

un seul). — Ces médaillons sont constitués comme il suit : Deux parties, à savoir un *cadre* et un *centre*. — Le cadre, généralement ovalaire, est figuré par une zone éruptive de 2 à 3 millimètres de largeur, soit plate, soit très légèrement surélevée, rosée, et saupoudrée de quelques fines squamules ou d'une poussière farineuse. — Le centre, inclus dans cet anneau, est représenté par une surface cutanée lisse, parcourue par des hachures parallèles, de teinte un peu plus sombre que l'état normal des téguments et parfois même (on ne sait pourquoi) de tonalité gris cendré.

Ces taches ovalaires à collerette rose et à centre bistré constituent ce qu'on appelait jadis le pityriasis circinata. De par leur aspect pittoresque elles ne sauraient manquer d'appeler l'attention. Or, elles sont absolument caractéristiques de la roséole squameuse. Donc, quand on les rencontre bien nettes et bien accentuées, le diagnostic Pityriasis rosé se trouve pour ainsi dire inscrit sur la peau.

Mais, par malheur, ces médaillons ne sont pas constants. Ils peuvent faire défaut. Et alors, réduite à ses petites taches rosées, de la largeur d'une lentille ou d'une pièce de 20 centimes, l'éruption ne revêt que d'autant mieux l'aspect d'une syphilide érythémateuse. En ces conditions l'erreur est possible. A preuve le cas suivant, qu'il ne sera pas superflu de citer comme exemple :

Un de nos confrères, ayant eu la syphilis, mais s'en étant bien et longtemps traité, se marie. — Trois ans plus tard, sa femme est prise d'une éruption rosée, qui lui couvre les épaules, le tronc, la partie supérieure des bras, etc. Grand émoi. Notre confrère se trouble, se persuade avoir infecté sa femme, et me l'amène. J'examine l'éruption ; or, vraiment, on pouvait s'y tromper. De par l'aspect objectif, apparence absolue d'une roséole spécifique ; et, en outre, *pas un médaillon*, pas un seul ! En sorte (j'abrège cette longue observation) que le diagnostic ne put être établi que par la considération de quelques taches qui étaient légèrement, bien légèrement squamuleuses, et surtout (grand et formel critérium, auquel il faut toujours revenir) par l'absence de tout antécédent suspect et de tout symptôme contemporain de syphilis. — Aucun traitement ne fut institué ; l'éruption s'évanouit en cinq semaines ; et rien ne lui succéda.

Somme toute, aspect squamelleux et médaillons, voilà les éléments vrais du diagnostic différentiel en question.

Comme signe mineur et très subordonné, j'ajouterai qu'assez souvent le pityriasis rosé est quelque peu prurigineux, tandis que la roséole syphilitique ne s'accompagne jamais de démangeaisons.

5° **Roséole de l'antipyrine.** — Au nombre des multiples et parfois très bizarres accidents qui peuvent résulter de l'antipyrine figure un exanthème qu'il n'est rien d'exagéré à qualifier du nom de *roséole* d'antipyrine.

Cet exanthème, en effet, consiste sommairement en ceci : Une éruption disséminée, et toujours plus ou moins confluyente, de taches érythémateuses ; — taches rosées ou rougeâtres, quelquefois d'un rouge vif, de teinte vermillon ; — taches purement congestives et s'effaçant sous la pression du doigt ; — planes ou à peine saillantes ; — variables d'étendue entre les proportions d'une tête d'épingle et celles d'une pièce de 20 ou de 50 centimes ; — variables également de configuration, quelquefois arrondies, mais plus souvent irrégulières, surtout par fusion de voisinage.

Il apparaît ou bien quelques heures après la première ingestion d'antipyrine, ou bien après quelques jours d'usage de ce remède. — Dans l'un et l'autre cas, il se constitue toujours d'une façon singulièrement rapide, à savoir en moins d'une demi-journée.

