

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 épaissement 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 ovale, 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.

que ceux des secondaires : lésions plus profondes, plus graves au point de vue local, elles sont beaucoup moins modifiées par les infections de surface; elles évoluent plus lentement en général; la dissémination est exceptionnelle; souvent, une région de la peau est atteinte ultérieurement à une autre; il est plus rare que dans la syphilide secondaire d'en voir plusieurs affectées simultanément. Les récidives locales sont habituelles, même lorsque la guérison a paru complète.

Des syphilides tertiaires, les unes, dites *tubercules*, sont des lésions où l'infiltration est le fait prédominant; les autres, appelées *gommès*, sont caractérisées surtout par la dégénérescence, la nécrose en masse des produits inflammatoires. Il existe en outre des lésions mixtes, tuberculo-gommeuses, tuberculo-ulcéreuses.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Cliniquement, la distinction des tubercules et des gommès est donc nette : la gomme est une masse indurée qui se ramollit, puis se liquéfie à son centre et enfin s'ulcère. Le tubercule reste induré pendant toute son évolution, et, spontanément parfois, aboutit, sans ulcération, à une cicatrice; lorsqu'il s'ulcère, c'est de la surface vers la profondeur, peut-être par le fait d'une infection secondaire; jamais il n'est le siège d'un ramollissement central, rapidement extensif comme celui de la gomme. On peut admettre que le tubercule est une lésion originellement dermique et que la gomme a en général une origine hypodermique ou périostique.

En France, jusqu'ici, on n'a pas admis de différence histologique importante entre le tubercule et la gomme. Unna, au contraire, reconnaît à la syphilide tuberculeuse (qu'il dénomme tubéreuse) des caractères microscopiques qui la séparent nettement de la syphilide gommeuse (1).

Le tubercule syphilitique offre les plus étroits rapports avec la papule; le mode de formation est identique; l'un et l'autre s'étendent le long des ramifications vasculaires; c'est seulement à une période déjà avancée qu'on relève des différences.

La syphilide tuberculeuse simple constitue un plasmome qui comprend, outre des plasmazellen, des cellules géantes, des cellules fusiformes, un tissu fibrillaire épaissi, peu de mastzellen et de leucocytes. Le plasmome ne forme pas d'accumulation cellulaire autour du réseau vasculaire; sous-papillaire, il envahit, d'une part, les papilles, de l'autre, la région supérieure du derme profond.

Il se distingue du plasmome papuleux par la présence de vaisseaux plus larges, à parois plus épaisses, entourés d'une zone claire privée de cellules, par l'épaississement plus marqué du réseau conjonctif, l'évolution plus lente des lésions cellulaires. Le tissu élastique

(1) UNNA, *Histo-pathologie*.

disparaît. Plus tard, survient une phase de régression qui commence par les papilles. La région dermique occupée par la syphilide est atrophiée, et on n'y trouve plus que du tissu fibreux, d'où la cicatrice constatée cliniquement.

Les syphilides tuberculo-croûteuses (tubéro-croûteuses d'Unna), paraissent à l'un de nous (L.) le fait d'une infection superficielle associée qui, pour Unna, est une infection « séborrhéique ». Elles répondent à des formes serpigineuses superficielles, mais terminées par cicatrices. Le début s'accompagne d'une acanthose marquée : simultanément les papilles et les fentes interépithéliales sont envahies par des leucocytes. Mais l'acanthose est transitoire et laisse place à l'hyperkératose. La croûte est formée par la couche cornée épaissie et des amas leucocytiques.

Le plasmome est mince et n'atteint qu'une faible partie du derme sous-papillaire.

La syphilide tubéro-ulcéro-croûteuse serait de même liée à une infection superficielle qui déterminerait l'ulcération.

Le mécanisme de ces lésions est discuté par Darier, qui se demande si l'ulcération est réellement liée à l'infection de la surface, et si elle n'est pas simplement due à l'oblitération vasculaire.

Tandis que le tubercule tertiaire est un *plasmome* qui s'étend le long des vaisseaux sous-papillaires et où, secondairement, le *fibrome* se développe, étroitement mélangé au plasmome comme dans le chancre et les syphilides secondaires, la gomme se développe irrégulièrement dans l'hypoderme et s'étend autour d'un point central en envahissant les points de moindre résistance; en outre, le plasmome est *central* et le fibrome *périphérique*. Le plasmome est formé de petites plasmazellen; il dégénère peu à peu et forme un amas solide d'un blanc jaunâtre ou une masse molle, grise ou rouge, de nuance jaunâtre encore.

