se réunir à leurs voisines durant des jours, des semaines, deux ou trois mois, puis disparaissent sans desquamation et sans laisser d'autre trace qu'une pigmentation plus ou moins durable. La roséole non syphilitique s'en distingue par des changements brusques de forme et d'étendue; l'herpès tonsurant maculeux (3), par une desquamation abon-

(1) La roséole syphilitique est le plus ordinairement du type érythémateux, ou plutôt érythémato-maculeux; quelquefois elle est, comme la rougeole, ou comme la roséole lépreuse, franchement saillante, et elle constitue alors ce que l'on appelle la roséole *ortiée* (Fournier), et ce que nous appelons préférablement roséole *boutonneuse*, confondue souvent avec la syphilide papuleuse. E. B. — A. D.

(2) Les taches de la *syphilide érythémateuse* peuvent être vues *partout*; mais elles ont des points de *début*, des *lieux d'élection*, et des régions où elles ne sont *presque jamais* perçues. Le *début* ordinaire a lieu sur les flancs; c'est là où il faut les *chercher* à partir du quarantième jour après l'apparition du chancre, et là où on peut les rendre plus visibles, quelquefois plus précoces, par l'emploi des bains de vapeur, des bains sulfureux, etc. Les *lieux d'élection* sont le tronc entier, dos, thorax, abdomen, face interne des membres; les lieux où elles ne sont pas habituellement perçues sont la face, sauf à la bordure frontale du cuir chevelu, et généralement les parties découvertes, les extrémités des membres; il n'est cependant pas tout à fait exceptionnel, dans les éruptions intenses, de les voir à la face palmaire des mains.

E. B. — A. D.

(3) Lisez... « *pityriasis rosé de Gibert*, et, pour le diagnostic *quelquefois très délicat*, voyez la note des traducteurs, au chapitre de la *trichophytie*, dans laquelle l'auteur continue à ranger cette affection, qu'il désigne par la dénomination d'*herpès tonsurant maculeux*.

On peut encore confondre, un moment, les taches de la roséole

dante; le pityriasis versicolore par la possibilité d'enlever les taches par le grattage (ces deux derniers exanthèmes se reconnaissent encore à leur champignon) (1).

La roséole syphilitique apparaît d'ordinaire comme premier symptôme manifeste de la syphilis constitutionnelle, six à douze semaines après l'infection (2), ou à titre de récurrence pendant la première année, rarement pendant la deuxième ou la troisième; et, dans ce cas, elle se présente sous l'aspect de taches étendues, très rarement annulaires, en forme de cercles rouges persistants, de la dimension d'une pièce de 50 centimes ou d'une pièce de 5 francs en argent (roséole syph. annulaire); jamais on ne l'observe à une époque plus tardive (3).

La roséole de la première période est parfois entremêlée de papules (syphilide maculo-papuleuse) ou de taches avec élévation papuleuse centrale (4).

SYPHILIDE PAPULEUSE (*syphilis cutanea papulosa*). Elle peut se manifester sous forme de grosses et de petites papules.

La syphilide à grosses papules, ou syphilide lenticulaire, consiste en

syphilitique avec les *taches bleues* dues au pou du pubis — voy. les notes des traducteurs à propos du phthirius inguinal. E. B. — A. D.

(1) Le pityriasis versicolore, *seul*, a un parasite spécifique; le pityriasis rosé n'en a pas de connu. E. B. — A. D.

(2) C'est six à sept semaines après le début du chancre que paraissent communément les taches de la roséole, mais elles peuvent n'apparaître — ou n'être perceptibles, ou perçues, — que beaucoup plus tardivement — *roséoles atypiques*; ces éruptions peuvent se montrer plusieurs fois pendant la première année et, dans ce cas, c'est presque toujours dans les mêmes régions que la première fois — *roséoles de retour*. E. B. — A. D.

(3) Les « roséoles » que l'on observe passé les délais n'ont pas toujours été précédées d'une première roséole; ce ne sont pas des roséoles de retour, mais bien des *roséoles tardives*. Elles peuvent être observées dans le cours de la syphilis bien au delà de la troisième année, constituant alors des éruptions fort embarrassantes — *roséoles paratypiques*. E. B. — A. D.

(4) La *polymorphie*, dans la période secondaire et jeune de la syphilis, est assez fréquente, et assez prononcée, pour devenir un *caractère sémiologique* utile.

Quelquefois, dès le début, la roséole affecte surtout l'ostium des follicules pileux, soit d'une manière diffuse, en nappes, soit par plaques, ne différant de la roséole commune que par la saillie des