

A. Fournier décrit : 1° un phagédénisme gangreneux : le chancre devient noirâtre et s'élimine, puis on assiste à l'élimination successive de masses sphacélées, en profondeur et en surface ; l'ulcération, noire ou d'une couleur foncée, s'élargit et s'approfondit simultanément ;

2° Un phagédénisme ulcéreux, où l'on constate, autour de l'ulcération, une teinte rouge foncé, une sécrétion séreuse, parfois hémorragique. Le processus peut être très superficiel (phagédénisme érosif) ;

Le phagédénisme syphilitique s'accompagne quelquefois d'accidents infectieux graves. D'après A. Fournier, il est beaucoup moins extensif et dure moins longtemps que celui du chancre mou.

Cependant, pour Besnier, ce phagédénisme est toujours dû à l'association d'un chancre simple.

Les caractères du *chancre vaccinal* sont des plus simples : la vaccine évolue d'abord ; le chancre apparaît vers le vingtième jour sous forme d'une induration au-dessous des croûtes. Celles-ci tombées, le chancre présente ses caractères réguliers.

Parmi les accidents qui compliquent le chancre en évolution, le plus banal est l'*œdème*. On peut dire, suivant l'un de nous (L.), qu'il répond toujours à une infection associée ; nous pensons qu'il est constamment inflammatoire, traduisant une lymphangite superficielle et limitée aux organes génitaux : il peut être excessif, alors même que cette lymphangite est peu développée. On l'observe surtout au prépuce, quand il existe de la balanite, aux petites et surtout aux grandes lèvres, lorsque le chancre atteint une femme qui présente de la vulvite ou de la vaginite.

La pathogénie du *chancre condylomateux* est inconnue. Unna n'ose affirmer que la formation papillomateuse soit due à des parasites ; l'un de nous (L.) croit qu'on peut être plus hardi. Histologiquement, on constate un tel nombre de leucocytes polynucléaires que l'infection paraît probable, et tout ce que nous savons des végétations en général nous pousse à attribuer leur formation à des agents animés.

Le chancre condylomateux s'observe uniquement sur les muqueuses génitales et dans les régions de macération sudorale. On ne le rencontre guère qu'au moment de la période secondaire, coexistant avec des plaques également condylomateuses. Il ne s'en distingue que par ses dimensions parfois plus élevées, et l'induration sous-jacente, mais celle-ci disparaît alors que la lésion superficielle persiste.

La *suppuration* du chancre est rare ; elle peut être partielle ou totale et déterminer des ulcérations de la surface.

Enfin la *gangrène*, qui est rare également, se limite à peu près à la masse indurée ; il se forme une escarre brunâtre qui englobe le

chancre (Balzer). Cette gangrène n'a pas en général la marche envahissante qu'on observe dans le chancre mou (Balzer).

ÉVOLUTION DU CHANCRE SYPHILITIQUE. — Nous avons vu que l'incubation du chancre est de quinze jours au minimum, en moyenne de vingt à trente jours, que celle de trente-cinq à quarante, cinquante jours, est exceptionnelle et doit être rigoureusement vérifiée et que cependant l'un de nous l'a vue atteindre soixante-dix jours.

Parfois, après le premier chancre, en apparaissent de nouveaux, quelques jours après (chancres successifs).

Le début se fait par une légère saillie indurée ; simultanément, ou les jours suivants, paraît l'érosion. L'extension périphérique se poursuit pendant quelques jours encore.

La réparation commence du vingtième au quarantième jour en général. L'érosion disparaît toujours avant l'induration ; la surface devient animée, d'un rouge vif, finement bourgeonnante, et l'épiderme la recouvre de la périphérie vers le centre. Mais l'induration persiste, et souvent on la constate encore au bout de deux ou trois mois, lorsque le chancre a été un peu volumineux.

Tel est le processus régulier. Il existe des chancres abortifs qui disparaissent quinze à vingt jours après leur apparition, et des chancres persistants, en général entretenus par une infection superficielle.