Ainsi Unna cherche la définition de la gomme dans le processus initial; le mode de terminaison a moins d'importance. Il peut exister des gommès dermiques, mais elles restent petites, se caséifient sans se ramollir et peut-être ne se traduisent pas cliniquement, à moins d'être associées à des syphilides tuberculeuses.

Les vaisseaux sont altérés, leurs parois s'épaississent, par un double processus d'endo- et de périvasculite, mais, suivant Unna, dont la description diffère tout à fait sur ce point de celle de Marfan et Toupet, classique en France, il n'y a pas d'oblitération vasculaire (Marfan et Toupet expliquent ainsi les altérations cellulaires et interstitielles qui s'observent dans les gommès); les cellules dégénèrent individuellement, conservent longtemps leur noyau, et le tissu conjonctif se liquéfie. Le nombre des cellules géantes est en général peu élevé.

Ainsi l'ischémie n'aurait qu'une importance accessoire dans la

dégénérescence des produits syphilitiques. C'est là un exemple d'un fait général en anatomie pathologique : les dégénérescences des lésions d'origine microbienne ne peuvent en général s'expliquer d'une manière mécanique. Ainsi en est-il dans la tuberculose où la caséification atteint des cellules épithéliales dans le foie alors que la circulation sanguine persiste ; dans la morve, où les leucocytes se nécrosent au contact des globules rouges (1). Les produits toxiques d'origine microbienne sont les véritables agents des dégénérescences.

Du reste, dans le cas particulier de la gomme, les altérations cellulaires commencent avant l'oblitération des vaisseaux (Balzer).

Les gommages superficielles peuvent aboutir à la gangrène et être infectées par des agents pyogènes, d'où une invasion leucocytaire (Balzer).

SYMPTÔMES. — SYPHILIDES TUBERCULEUSES. — Nous en distinguons deux variétés cliniques suivant qu'elles sont ou non ulcéreuses.

a. Syphilide tuberculeuse non ulcéreuse. — Le tubercule syphilitique est une lésion dermique dont le volume est en général supérieur à celui de la papule. Son caractère le plus important est sa *dureté* qui le distingue de la plupart des lésions qu'on peut confondre avec lui.

La forme et les limites du tubercule ne sont pas très régulières ; il fait une saillie généralement arrondie ; sa couleur est cuivrée, violacée comme celle de la syphilide papuleuse, mais toujours plus foncée.

Son développement est des plus lents, et se poursuit d'une manière insensible pendant des mois.

La guérison, parfois spontanée, se traduit par l'affaissement de la saillie ; simultanément, il se produit une légère desquamation. La coloration de la peau reste longtemps violacée, puis devient brune et enfin tout à fait blanche. La surface cutanée est plissée, l'épiderme atrophié, souvent déprimé au-dessous des régions normales dont le sèpare parfois une limite brusque. — Ainsi, fait essentiel, la cicatrice fait partie nécessaire de l'évolution du tubercule.

Parfois, de véritables lésions épidermiques compliquent le tubercule. Ce sont des squames, des croûtes superficielles sans ulcération (syphilide tubéro-croûteuse d'Unna) ; la production enlevée, on retrouve au-dessous les caractères de la lésion dermique fondamentale.

Il est rare de voir des tubercules isolés, disséminés ; cependant le fait se produit quelquefois. En général, ils s'agglomèrent, en plaques où ils sont assez irrégulièrement distribués, au contact les uns des

(1) LEREDDE, *Étude sur l'anat. path. de la morve*. Thèse de Paris, 1893. — *Nécroses épithéliales dans la tuberculose aiguë* (Arch. de méd. expér., 1895).

autres, mais, d'ordinaire, distincts ; la plaque prend, dans toute son étendue, la coloration rouge foncé ou violacé, coloration qui s'étend peu à peu sur les bords et non brusquement comme dans les papules. Ou bien, le groupement est régulier, et on observe des figures circulaires où les tubercules sont régulièrement rangés, les plus anciens et les plus gros occupant le centre. Il s'agit là de processus locaux : la lésion initiale est un gros tubercule isolé ; il subit bientôt une évolution rétrograde ; lentement, il s'affaisse et disparaît complètement ; mais auparavant, il s'entoure le plus souvent d'un anneau d'éléments semblables, quoique moins volumineux ; cette multiplication des tubercules ne peut s'expliquer que par la migration, en dehors du foyer initial, des germes dont la prolifération en a été la cause prochaine, leur multiplication secondaire et la formation d'autres foyers, suivant le processus que l'un de nous (H.) a dénommé *intra-inoculation* (1).

