

SYPHILIDES DE TRANSITION (secondo-tertiaires). — Outre les syphilides ulcéreuses secondaires que nous avons décrites, il en est qu'on observe, dès la première année, chez les individus atteints de syphilis grave précoce, et où l'ulcération se produit peut-être par le même mécanisme que dans les lésions tertiaires, sans intervention des infections superficielles. Les caractères de ces lésions, de l'ulcération précoce qu'elles déterminent, sont les mêmes que ceux des syphilides ulcéreuses par infection secondaire, et la distinction en reste jusqu'ici uniquement théorique.

A. Fournier décrit des syphilides secondaires papulo-tuberculeuses : elles ont quelques caractères des lésions secondaires, l'apparition à une période précoce de la syphilis, la multiplicité habituelle des éléments, l'absence d'ordre dans leur disposition réciproque, mais de nombreux caractères des lésions tertiaires, tels que l'infiltration plus dure, plus épaisse que dans les papules secondaires types, la marche lente et la résistance au traitement, la présence de cicatrices définitives à leur suite (Planche XIII).

Ces lésions papulo-tuberculeuses se disposent volontiers en anneaux, parfois multiples et concentriques, entourant un centre pigmenté. Parfois, elles ont une teinte hémorragique (*syphilis papulo-tuberculeuse annulaire hémorragique* de A. Fournier).

SYPHILIDE PIGMENTAIRE. — On doit à Hardy (1) d'avoir établi que, vers la fin de la roséole, il se développe, chez la femme plus souvent, mais parfois aussi chez l'homme, une pigmentation qui occupe surtout la région cervicale et peut envahir les épaules, les aisselles, le pli du coude, l'abdomen (2) et même le tronc et la face de flexion des membres. D'après les recherches de Fiweisky, cette syphilide débute dans 40 p. 100 des cas au troisième mois de la maladie, dans 20 p. 100 du quatrième au cinquième et dans 20 p. 100 après le sixième (3).

Il n'est pas toujours facile de reconnaître cette pigmentation lorsqu'elle n'est pas très prononcée; il faut mettre le malade à quelque distance d'une fenêtre, et lui faire tourner lentement le cou : à un moment donné, sur les faces latérales où elle est plus marquée, la syphilide apparaît; parfois, c'est un véritable collier pigmentaire d'un jaune grisâtre, au milieu duquel on trouve quelques taches rondes de coloration blanche; presque toujours, ces taches claires sont très nombreuses, voisines les unes des autres; la pigmentation diminue tout autour du réseau.

Les taches claires sont-elles ou non achromiques? A. Fournier soutient qu'elles ne paraissent décolorées que grâce au contraste du réseau pigmenté, car elles semblent contenir autant de pigment

(1) A. HARDY, *Leçons sur les maladies de la peau*, 1868.

(2) HUDELO, A. D., 1898.

(3) BEAUDOIN, *Syphilis pigmentaire* (*Musée de l'hôpital Saint-Louis*, fasc. 42).

HALLOPEAU ET LEBLANC.

PLANCHE XIII.



Librairie J.-B. Baillière et fils.

SYPHILIDES

SYPHILIDES DE TRANSITION (syphilides papulo-tuberculeuses). — Outre les syphilides ulcéreuses secondaires que nous avons décrites, il en est qu'on observe, dès la première année, chez les individus atteints de syphilis grave précoce, et qui l'ulcération ne produit peut-être par le même mécanisme que dans les ulcères tertiaires, sans intervention des infections suppuratives. Les caractères de ces lésions, de l'ulcération, du pus, du sang détaché, sont les mêmes que ceux des ulcères tertiaires par infection secondaire, et la distinction en sera donc le plus souvent impossible.

Les lésions dites des syphilides papulo-tuberculeuses : elles ont quelques caractères des lésions secondaires, l'apparition à une période précoce de la syphilis, la multiplicité habituelle des éléments, l'absence d'œdème dans leur disposition réciproque, mais de nombreux caractères des lésions tertiaires, tels que l'infiltration plus dure, plus épaisse que dans les papules secondaires types, la marche lente et la résistance au traitement, la présence de cicatrices définitives à leur suite (Planche XIII).