Objectivement, c'est une roséole, une roséole vraiment presque identique comme physionomie générale à ce qu'est la syphilide érythémateuse. De là de nombreuses erreurs déjà relevées à son sujet. Ainsi, il m'est arrivé récemment d'être appelé en consultation pour un malade chez lequel une éruption d'antipyrine affectait absolument l'allure d'une roséole syphilitique et même avait été considérée comme telle en raison d'une lésion douteuse (herpès, probablement) qui s'était produite à la verge quelques semaines auparavant. L'événement démontra qu'il ne s'agissait que d'une éruption médicamenteuse, complètement étrangère à la syphilis.

Toutefois, cette éruption peut généralement être rapportée à sa véritable origine de par les considérations suivantes :

- i. — D'abord, *antécédent spécial* : absorption récente d'antipyrine.
- ii. — Éruption d'*invasion subite* et de *constitution singulièrement rapide*.
- iii. — Éruption se présentant quelquefois avec une *coloration d'un rouge plus vif*, plus ardent, plus floride, que la teinte simplement rosée de la syphilide érythémateuse.
- iv. — Possibilité de *localisations particulières*, tout à fait différentielles. — Cela s'observe dans les cas où l'éruption envahit et crible le visage à la façon d'une rougeole ; — ou bien encore alors qu'elle affecte les membres avec une surabondance éruptive tout à fait insolite. Rien de semblable dans la roséole syphilitique.
- v. — Coïncidence possible avec l'exanthème roséolique d'*autres manifestations cutanées* de même origine, mais de modalité différente, telles que : placards scarlatiniformes en nappe, ayant surtout tendance à se produire (comme pour la roséole copahique) au niveau des articulations et du côté de l'extension ; — ou bien plaques ortiées ; — ou bien formations bulleuses, œdèmes localisés, etc.
- vi. — Enfin, coïncidence possible de certains *accidents généraux* d'intoxication par l'antipyrine, à savoir : trouble brusque de la

santé, malaise, vertiges, défaillances, refroidissements, sueurs, phénomènes nerveux divers, etc.

Ces diverses considérations sont nettement et formellement distinctives. Mais on remarquera d'abord que la plupart sont éventuelles. De plus, la cause même de l'éruption peut se dérober, comme dans un cas où l'un de mes clients, ayant coutume de se traiter lui-même de migraines chroniques à l'aide de l'antipyrine, m'avait déclaré « n'avoir absorbé aucun remède auquel son éruption pût être rapportée »; ce fut seulement quelques jours plus tard que, pressé de questions par moi, il finit par m'avouer son traitement « personnel » par l'antipyrine.

Dans les cas où les données objectives de l'éruption et les autres accidents d'intoxication font absolument défaut, deux ressources seulement, mais amplement suffisantes, restent au diagnostic, à savoir : la recherche d'une influence médicamenteuse comme origine de l'exanthème, avec interrogatoire spécial sur l'antipyrine; — la recherche et l'exclusion de la syphilis de par l'anamnèse et l'absence de toute manifestation spécifique actuelle.

En l'espèce, comme pour le copahu, comme pour tous les autres remèdes éruptifs, l'erreur à commettre n'est presque toujours qu'une erreur *de surprise*, par ignorance de la cause. Tout est donc de penser à l'antipyrine comme cause possible d'exanthème roséolique.

ROSÉOLES A RÉCIDIVES MULTIPLES.

Un point des plus curieux exige ici une digression que je m'efforcerai de rendre le plus courte possible.

Il est des syphilis surabondamment fécondes en éruptions roséoliques. Sur quelques malades on voit des éruptions de roséole se produire et se reproduire jusqu'à *trois, quatre, cinq, six, huit et dix* fois. A preuve un de mes clients qui, affecté de syphilis en 1893, a présenté depuis lors *dix* éruptions érythémateuses, lesquelles ont été diagnostiquées « roséoles syphilitiques » non pas seulement par moi, mais par plusieurs de mes collègues auxquels j'ai adressé le malade pour requérir leur avis, notamment par un dermatologiste expert entre tous, mon cher et éminent collègue le D^r Besnier (1).