Les *papules filles* ainsi engendrées peuvent être disposées suivant une ligne circulaire et former un anneau complet ; quand le cercle reste imparfait, il semble que le contagé n'ait trouvé que dans certaines directions un terrain favorable à sa germination. Ces figures peuvent continuer à s'étendre par la production excentrique de nouvelles saillies, tandis que s'affaissent les premières ; les parties primitivement occupées par l'éruption restent d'habitude cicatricielles ; les récidives dites *in situ* ne sont, en général, comme l'a établi l'un de nous (2), que des récidives dans le voisinage immédiat.

Dans la plupart des cas, les parties communes des différents cercles qui deviennent le siège d'interférences, s'affaissent et reprennent l'aspect du tégument sain ou cicatriciel, mais ce n'est pas là une règle absolue. Le volume des éléments secondaires est, comme nous l'avons dit, moindre que celui des tubercules dont ils émanent ; ce fait ne peut s'expliquer que par une diminution dans l'activité du contagé intrainoculé (H.) ou une diminution locale dans la réceptivité du tissu survenant sans doute sous l'influence des toxines engendrées par la lésion initiale.

La production de ces *intra-inoculations* secondaires est des plus remarquables, puisque le sujet est devenu réfractaire à toute nouvelle inoculation du virus ; elle ne peut être attribuée qu'à une modification du contagé pendant son développement dans l'organisme. La maladie ne doit plus alors être considérée comme demeurant généralisée ; elle n'est plus représentée que par un certain nombre de foyers qui se localisent, suivant le mode de réaction du sujet, soit dans un des éléments constitutifs de la peau, soit dans les parois artérielles, soit dans les os, soit dans le système nerveux,

(1) HALLOPEAU, *Syphilides papulo-tuberculeuses à progression excentrique* (Musée de l'hôpital Saint-Louis, fasc. 19).

(2) HALLOPEAU, *Premier congrès international de dermatol.*, 1889.

soit dans les viscères. Chacun de ces foyers peut rester longtemps inactif, puis, à un moment donné, le tissu dans lequel il est inclus devient un terrain favorable à son développement et l'on voit survenir une manifestation locale (1).

La régression spontanée peut modifier l'aspect des lésions : les éléments centraux disparaissent, en laissant une cicatrice. On observe alors, comme dans les syphilides secondaires dont elles diffèrent par la cicatrice centrale et le petit nombre d'éléments, des figures annulaires, des segments de cercle. Ces *syphilides serpigineuses tertiaires* peuvent atteindre de grandes dimensions. Elles s'observent du reste encore plus souvent dans les formes tuberculo-ulcéreuses que dans les tuberculeuses sèches. Dans les deux cas, lorsque les lésions sont anciennes, on voit sur le tronc, les membres, le cuir chevelu, de vastes zones cicatricielles bordées de tubercules rangés sur des lignes courbes, décrivant une ligne polycyclique.

Les tubercules se compliquent parfois de lésions profondes et diffuses, dues à l'infiltration syphilitique des fentes lymphatiques. Elle se traduit par un œdème de couleur foncée, parfois éléphantiasique, torpide, indolore, résistant au doigt; les tubercules font saillie à la surface, ou bien sont noyés dans l'infiltration du *syphilome*. Celui-ci est parfois découpé par de profonds sillons.

Cette complication s'observe à la face, en particulier au nez et aux lèvres. Fréquemment, des lésions palatines, des lésions du voile et la glossite tertiaire s'y associent.

b. Syphilide tuberculo-ulcéreuse. — L'ulcération du tubercule est précédée par un ramollissement superficiel, dont l'ouverture donne issue à du pus et non à un liquide gommeux. La sécrétion de l'ulcère, souvent mélangée de sang, se concrète lentement en une croûte sèche superficielle. Sa faible abondance explique l'adhérence habituelle de cette croûte enchâssée dans le bord.