En outre, A. Fournier a décrit le chancre *redux*, caractérisé par la réapparition de l'érosion qui a disparu pendant quelque temps, tandis que l'induration restait stationnaire. Enfin, que l'érosion persiste ou non, des plaques muqueuses, simples ou condylomateuses, se développent souvent au voisinage immédiat de l'induration.

La *cicatrice* du chancre induré est plate, parfois pigmentée sur toute son étendue, ou blanche et pigmentée à sa périphérie. Elle disparaît *constamment*, dans un laps de temps qui varie de trois mois à plusieurs années, si le chancre n'a pas été infecté ou modifié par des cautérisations intempestives, et s'il n'a pas été compliqué d'une ulcération, telle que celle du chancre mou. Il est donc inutile de chercher les traces de l'accident initial de la syphilis lorsque celle-ci est de date ancienne. Sur les muqueuses, la cicatrice est tout à fait éphémère.

Le bubon primaire persiste souvent six mois après le début du chancre.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic du chancre syphilitique est souvent facile et peut être porté avec certitude par un dermatologiste exercé. Mais, si les caractères ne sont pas au complet, s'il existe quelque chance d'erreur de diagnostic, *le médecin doit attendre*. Il est grave d'annoncer à tort la syphilis à un malade ; il est grave d'affirmer qu'elle n'existe pas alors qu'elle existe : tantôt, les caractères deviendront plus précis, tantôt, par un traitement simplement aseptique, les lésions chancriformes rétrocéderont ; parfois, il faudra attendre jusqu'à

l'époque où doit paraître la roséole. Toute érosion, de date récente, des organes génitaux peut être le début d'un chancre. Toute lésion caractérisée des organes génitaux peut être mixte: par exemple, un chancre mou, survenu trois jours après un coït, peut prendre ultérieurement les caractères d'un chancre mixte.

Cependant, la présence d'une ulcération chancriforme aux organes génitaux, survenue moins d'une semaine après un coït, et lorsqu'il n'y a pas eu de coït plusieurs semaines avant, doit faire repousser la syphilis, sauf les réserves dues à la possibilité d'une ulcération mixte. Il va sans dire que, lorsqu'elle est possible, la confrontation avec la femme suspecte d'avoir pu transmettre la syphilis et son examen s'imposent.

Rappelons les symptômes capitaux du chancre syphilitique, l'érosion, l'induration, l'indolence, l'adénopathie.

Il est rare que l'induration ne soit pas perceptible; il peut s'agir de chancres très étendus occupant une région où la peau est mince (fourreau), mais, en prenant la lésion entre deux doigts, exactement à ses extrémités, on perçoit la résistance et l'élasticité dues à l'infiltration cohérente du derme.

Toutes les érosions et les ulcérations génitales, chancre mou, herpès, peuvent s'accompagner d'induration. Cette induration, qui résulte d'une inflammation dermique œdémateuse et diffuse (Berdal), est moins régulière que dans le chancre syphilitique, moins en plateau, moins nettement circonscrite à la région ulcérée. Elle s'accompagne souvent d'une suppuration superficielle qui résulte, dans bien des cas, d'irritations thérapeutiques intempestives qu'on peut retrouver par les commémoratifs.

C'est précisément dans ces lésions enflammées secondairement d'une manière artificielle qu'on observe des ganglions inguinaux pouvant simuler l'adénopathie syphilitique initiale. Presque toujours, un seul ganglion est intéressé; il est moins dur, moins gros, plus douloureux; dans le chancre mou, une réaction inflammatoire franche est habituelle et se termine par suppuration.

Mais les éléments essentiels du diagnostic doivent être cherchés dans les caractères de l'ulcération, de ses bords et de son fond.

Le chancre mou est une lésion ulcéreuse à bords en pente brusque, presque toujours décollés. Le fond est irrégulier, granuleux, de coloration fauve, tapissé de globules blancs qu'on retrouve abondants à l'examen microscopique. La lésion est douloureuse. Les chancres mous sont habituellement multiples.

Enfin, deux caractères permettent le diagnostic absolu: ce sont, l'auto-inoculabilité et la présence du bacille de Ducrey dans le pus du chancre d'origine et dans le pus du chancre inoculé expérimentalement.