Ces lésions papulo-tuberculeuses se disposent volontiers en anneaux, parfois multiples et concentriques, entourant un centre pigmentaire. Elles ont une teinte hémorragique (syphilides papulo-tuberculeuses hémorragiques de A. Fournier).

On les a décrites pour la première fois à Hardy. Il avait établi que ces lésions se développent dans la seconde phase de la syphilis, après l'éclosion des lésions secondaires, mais qu'elles peuvent aussi apparaître, sans interruption, dans la seconde phase de la syphilis, et même le front et la face de flexion du cou. Depuis les recherches de Fournier, cette syphilide est décrite dans 20 p. 100 des cas au troisième mois de la maladie, dans 20 p. 100 au quatrième et cinquante et dans 20 p. 100 après le sixième (3).

Il n'est pas toujours facile de reconnaître cette syphilide lorsqu'elle n'est pas très prononcée; il faut mettre le malade à découvert, l'écarter le front, et lui faire tourner lentement le cou : à un certain point, sur les faces latérales où elle est plus marquée, la pigmentation est parfaite, c'est un véritable collier pigmentaire d'un rouge brun; ailleurs, et surtout sur le front, on trouve quelques taches rondes et irrégulières; presque toujours, ces taches claires sont très pigmentées au centre; en unes des autres, la pigmentation diminue.

Les taches pigmentaires sont-elles ou non achromiques? A. Fournier a constaté que les taches pigmentaires sont décolorées que plus ou moins, et que les taches claires semblent contenir du pigment.

Annuaire de dermatologie et de syphilologie, fasc. 42.

Revue de l'hôpital Saint-Louis, fasc. 42).



que la peau normale. Nous ferons remarquer que dans la région cervicale, où ces études comparatives ont été faites, la peau est normalement hyperpigmentée : si donc sa coloration est la même que celle du thorax, elle est en réalité moindre qu'à l'état normal. Suivant l'un de nous (H.), l'achromie existe bien réellement et constitue le fait essentiel : il en donne pour raison qu'elle est disposée, à l'encontre de l'hyperchromie concomitante, en plaques arrondies, identiques par leur configuration aux syphilides papuleuses. Il ne peut s'agir [Neisser(1), Lang, Hallopeau] de lésions de même nature, dont la période érythémateuse échappe à l'observation, en raison de la pigmentation de la région.

La syphilide pigmentaire se prolonge pendant plusieurs années et constitue ainsi un stigmate important de la syphilis. Cependant, elle n'est pas tout à fait pathognomonique; on a signalé des lésions pigmentaires ayant le même siège et le même aspect dans la tuberculose (A. Fournier, Thibierge et Laurent) et la chlorose (Chauffard).

ALOPÉCIE SECONDAIRE. — Il peut exister chez les syphilitiques, au début de la période secondaire, une *alopécie diffuse* : le nombre des cheveux est diminué, la tête est dégarnie; les poils restant en place sont secs et viennent sans peine à la traction; on peut supposer (L.) qu'il s'agit là d'une alopécie de cause générale, semblable à celle des maladies infectieuses, telles que la fièvre typhoïde, l'érysipèle; cependant, cette interprétation est loin d'être applicable à tous les faits : dans un cas publié par l'un de nous (H.) et Bureau, il s'agissait d'une altération d'apparence séborrhéique caractérisée par une rougeur diffuse et une desquamation très fine, presque microscopique; d'autres fois, la desquamation se fait en lambeaux larges et épais; les cheveux, qui persistent en petit nombre, sont décolorés, d'une gracilité extrême et effilés à leur racine : c'est la forme que l'un de nous et Bureau (2) ont décrite sous le nom de *syphilide secondaire en nappe du cuir chevelu*; il y aura lieu de rechercher si tous les faits de cette nature ne doivent pas y être englobés.