Les caractères de l'ulcération sont assez variables; quelques-uns ont une importance majeure : cette ulcération se produit dans un tissu syphilité, induré; elle l'entame franchement; elle gagne en profondeur souvent plus qu'en surface; les bords sont taillés à pic et d'une couleur foncée qui est celle du tubercule syphilitique non ulcéré; aucun décollement ne se produit. La profondeur de l'ulcération s'accroît lentement, et en général s'arrête à un moment donné.

Souvent, l'ulcération des tubercules isolés paraît favoriser leur régression spontanée. Les cicatrices, plus irrégulières que celles des tubercules non ulcérés, ont les mêmes caractères généraux. Très souvent, des récives se font à leur pourtour (H.) (2). Au point de vue du groupement, de la disposition figurée, les syphilides tuberculo-ulcéreuses se comportent comme les syphilides tuberculeuses. Elles

(1) HALLOPEAU, article cité du *Musée de l'hôpital Saint-Louis*.

(2) HALLOPEAU, *Congrès de dermatologie*, 1889.

laissent des cicatrices plus profondes que celles-ci, cicatrices régulières, déprimées, dont le groupement permet souvent de reconnaître l'origine.

SYPHILIDES GOMMEUSES. — En général, nous l'avons déjà dit, les lésions tertiaires à début dermique ne présentent pas l'évolution gommeuse. Les gommages syphilitiques naissent de l'hypoderme ou même du périoste.

La gomme, à son début, est une masse arrondie, de volume variable, dure, indolore, à moins de compression des nerfs (période de *crudité*); pendant quelque temps, elle glisse sous la peau comme un ganglion tuméfié; elle grossit lentement et plus tard devient adhérente aux parties profondes de la peau; elle atteint un volume variable; il n'est pas fréquent d'observer des gommages dont les dimensions dépassent celles d'une noix; elles sont toujours plus volumineuses aux membres inférieurs que sur le reste du corps.

A un moment donné la tumeur devient moins consistante et comme pâteuse à la pression (période de *ramollissement*) (1).

La période suivante est annoncée par une rougeur foncée de la peau; la gomme adhère complètement à la surface, puis le tégument s'amincit graduellement et enfin se perfore, parfois en plusieurs points (période d'*ulcération* et d'*élimination*).

Le liquide qui s'écoule a une couleur blanche ou d'un blanc jaunâtre; il est peu abondant, séreux, mais filant; son écoulement se prolonge et, peu à peu, il entraîne des fragments filamenteux, très adhérents au tissu nécrosé central.

L'ulcération est toujours profonde; sa forme est régulière; ses bords sont taillés à pic et non décollés. Tout autour, et surtout au-dessous de l'ulcère, on trouve un tissu résistant, celui du syphilome gommeux, qui peu à peu s'élimine presque en totalité. Ces gommages peuvent s'accompagner de *gangrène*: on voit alors apparaître, dans leur partie centrale, une eschare noire et sèche qui s'étend rapidement; lorsque le processus destructif s'arrête, il se forme un sillon qui circonscrit la lésion; l'eschare se détache ultérieurement comme dans la gangrène vulgaire: ces faits sont dus, selon toute vraisemblance, à l'obstruction des vaisseaux (2).

Lorsque la gomme a eu un point de départ osseux, ou s'est développée au voisinage d'un os, on peut percevoir, dans la profondeur, une excavation, à bords surélevés, de cette partie du squelette.

La guérison spontanée se fait très lentement (période de *réparation*), lorsque tout le tissu infiltré est nécrosé; parfois, l'infiltration syphilitique et l'ulcère s'étendent (*phagédénisme gommeux*).

La cicatrice de la gomme, assez analogue à celle du tubercule, est

(1) FEULARD, *Gommages syphilitiques de la cuisse* (*Musée de Saint-Louis*, fasc. 11).

(2) FEULARD (*Le Musée de l'hôpital Saint-Louis*, fasc. 28).

plus profonde, plus étendue, régulière, blanchâtre, sauf aux membres inférieurs où elle se pigmente (Balzer) : parfois elle est cupuliforme, déprimée au-dessous de la peau voisine et on a la sensation d'un tissu raréfié.