L'herpès génital est constitué, non par des ulcérations, mais par des érosions consécutives à de petites vésicules. Ces lésions peuvent

simuler le chancre lorsque les érosions sont devenues cohérentes, lorsque, grâce à une irritation d'origine locale, due, par exemple, au siège dans des plis où l'infection secondaire est facile ou à une irritation thérapeutique, une infiltration dermique se développe. Mais toujours, on trouve sur les bords, au moins à la loupe, une forme polycyclique et microcyclique, c'est-à-dire composée de très petits segments de cercle disposés bout à bout, qui révèlent la structure vésiculeuse initiale.

L'herpès génital, lorsqu'il est enflammé, est toujours douloureux. Les antécédents du malade révèlent d'habitude des poussées d'herpès antérieures; on peut observer des vésicules à distance.

Les sillons acariens de la verge ont habituellement un aspect papuleux et œdémateux; quelquefois, ils s'infiltrent, deviennent durs et peuvent s'ulcérer. Ces lésions restent d'ailleurs prurigineuses; leurs ulcérations sont irrégulières. On trouve, sur le reste du corps, les altérations caractéristiques de la gale.

On se rappellera qu'il existe des lésions tertiaires chancriformes, et enfin que l'épithéliome, la tuberculose, voire même des néoplasies sarcomateuses, ont pu être confondus avec le chancre syphilitique.

En dehors des lésions génitales, certains chancres prêtent à des erreurs de diagnostic que nous ne pouvons exposer dans leurs détails.

Une ulcération tuberculeuse, épithéliomateuse ou autre, peut devenir chancriforme, mais l'absence de roséole, si elle a deux mois de durée, l'absence d'adénopathie ou l'existence d'adénopathies d'aspect différent de celles qui appartiennent à la syphilis primaire, la non-indolence, permettent d'éliminer le chancre, même si les caractères de l'ulcération et de la réaction inflammatoire ou néoplasique profonde prêtent à confusion.

TRAITEMENT DU CHANCRE SYPHILITIQUE. — Le chancre syphilitique peut être enlevé, surtout lorsqu'il siège au prépuce ou à la vulve; on facilite ainsi la guérison locale, mais on admet généralement que l'on ne modifie en rien, à quelque période qu'on intervienne, l'évolution de la syphilis. Cependant, il y aura lieu de rechercher de nouveau si l'ablation de cette source mère du contagion n'atténue pas la gravité de la maladie; les faits, signalés par l'un de nous, de la prédominance et des caractères beaucoup plus accentués des accidents secondaires au pourtour de ce foyer initial, plaident en faveur de cette hypothèse (H.) (1).

Jamais le chancre induré ne sera cautérisé d'une manière banale ou soumis à un traitement irritant. Toute application active peut

(1) L'un de nous, dans l'idée d'agir à distance sur les éléments infiltrés du chancre infectant, l'a cautérisé avec du sublimé en poudre; l'escarre ainsi produite s'est éliminée au bout de douze jours et a laissé à sa place une membrane de bourgeons charnus qui s'est cicatrisée rapidement. La syphilis a évolué et a été bénigne (H.).

déterminer des cicatrices vicieuses et qui ne disparaissent pas comme le fait régulièrement la cicatrice spontanée. On se contentera d'un pansement avec de l'ouate imprégnée d'une solution de sublimé au cinq-millième.

Si le chancre est mixte, le traitement sera celui du chancre mou. (L.)

SYPHILIS SECONDAIRE

Le début du chancre et l'apparition de la roséole sont séparés par un intervalle de quarante à cinquante jours. Une ou deux semaines parfois avant l'apparition de la roséole, et pendant une période de deux ou trois mois à la suite, évoluent des accidents qui révèlent l'infection générale : nous ne voulons pas les décrire, mais seulement rappeler les principaux.

L'infection lymphatique, l'altération des organes leucocytopoïétiques se révèlent par des adénopathies. Plus ou moins volumineuses, elles ont une certaine valeur diagnostique, car elles persistent pendant la période secondaire; elles peuvent mettre alors sur la trace de la syphilis en l'absence d'accidents cutanés ou muqueux. Simultanément, les amygdales et, d'une manière générale, tous les organes lymphatiques du pharynx, sont tuméfiés; enfin, la rate devient souvent perceptible à la percussion.