En règle générale, l'alopécie syphilitique est disposée en *clairières* : ce sont de petits ilots, ayant la configuration et les dimensions des syphilides papuleuses; ils sont disséminés sur toute l'étendue de la région; les cheveux y sont altérés et clairsemés; ils n'y tombent qu'incomplètement; au bout d'un laps de temps qui varie de quelques semaines à quelques mois, ils repoussent intégralement. Cette alopécie peut s'étendre à la barbe, aux moustaches, aux sourcils, où elle constitue, d'après A. Fournier, un signe révélateur, et même à tout le corps.

L'extension anormale de quelques ilots alopeciques peut déterminer

(1) NEISSER, *Ueber leukoderma syphilitisches* (A. f. D., 1883).

(2) HALLOPEAU et BUREAU, *Sur une syphilide secondaire en nappe du cuir chevelu simulant l'eczéma séborrhéique* (A. D., 1896).

un aspect semblable à celui de la pelade, mais les taches y sont beaucoup plus nombreuses et conservent quelques cheveux à leur surface; on n'y observe pas, comme dans la pelade, de cheveux cassés et renflés à leur extrémité brisée.

Suivant Sabouraud, la syphilis développée chez un peladique détermine l'extension, la multiplication et la persistance des plaques (?).

LÉSIONS DES ONGLES. — La syphilis secondaire peut atteindre le pourtour de l'ongle (péri-onyxis) ou l'ongle même (onyxis).

En dehors des lésions papulo-squameuses et hyperkératosiques (cor syphilitique), le péri-onyxis comprend, pour A. Fournier, deux variétés, le *péri-onyxis inflammatoire* et le *péri-onyxis ulcéreux*.

Le péri-onyxis inflammatoire est caractérisé par une tuméfaction située sur les bords ou à la racine de l'ongle; la saillie est d'une couleur foncée, dure, non douloureuse; elle persiste sous cette forme ou aboutit à l'ulcération; l'ongle peut tomber. Le péri-onyxis ulcéreux peut atteindre tout le bord de l'ongle, et même la région sus-unguéal : la tuméfaction est ici plus prononcée et plus molle que dans la forme précédente; l'ulcération est irrégulière, tapissée de bourgeons; les sécrétions deviennent facilement fétides, surtout au pied.

Ces lésions amènent toujours la chute de l'ongle; elles peuvent se compliquer d'un état végétant et même de gangrène.

A. Fournier (1) décrit cinq formes d'onyxis :

1° *Onyxis craquelé* : l'ongle est crevassé, fendillé, friable, sa partie libre s'exfolie irrégulièrement. — 2° *Décollement partiel de l'ongle* : l'ongle se mortifie partiellement; le décollement se produit de bas en haut. — 3° *Décollement total et chute de l'ongle* : l'ongle tombe sans aucune douleur; au-dessous, on constate des lésions de sa matrice, qui est sèche et squameuse; un ongle de remplacement, atrophié, déformé, remplace peu à peu l'ongle disparu. — 4° *Pachyonyxis* : c'est un épaississement irrégulier de l'ongle, parfois considérable; la surface de l'ongle reste lisse. — 5° *Elionyxis* : il se produit dans cette forme des altérations cratériformes de l'ongle qui peuvent siéger au niveau de sa matrice ou de son lit.

Enfin il existe des troubles trophiques (scléroses, stries, piqueté) qui se rattachent à l'infection et sont semblables à ceux qu'on rencontre dans les grandes maladies infectieuses (2). (L.)

(1) A. FOURNIER, *Traité de la syphilis*, t. I.

(2) **Syphilides des muqueuses.** — Sur les muqueuses, les lésions secondaires, identiques au point de vue histologique aux lésions de la peau, en diffèrent par la chute des couches superficielles. Les papules sont représentées par des érosions, qui portent le nom banal de *plaques muqueuses*. Elles sont souvent, d'après l'un de nous (L.), compliquées du fait d'infections secondaires qui peuvent contribuer à déterminer, soit une ulcération, soit un état végétant.

Nous signalerons sur ces membranes :

1° Des *muco-syphilides* érosives et papulo-érosives;

2° Des *muco-syphilides* végétantes;

3° Des *muco-syphilides* ulcéreuses et diphtéroïdes.