Des observations de Mauriac, Dulong, Basset, Jullien et de l'un de nous (H.), montrent que ces gommages peuvent se localiser symétriquement. Suivant l'un de nous (H.), la première tumeur détermine, dans la région symétrique à celle dans laquelle elle s'est développée, un trouble de l'innervation trophique qui la transforme en un milieu de culture favorable pour les éléments infectieux émanant du premier foyer (1). Il a proposé (2) la même interprétation pathogénique pour les syphilides qu'il a dénommées *régionales*, celles qui, dans une même partie du corps, intéressent simultanément et, en apparence, indépendamment l'un de l'autre, le tégument et le squelette (par exemple, l'acromion et la peau de l'épaule); les tissus intermédiaires restent indemnes : il est probable que la lésion cutanée provoque, à distance, dans le squelette sous-jacent, un trouble trophique qui en fait un milieu de culture favorable au développement du contagion.

DIAGNOSTIC. — *Syphilides tuberculeuses*. — Les infiltrations syphilitiques tertiaires se distinguent en général assez facilement du *lupus*. Lorsque les caractères sont bien tranchés, ce qui est la règle, ce sont des lésions absolument indolentes, spontanément et à la pression; elles sont dures, et cette dureté se retrouve même lorsque les tissus sont extrêmement hypertrophiés; s'il y a des ulcérations, leur fond n'a pas la mollesse qui appartient aux ulcérations lupiques et sur laquelle nous avons insisté. La couleur est violacée; on ne trouve pas dans le tissu de tubercules typiques translucides, d'un jaune sucre d'orge. La marche est plus rapide, en général, dans les lésions syphilitiques que dans les lésions tuberculeuses.

Sur les membres et le tronc, les lésions syphilitiques tertiaires se distinguent de la tuberculose par leur groupement, l'absence de papillomatose qui est au contraire si fréquente dans les lésions tuberculeuses, l'évolution plus rapide. En général, on y trouve des tubercules syphilitiques qui ont des caractères précis.

Les *ulcérations épithéliomateuses* se distinguent des syphilides par leur ourlet presque cartilagineux, leur fond plat, leur dessin absolument irrégulier. Le diagnostic histologique doit être fait dans les cas douteux et permet plus rapidement le diagnostic que le traitement d'épreuve.

Gommages. — Les *gommages tuberculeuses* se liquéfient plus rapidement

(1) HALLOPEAU, *Gommages syphilitiques des régions épitrochléennes, cause probable de cette localisation* (S. F. D., 1892).

(2) HALLOPEAU, *Sur les syphilides régionales à localisations cutanées et osseuses* (S. F. D., 1894).

et plus franchement à leur centre que les gommages syphilitiques; les ulcérations consécutives aux premières ont des bords mous, décollés, de couleur livide; leur fond est fongueux, extrêmement mou; on n'y trouve pas l'aspect filamenteux qui appartient aux gommages syphilitiques.

Le *furoncle* et l'*anthrax* sont des lésions douloureuses à évolution aiguë; les bourbillons qui s'en détachent sont caractéristiques.

TRAITEMENT DES SYPHILIDES SECONDAIRES ET TERTIAIRES. — Nous ne pouvons étudier ici, dans ses détails, le traitement de la syphilis, qui repose essentiellement sur l'emploi du mercure et de l'iodure de potassium, et nous renvoyons aux ouvrages classiques où il est exposé avec les développements nécessaires. Nous rappellerons seulement qu'il doit être poursuivi avec persévérance, pendant la période secondaire, même en l'absence d'accidents visibles, par les préparations hydrargyriques employées de préférence en injections ou en frictions et aussi par l'iodure de potassium (H.); pendant la période tertiaire, par le traitement mixte. Nous ferons remarquer en outre combien, dans les lésions cutanées secondaires et même tertiaires, le traitement local est utile à la guérison.

Dans les syphilides secondaires superficielles, sans réaction épidermique notable, il n'a qu'un rôle accessoire. On peut toujours hâter la guérison des papules par des applications répétées de teinture d'iode et des bains de sublimé.

Les syphilides ulcérées, secondaires ou tertiaires, doivent être pansées à l'emplâtre de Vigo fenêtré. Cet emplâtre sera également employé de même à la surface des infiltrations syphilitiques. On peut y appliquer des compresses trempées dans une solution de sublimé à 1 p. 5 000 ou p. 10 000.

Les séborrhéo-syphilides sont justiciables des mêmes traitements que les lésions séborrhéiques communes, sans préjudice de la médication spécifique; le soufre est un agent très employé et utile dans la majorité des cas.

Les syphilides kératoplastiques seront recouvertes de Vigo, ou de pommades salicylées fortes (L.).