L'infection sanguine détermine parfois des symptômes anémiques ou chloro-anémiques (palpitations, vertiges, etc.). La dénutrition se révèle par l'affaiblissement, l'amaigrissement. Signalons, parmi les troubles les plus importants, ceux du système nerveux, constituant par leur réunion le syndrome neurasthénique, les douleurs d'origine osseuse (céphalée) ou névralgiques. Les altérations périostiques déterminent des gonflements osseux; l'infection ostéo-médullaire se traduit par des arthrites (rhumatisme syphilitique secondaire) ou des douleurs dans la continuité des membres.

Enfin, le symptôme le plus grave est la fièvre, intermittente ou continue, pouvant simuler la dothiéntérie.

Tel est le tableau complet; mais, à part l'adénopathie, qui est très commune, beaucoup de malades ne présentent aucun des symptômes que nous avons énumérés; d'autres en offrent quelques-uns seulement, tels surtout que les douleurs et les signes anémiques; quelques-uns enfin sont gravement frappés et l'on peut observer chez eux des symptômes multiples de l'infection.

En même temps que la roséole, peuvent survenir des lésions viscérales : c'est ainsi que l'on a vu se produire des artérites et des phlébites cérébrales et spinales, un ictère en général bénin, une albuminurie qui guérit par le traitement si elle est reconnue à son début, sinon le tableau se complète et il survient une néphrite secondaire.

Classification générale des syphilides. — Parmi les lésions

cutanées et muqueuses de la syphilis, les unes, les plus précoces, sont des lésions résolutive qui disparaissent sans laisser de traces durables, à moins de complication locale par une infection externe suppurative; les autres, plus tardives, sont des lésions plus profondes qui modifient le tissu conjonctif et élastique, aboutissent souvent à la nécrose et laissent toujours une cicatrice :

Celles-là sont dites **secondaires**, celles-ci **tertiaires**.

On sait aujourd'hui que des lésions tertiaires peuvent s'observer dans la première année de la vérole et des lésions secondaires (plaques muqueuses) jusqu'à la quinzième.

Cette division est donc en bonne partie schématique. On peut admettre cependant que, dans la plupart des cas, les lésions secondaires apparaissent dans les premières années de la syphilis, les lésions tertiaires à partir de la troisième, quatrième ou cinquième année.

CARACTÈRES GÉNÉRAUX DES SYPHILIDES SECONDAIRES. CLASSIFICATION DE CES SYPHILIDES. — Un caractère important des syphilides est leur apparition par poussées. Sans doute, ces poussées ne sont pas comparables à celles des fièvres éruptives; elles ne se font pas en quelques heures, mais souvent en quelques jours. Quelle que soit la forme de l'éruption, les poussées généralisées s'observent surtout dans les dix-huit mois qui suivent le chancre, les poussées limitées surviennent ensuite. Ce n'est pas à dire du reste que, lorsque des syphilides secondaires sont apparues, de nouvelles ne puissent survenir. Ces nouveaux éléments se manifestent de préférence au voisinage de ceux qui existent déjà; mais de nouvelles poussées à distance peuvent également se produire.

On a souvent eu l'occasion de remarquer l'influence des maladies infectieuses aiguës sur les syphilides. Souvent, qu'il s'agisse d'une fièvre typhoïde, d'une pneumonie, d'un phlegmon grave même, on voit les syphilides déjà existantes s'amender et tendre à la guérison. Au contraire, les infections et les intoxications chroniques, et particulièrement la tuberculose, l'infection paludéenne chronique, l'alcoolisme, paraissent ralentir la guérison des éruptions syphilitiques. La grossesse agit de même.

Les syphilides secondaires, exception faite de la roséole et de la syphilide pigmentaire, sont beaucoup plus variées dans leurs caractères anatomo-cliniques que les syphilides tertiaires; cependant, si l'histologie montre une grande diversité dans les lésions épidermiques qui accompagnent les syphilides secondaires, elle indique une grande simplicité dans les lésions fondamentales du derme. *Lorsque celles-ci se compliquent, il existe nécessairement des lésions anormales de l'épiderme, mais l'inverse n'est pas vrai* (L.).