Les faits de ce genre ne s'observent guère que dans la clientèle de ville. Ils ne se présentent pas à l'hôpital, et cela pour deux raisons : parce que, d'abord, il est exceptionnel à l'hôpital qu'on puisse suivre des malades pendant une longue série d'années; et parce que, d'autre part, il s'agit en l'espèce de symptômes pour lesquels les malades ne viennent guère consulter à l'hôpital. Un ouvrier, un employé, qui a

(1) J'ai relaté une série d'observations de ce genre dans une récente publication *Roséoles syphilitiques à récurrences multiples*, in *Ann. de dermat. et de syphil.*, octobre 1896).

besoin de son labeur quotidien pour gagner sa vie, ne perdra pas une de ses journées pour venir à nos cliniques nous montrer quelques taches cutanées qui ne lui font aucun mal, qui ne sont pas de nature à l'inquiéter et que, d'ailleurs, il aura à peine remarquées le plus souvent. Tandis qu'un homme du monde, qui a son temps libre, qui a plus soin de sa personne, qui ne recule pas devant le prix d'une consultation, ne manquera guère de venir consulter son médecin pour des « rougeurs » au sujet desquelles il tient à être renseigné.

A divers égards, ces roséoles à récurrences singulièrement multiples sont bien faites pour créer de réelles préoccupations aux malades et aux médecins. Elles méritent donc d'être étudiées avec soin.

Fréquence. — Elles sont rares, certes, mais beaucoup moins rares qu'on ne le croit généralement. J'en compte plus d'une centaine de cas dans mes relevés cliniques de ville, et j'en garde beaucoup d'autres en souvenir.

Nombre de récurrences. — A ce point de vue, l'analyse de 33 cas (les seuls sur lesquels j'ai conservé des notes étendues et précises) me fournit les chiffres que voici :

5 cas où l'exanthème roséolique s'est produit.....	2 fois.
7 — — — — —	3 —
4 — — — — —	4 —
8 — — — — —	5 —
5 — — — — —	6 —
2 — — — — —	7 —
1 — — — — —	8 —
1 — — — — —	10 —

Échéances d'apparition. — A quelles échéances se sont produites ces invasions successives de l'exanthème roséolique ?

Défalcation faite de la poussée initiale (qui n'est pas en cause pour l'instant), voici ce que m'a fourni, à ce point de vue, le dépouillement des cas en question :

Au cours de la <i>première</i> année.....	33 fois.
— <i>seconde</i> —	41 —
— <i>troisième</i> —	19 —
— <i>quatrième</i> —	10 —
— <i>cinquième</i> —	5 —
— <i>sixième</i> —	3 —
— <i>dixième</i> —	1 —
— <i>onzième</i> —	1 —

Étiologie. — Une condition étiologique singulière se présente à relever ici. C'est que ces exanthèmes roséoliques récidivants sont presque exclusivement l'apanage de *sujets qui se sont traités*, parfois même de sujets qui se sont correctement et longtemps traités.

Et, en effet, sans exception aucune, toutes les observations que j'ai recueillies en l'espèce sont relatives à des malades qui se sont

traités et (réserve faite pour un seul cas) traités par le mercure; — la plupart aussi à des malades ayant suivi un traitement sérieux ou pour le moins moyen; — quelques-unes même à des malades ayant subi un traitement de longue haleine, pendant plusieurs années.

Avec quelque raison, donc, on a pu dire de ces exanthèmes que c'étaient là « des roséoles modifiées par le mercure ». Non pas, à coup sûr, que ce soit le mercure qu'il faille rendre responsable de ces roséoles et de leurs récurrences; mais c'est lui, suivant toute vraisemblance, qui, en mitigeant la syphilis, la contient dans des modalités *atténuées* et ne lui permet de se traduire, dans ses poussées successives, que par les plus légères, les plus superficielles de ses déterminations cutanées. J'imagine qu'une syphilis non traitée, conservant un haut degré de virulence, se tient en quelque sorte au-dessus d'accidents de semblable bénignité.

A cela près, nous ne savons rien de l'étiologie de ces roséoles à répétitions. Quelles prédispositions, quelles conditions morbides réalisent ces syphilis singulières qui, bien que traitées, récidivent avec insistance et cela toujours avec la même note, toujours sous la même modalité morbide, modalité en désharmonie avec leur âge? Nous l'ignorons absolument.