Muco-syphilides érosives et papulo-érosives. — La « plaque muqueuse » buccale

SYPHILIDES TERTIAIRES

Caractères généraux des syphilides tertiaires. Classification. — Les caractères des syphilides tertiaires sont beaucoup plus simples

se manifeste, cliniquement, par une érosion peu étendue. Elle a, en général, de 2 à 8 millimètres de diamètre; elle est régulière, ronde ou ovalaire, ou allongée et fissuraire dans les plis, ceux de l'anus en particulier; sa couleur est rouge, parfois rose pâle, parfois gris blanchâtre, opaline. On y observe un léger suintement, lorsqu'on en a séché la surface.

Cette érosion est extrêmement superficielle, et n'a pas de bords élevés; parfois, son fond est lisse ou finement grenu; elle recouvre une saillie régulière, arrondie (syphilide papulo-érosive). Ce type saillant s'observe surtout à la vulve; les lésions y acquièrent des dimensions plus considérables que les simples plaques muqueuses; elles peuvent y former des nappes confluentes.

Au niveau de la bouche, les plaques s'accompagnent de signes subjectifs, souvent très légers, tels que de l'agacement, une simple gêne, parfois pénibles.

Ces syphilides érosives peuvent être extrêmement nombreuses au niveau des parties génitales et les déformer complètement.

Parfois, les syphilides érosives des muqueuses se groupent comme les syphilides cutanées, décrivant des arcs de cercle, sinon des anneaux complets. Leur nombre peut être considérable dans certaines régions.

Parmi les variétés intéressantes, nous signalerons :

Les plaques lisses de la face dorsale de la langue, plaques à contours nets, parfois très étendues, superficielles, au niveau desquelles les papilles sont abrasées;

Les formes fissuraires qu'on rencontre au niveau de l'anus, à l'angle des lèvres, etc.

Muco-syphilides végétantes. — Les syphilides végétantes sont caractérisées par le développement des papules en hauteur et en largeur; leur volume est parfois considérable. Leur surface est irrégulière, hérissée de saillies analogues à celles du papillome vénérien, mais beaucoup moins longues, non pédiculées. Elles donnent une sécrétion sanieuse qui parfois se concrète en croûtes.

Ces lésions se développent surtout à la vulve chez des femmes mal tenues; elles dégagent parfois une odeur intolérable et s'accompagnent d'un œdème local intense. Ces formes où, suivant l'un de nous (L.), le parasite de la syphilis n'intervient qu'à titre d'agent initial, sont douloureuses, au contraire des autres syphilides.

Muco-syphilides ulcéreuses et diphtéroïdes. — La forme ulcéreuse est rare et s'observe surtout à la vulve; parfois l'ulcération est régulière, à bords taillés à pic ou en pente douce; le fond est lisse, mais ces caractères n'ont rien de constant (Fournier); le diagnostic est parfois déterminé par le groupement des lésions qui dessinent des lignes incurvées; sinon, il ne peut souvent se faire que grâce à l'existence actuelle d'autres lésions syphilitiques ou aux commémoratifs.

Ces ulcérations secondaires se distinguent des ulcérations tertiaires par l'absence d'induration, de rénitence marquée à la base.

Les formes diphtéroïdes occupent surtout l'isthme du gosier et les régions amygdaliennes; les ulcérations, envahissantes, se recouvrent d'un détritit putrilagineux; elles peuvent s'accompagner d'adénopathies; l'un de nous (H.) a vu les cliniciens les plus expérimentés croire, en pareil cas, à de la diphtérie; les résultats, d'une part, des examens bactériologiques, d'autre part, du traitement spécifique, conduisent au diagnostic.

Les syphilides des muqueuses sont, d'une manière générale, plus difficiles à reconnaître que les syphilides cutanées; souvent, quand elles sont isolées, quand elles se réduisent à des érosions non groupées, il convient de réserver le diagnostic et de chercher des preuves plus convaincantes de la syphilis. Aux régions génitales, il faut les distinguer des érosions et des altérations dues à l'herpès, au chancre mou, aux balanites. Sur la muqueuse buccale, elles peuvent être confondues avec l'herpès, des aphtes, la perlèche, des érosions dentaires, des érythèmes bulleux, des tuberculides, la glossite exfoliatrice marginée.