Aussi peut-on ramener à une relative simplicité la description des syphilides secondaires en considérant les lésions épidermiques comme

accessoires. La lésion essentielle des syphilides secondaires est la papule, résultat de l'infiltration dermique ; ses caractères cliniques sont extrêmement différenciés ; tout le reste peut être considéré comme complication.

D'où résultent ces complications ? Du milieu qu'offre au contagion le sujet infecté ? d'une évolution anormale des papules due à l'intensité des lésions, à leurs localisations ? ou d'infections épidermiques surajoutées ?

L'influence du milieu est généralement admise : il semble bien que, chez les sujets débilités par la fatigue ou les privations d'une maladie antérieure telle que le paludisme et chez ceux qui sont intoxiqués par l'alcool, les syphilides aient, plus que chez les autres, tendance à présenter un caractère de malignité ; mais des syphilides graves peuvent survenir aussi chez des sujets vigoureusement constitués et paraissant indemnes de toute tare antérieure (H.).

Le fait énoncé plus haut, c'est-à-dire l'absence possible de lésions dermiques anormales lorsque l'épiderme est altéré, est pour l'un de nous (L.) le principal argument en faveur de la troisième hypothèse, qui peut du reste se concilier avec les précédentes et rattache les apparences variables des papules à des complications parasitaires.

Unna admet nettement que l'infection séborrhéique, qu'il rattache aux morocoques, joue un rôle essentiel dans certaines formes. De même, suivant Tarnowsky, l'influence du milieu dermique est liée surtout à ce fait que ce tissu constitue un terrain favorable au développement des microbes pyogènes associés au contagion syphilitique. Unna a, cependant, mis en lumière un fait curieux signalé également par Darier, c'est l'absence habituelle de microbes pyogènes vulgaires dans les syphilides ulcéreuses ; de même, dans le service de l'un de nous (H.), Jeanselme a constaté que, sur cinq cultures faites avec le pus d'une syphilide pustulo-ulcéreuse généralisée, un seul a produit un petit nombre de staphylocoques. On sait d'ailleurs que les altérations engendrées par ces microbes diffèrent essentiellement par leurs caractères de celles que l'on observe dans ces syphilides : en raison de ces faits, il paraît très probable à l'un de nous que le virus syphilitique peut, par lui-même, devenir pyogène (H.) (1).

Les recherches sur le rôle de l'infection superficielle dans les caractères et les lésions accessoires des syphilides ne sont qu'à l'état d'ébauche ; l'hypothèse est appuyée sur des arguments dignes d'attention ; mais elle reste à démontrer.

En dehors des papules et de leurs variétés, la syphilis secondaire se traduit par d'autres altérations cutanées que nous aurons à décrire,

(1) HALLOPEAU, *Syphilides suppuratives et ganglionnaires précoces* (Musée de l'hôpital Saint-Louis, 29^e fasc.)

roséole, la syphilis pigmentaire ; nous aurons encore à étudier les lésions des poils et des ongles.

Nous suivrons la division suivante dans l'étude des lésions cutanées de la syphilis secondaire.

A. Roséole.

B. Papules.

- | | | |
|-----------------------------|---|--------------------------------------------|
| 1. Papules simples..... | { | Lenticulaires. |
| | | Miliaires (granuleuses, folliculaires). |
| | | Géantes. |
| 2. Papules compliquées..... | { | Papulo-squameuses et papulo-croûteuses. |
| | | Papulo-vésiculeuses et papulo-pustuleuses. |
| 3. Formes complexes..... | { | Syphilides agminées. |
| | | Syphilides figurées. |

- | | | |
|-----------------------------|---|---------------------------------------------------|
| 4. Variétés régionales..... | { | Syphilides œdémateuses des lèvres et de la vulve. |
| | | Syphilides des régions de macération. |
| | | Palmaires et plan- } des nouveau-nés. |
| | | taires..... } des adultes. |

C. Syphilides de transition (secondo-tertiaires).

D. Syphilide pigmentaire.

E. Alopecie syphilitique.

F. Lésions des ongles.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Roséole. — Au point de vue microscopique, la roséole syphilitique ne présente aucune lésion qui la différencie des lésions générales de l'érythème. On constate surtout la dilatation des vaisseaux sanguins, la prolifération des cellules vasculaires.