En tout cas, la *récidivité* est tellement dans l'esprit (j'allais dire dans l'humeur) de cet ordre d'exanthèmes, qu'une récurrence une fois produite est un présage presque certain d'une autre récurrence à terme peu distant. *Une roséole de retour ne tarde guère à être suivie d'une roséole de retour.* Telle est la règle. De sorte que l'éducation des malades est bientôt faite sur ce point. Ainsi, maintes fois j'ai entendu tel ou tel de mes clients me dire: « C'est toujours la même chose, docteur; vous allez me guérir de ma nouvelle roséole, mais vous verrez qu'il m'en reviendra une autre d'ici peu. » Et, le plus souvent, l'événement venait confirmer leur prévision.

Caractères cliniques. — Les roséoles à récurrences multiples présentent au plus haut degré la triade de caractères que je signalais précédemment comme distinctive des « roséoles de retour » en général. Ce sont donc des roséoles *triplement atténuées*, à savoir: *comme étendue de territoire éruptif, comme nombre d'éléments éruptifs et comme intensité de coloration.* Ce sont, en autres termes, des roséoles cantonnées sur quelques points; — appauvries, « raréfiées »; — et ne s'accusant que par une teinte rosée des plus tendres. — Quelques détails.

Par une série de décroissances successives, elles aboutissent à se réduire à un très petit nombre de taches (par exemple, une vingtaine, une quinzaine, une douzaine, une demi-douzaine), voire à quatre, à trois, et même à une seule (comme dans la curieuse observation VI de mon mémoire).

Ces taches se rencontrent le plus souvent sur les parties latérales

du thorax; moins souvent sur les flancs ou les fesses; plus rarement sur les membres.

Elles ne sont autres, au point de vue dermatologique, que des éléments érythémateux, identiques à ceux de la roséole ordinaire (1), mais souvent plus larges et représentant en général l'étendue d'un ongle ou d'une amande. — A noter que très fréquemment elles affectent le type ovalaire, sous forme de cet *ovale brisé* que j'ai décrit dans ce qui précède.

En outre, elles sont certainement d'un *rose moins intense* que la roséole ordinaire. Souvent même elles n'ont qu'une tonalité d'un rose pâle, d'un rose tendre. A ce point qu'en raison de cette atténuation de teinte on ne les voit pas toujours du premier coup d'œil et que parfois même il faut les chercher pour les trouver, en s'aidant d'une incidence favorable de lumière.

J'ajouterai que leur contour est généralement mal déterminé et semble se fondre insensiblement dans les téguments voisins.

Or, atténués de la sorte dans l'ensemble de leurs caractères, ces érythèmes de récurrence deviennent littéralement *méconnaissables*; et vraiment on n'oserait les prendre pour des roséoles, si l'on n'avait entre ces types frustes et le type usuel toute une série de degrés intermédiaires comme transition.

Évolution, durée. — A l'instar de tous les accidents de forme secondaire, les roséoles récidivantes sont spontanément résolutive. — En revanche, elles paraissent n'être qu'assez lentement résolutive. J'en ai observé plusieurs, en effet, qui, au dire des malades, dataient déjà « de plusieurs semaines, de deux mois et plus ».

En général, elles cèdent rapidement à la médication spécifique (celles de forme circinée, cependant, sont parfois quelque peu résistantes). En douze à quinze jours, au plus, le mercure en a raison, souvent même plus tôt encore (en dix jours, en huit jours). Sur l'un de mes clients, qui avait le droit de se dire « expert » en la matière, les multiples roséoles de retour qu'il avait subies s'étaient toujours dissipées « en quatre ou cinq jours » sous l'influence des pilules de proto-iodure.