Dans la roséole tardive, on trouve des lésions plus importantes, un œdème marqué du corps muqueux et une diapédèse très nette.

Syphilis pigmentaire. — La coloration de la syphilide pigmentaire est due au dépôt de granulations pigmentaires abondantes dans le derme et dans les fentes interépithéliales du corps muqueux. Les vaisseaux sont toujours altérés ; on constate la tuméfaction de leurs cellules. Suivant Unna, leurs lésions ont une origine nerveuse, comme celles de certaines formes de roséole (neuro-syphilides) (?).

Papule et ses variétés. — Comme le chancre induré, la papule syphilitique secondaire est un plasmome, sous-jacent à l'épiderme qu'il soulève, pénétrant dans la partie moyenne du derme (1).

Sur les faces latérales et à la face profonde du plasmome, on reconnaît comment il se constitue ; les vaisseaux qui l'abordent sont entourés de plasmazellen ; leurs endothéliums et leurs périthéliums sont tuméfiés.

Comme celui du chancre, le plasmome de la papule est divisé en petits nodules, séparés par des fentes lymphatiques larges ; ces

(1) UNNA, *Histo-pathologie*.

nodules ont pour centre un vaisseau. En dehors des plasmazellen, ils comprennent des cellules conjonctives, pourvues parfois de noyaux multiples, des cellules géantes et un tissu fibrillaire abondant; les mastzellen et les leucocytes sont rares; l'épiderme est sain.

L'extension du plasmome au réseau vasculaire qui entoure les appareils pilo-sébacés est commune.

A côté des papules simples, mais que des nuances histologiques séparent seules les unes des autres, il existe des formes compliquées.

La syphilide papulo-croûteuse se distingue de la papule simple par des lésions épidermiques très prononcées à la périphérie des éléments; le corps muqueux prolifère et s'épanouit (acanthose); au centre, l'épiderme s'atrophie, les cellules du corps muqueux, d'abord tuméfiées, forment, ainsi que celles de la couche granuleuse et de la partie inférieure de la couche cornée, une croûte fibrineuse comprenant des leucocytes.

Dans la couche sous-jacente du derme, on trouve, non le plasmome, mais des lésions d'une autre nature, qui refoulent ce dernier dans la profondeur. On constate un œdème prononcé, la distension des lymphatiques, la présence de leucocytes dans les vaisseaux. La structure du plasmome profond n'est pas modifiée.

Unna tend à expliquer cette forme par la combinaison d'une infection séborrhéique. Si l'on étudie les lésions à leur début, on constate déjà des lésions épidermiques, et une diapédèse qui, d'après les descriptions de Unna, paraît plus marquée qu'à la période d'état. Le siège des lésions dans les régions où prédomine l'eczéma séborrhéique, la coexistence possible de celui-ci, sont des arguments dont on ne peut nier la valeur.

La théorie qui attribue la plupart des caractères éventuels des syphilides à un état préexistant de l'épiderme, à des infections associées et qui ne laisse en propre à la syphilis que les caractères fondamentaux, apparaît, dans ce cas particulier, comme des plus séduisantes. Nous en donnerons d'autres exemples (1).

A la suite de la syphilide papulo-croûteuse, Unna étudie la syphilide papulo-croûto-pustuleuse ou ecthyma superficiel. Celle-ci, plus probablement encore que la syphilide croûteuse, paraît à l'un de nous (L.) le résultat d'une infection cutanée mixte.

L'histologie en est des plus simples. On constate un abcès situé dans la couche cornée, c'est-à-dire une cavité pleine de leucocytes; cet abcès communique avec un abcès semblable, sous-épithélial. Des leucocytes infiltrent l'épiderme, les papilles; le plasmome se trouve au-dessous.

(1) Suivant l'un de nous, cependant (H.), on peut admettre, avec plus de vraisemblance qu'une hybridité, une influence favorable du milieu séborrhéique sur le développement du contagion spécifique.

Cependant on ne constate pas de pyocoques dans cette forme (Unna, Darier), mais des bactéries.

La structure des papules condylomateuses peut être prévue *à priori*: d'une part, on rencontre, dans le derme, le plasmome syphilitique, comprenant des cellules géantes; d'autre part, existe l'hypertrophie, l'allongement des papilles et des cônes interpapillaires qui caractérise d'une manière générale les végétations, de quelque nature qu'elles soient.

L'acanthose, c'est-à-dire la prolifération du corps muqueux, se limite aux cônes interpapillaires; la zone suprapapillaire du corps de Malpighi est plutôt amincie.

Le tissu des papilles présente un œdème intense et une dilatation générale des vaisseaux sanguins et des fentes lymphatiques; il comprend de nombreux leucocytes qui envahissent les fentes inter-épithéliales et forment de petits abcès intraépidermiques (Cornil, Leloir). Unna paraît très réservé sur la nature de ces papules végétantes, et ne les rattache pas à une association microbienne; il est peut-être permis d'être plus affirmatif que lui (L.): nous avons discuté la question à propos du chancre, et nous n'y reviendrons pas.

Les papules palmaires et plantaires se rapprochent de la papule condylomateuse. Les cônes interpapillaires sont allongés ainsi que les papilles, et c'est dans celles-ci que se fait l'infiltration de plasmazellen. Le plasmome est ainsi dissocié en quelque sorte.

En certains points, la couche granuleuse de l'épiderme disparaît; elle est remplacée par une couche de cellules plates, mêlées de leucocytes.

SYMPTÔMES. — ROSÉOLE. — Roséole initiale. — L'érythème diffus qui prend le nom de roséole survient vers le quarante-cinquième jour qui suit l'apparition du chancre, parfois plus tôt, parfois plus tard, lorsqu'un traitement précoce a été institué. Il manque rarement; quelquefois, il disparaît peu après son apparition.

Cet érythème se présente sous forme de taches rondes ou allongées, à contours irréguliers du reste, séparées les unes des autres, d'une couleur rouge tendre, fleur de pêcher (Fournier), qui disparaît totalement à la pression lors de leur apparition. A ce moment, l'épiderme est toujours intact à leur niveau. Elles ont au plus 1 centimètre et demi de diamètre; rarement, elles sont petites, des dimensions d'une lentille.

Elles apparaissent sur les parties latérales du tronc où elles prédominent toujours, puis s'étendent sur tout le tronc, et aux membres, où elles sont beaucoup plus visibles sur la face de flexion que sur la face d'extension.

Leur nombre varie; parfois, elles sont peu nombreuses; parfois, elles arrivent au contact les unes des autres.

Parfois, au niveau des taches, se produit de l'œdème et une légère saillie (*forme ortiée*).

De fines saillies peuvent marquer les orifices pilo-sébacés compris dans les taches de roséole (*roséole granuleuse*). Besnier a décrit sous le nom de *peau ansérine syphilitique*, un état où il n'existe que des saillies ponctuées de même nature, sans hyperémie sous-jacente.

Les taches peuvent, nous l'avons dit, disparaître rapidement et ne laisser aucune trace, ou bien leur disparition est lente, la couleur de la peau devient foncée, et, pendant des mois, il reste quelques macules sombres.

Les papules secondaires naissent souvent au niveau des taches de roséole; parfois, l'exanthème initial est tout entier papuleux.

Une fois disparue, la roséole se reproduit aisément, au moins pendant la première année, sous l'action de causes multiples telles qu'un excès alcoolique, un bain chaud, un exercice violent ayant déterminé la sudation. Le refroidissement agit de même (Jullien).

Roséoles tardives. — Sous le nom de *roséoles de retour*, A. Fournier a décrit des érythèmes semblables à la roséole initiale qu'on peut observer au cours des premières années de la syphilis et même à la période tertiaire.

On donne le nom de *roséole circinée* à des lésions mal étudiées qui surviennent dans les trois premières années: on voit, de préférence sur le tronc, de larges taches hyperémiques à centre décoloré, des anneaux allongés, elliptiques. Parfois, ces syphilides s'accompagnent d'une saillie œdémateuse et même d'une légère desquamation.

Les érythèmes tardifs, comme l'érythème initial, sont souvent le point de départ de syphilides papuleuses simples ou compliquées (1).

DIAGNOSTIC. — Le *pityriasis rosé* de Gibert s'accompagne presque toujours d'une desquamation fine, en collerette, qu'on observe plutôt au centre qu'à la périphérie. On trouve habituellement la plaque initiale de Brocq, le médaillon caractéristique; la coloration est plus prononcée; l'éruption est plus abondante sur le devant du tronc.

Les *érythèmes*, et en particulier les érythèmes médicamenteux, peuvent simuler la roséole: mais le début de l'éruption est brusque; elle n'affecte pour ainsi dire jamais une localisation prédominante sur le tronc; la face peut être prise; les membres surtout sont envahis; enfin, si on cherche l'origine de l'éruption, on la trouve dans l'absorption récente d'un médicament.

La *roséole saisonnière*, dont l'existence est discutable, est décrite comme une maladie infectieuse légère, éphémère, qui s'accompagne de signes généraux et qui envahit souvent la face.

(1) Nous devons ajouter que l'érythème polymorphe vulgaire peut s'observer au cours de la syphilis secondaire (Voy. *Éruptions toxiques*).

Il va sans dire que, dans tous les cas qui peuvent prêter à confusion, on examinera les ganglions, on recherchera un chancre récent, etc.

SYPHILIDES PAPULEUSES SIMPLES. — La papule syphilitique est une lésion de forme régulière, légèrement convexe, d'une couleur sombre, donnant au doigt une certaine rénitence qui indique l'infiltration dermique, et parfaitement indolore; après sa disparition, elle laisse souvent une macule.

Les dimensions moyennes sont celles d'une lentille (*papules lenticulaires*), mais parfois elles ne dépassent pas le volume d'une tête d'épingle (*papules miliaires*); on peut en trouver qui ont 1 centimètre de diamètre. Plus étendue, la papule tend à s'affaisser dans sa partie centrale; on rencontre les types larges surtout dans les syphilides figurées. Souvent, chez un malade donné, à partir du sixième mois de l'infection, on observe exclusivement le type miliaire ou le type large.

Le contour des papules est arrondi, parfois ovalaire sur les faces latérales du tronc; la surface est lisse, mais, très souvent, elle est recouverte d'une squame épidermique mince, ou bien l'épiderme est tombé à la surface et on constate une collerette périphérique, la *collerette de Biell*. La desquamation sous ces deux formes peut appartenir à toute papule; au contraire, les syphilides papulo-squameuses sont caractérisées par la présence d'une squame dès le début. La saillie est toujours modérée.

En l'absence de squame, ou la squame enlevée, la surface est légèrement brillante, tout à fait polie. La couleur est ordinairement sombre, avons-nous dit, d'un rouge ou d'un brun foncé; les teintes jambonnées, cuivrées, sont un apanage des syphilides, mais on observe tous les intermédiaires entre le rouge pâle et le brun foncé, presque noir; souvent une teinte violacée modifie plus ou moins la coloration fondamentale. Les syphilides sont d'une couleur plus ou moins animée chez les sujets jeunes et au début de la syphilis secondaire; elles sont foncées chez les vieillards et au cours de la troisième, de la quatrième année. Sur les membres inférieurs, les syphilides papuleuses, simples ou compliquées, deviennent aisément purpuriques, s'il existe un état variqueux. Sous la pression d'une lame de verre, les papules restent colorées; elles gardent une teinte jaunâtre.

Les papules peuvent s'observer sur toutes les régions du corps; cependant, elles ont des lieux d'élection, tels que les surfaces de flexion, les plis articulaires, le front, la face.

La papule syphilitique ne peut être confondue avec aucune autre lésion cutanée lorsqu'elle présente ses caractères classiques. Les papules de l'érythème polymorphe apparaissent d'une manière aiguë, sont d'un rouge vif, occupent, le plus souvent, le dos des mains et des poignets; aucune éruption chronique de la peau ne donne