Pronostic — Par elles-mêmes elles ne constituent, cela va sans dire, que des symptômes indifférents. Mais elles comportent un pronostic fâcheux d'un autre ordre, résultant de leur *effet moral*. Ce sont,

(1) On a dit que « les roséoles tardives ne sont rien autre que des *Syphilides nodulaires superficielles*, ce qu'atteste la dépression persistante qu'elles laissent à leur suite ». C'est là une erreur. J'affirme que les roséoles à récurrences multiples dont il est question pour l'instant sont constituées par de simples érythèmes de forme absolument secondaire et qu'elles ne sont jamais suivies de la moindre dépression atrophique de la peau, du plus léger stigmate. Elles sont donc très différentes de la syphilide nodulaire superficielle, type authentique et très curieux, que j'aurai à décrire plus tard au nombre des dermatoses tertiaires. — *Voy. Ann. de dermat. et de syph.*, 1895, p. 703.

en effet, des accidents qui, en raison de leurs récidives multiples, impatientent, inquiètent, découragent, voire *désespèrent* certains malades, et cela parce qu'ils constituent à leurs yeux un témoignage d'infection permanente, non curable, non accessible au traitement, destinée à « s'éterniser ». Nombre de fois j'ai entendu certains de mes clients ainsi éprouvés m'exprimer leurs doléances et leur chagrin à ce propos, en me disant : « Vous voyez bien, docteur, nous n'en finirons jamais avec cette maudite syphilis. J'ai beau faire tout ce que vous me prescrivez, j'ai beau me gorger de mercure, c'est toujours à recommencer. Me voici encore avec une nouvelle roséole, laquelle me prouve bien que je ne suis pas plus avancé dans ma guérison qu'au début de ma maladie, il y a quatre, cinq ou six ans. C'est à perdre courage, et je suis navré. »

Cependant ces inquiétudes et ces désespérances n'ont rien de légitime. D'une part, en effet, on vient toujours à bout de tels symptômes avec le traitement. Et, d'autre part, les manifestations de cet ordre ne comportent de pronostic fâcheux ni pour le présent ni pour l'avenir.

Pour le présent, l'évidence est patente. Car, presque invariablement, ces roséoles de retour servent d'expression à des syphilis *actuellement* bénignes, et souvent même leur servent d'expression unique au cours de plusieurs années.

Et, quant à l'avenir, rien ne démontre qu'elles constituent un présage défavorable. On ne les a pas signalées particulièrement, que je sache, dans les antécédents de syphilis à tertiariisme grave, et, pour ma part, je ne trouve que deux cas dans mes notes où elles aient été suivies de manifestations tertiaires (exostose dans un cas, et gomme pulmonaire dans l'autre). Je serais donc enclin à les considérer comme d'un pronostic plutôt *favorable* pour l'avenir ; ce dont je fais honneur, non pas à elles-mêmes, bien entendu, mais au long traitement motivé par la multiplicité même de leurs récidives.

Traitement. — Le traitement de ces roséoles à retours n'est autre que celui de tous les accidents spécifiques particulièrement rebelles et sujets à rechutes. C'est dire qu'il doit être *préventif* pour aboutir à devenir curatif. La méthode dite *opportuniste* (qui consiste, comme on le sait, à traiter les malades lorsqu'ils sont en cours d'accidents, pour ne plus rien leur faire dès qu'ils n'ont plus rien) trouve en l'espèce sa condamnation la plus flagrante. Car, de par expérience, elle n'a pour résultat que de laisser ces roséoles multiplier leurs récidives. La méthode *préventive*, au contraire, se présente ici avec bien d'autres garanties de succès, et c'est à elle seule, au nom de l'empirisme, qu'il convient de recourir. Comme toujours elle consistera en ceci : une série de cures intermittentes, séparées par des entr'actes de plus en plus longs.

On ne se bornera donc pas à prescrire la médication spécifique au

cours même des récidives. On la prescrira aussi *après* la disparition des accidents, et cela pour un temps toujours assez long, et cela *quand même*, j'entends en l'absence même de tout retour de l'exanthème roséolique.

J'estime qu'une série de cures spécifiques, échelonnées avec intermittences au cours des deux ou trois années consécutives à la dernière invasion de l'exanthème, n'a rien d'exagéré pour couper court définitivement à la récurrence singulière des accidents en question, non moins d'ailleurs que pour sauvegarder à d'autres titres l'avenir du malade.

C'est le *mercure* qui constitue en l'espèce le remède de choix, l'iode n'exerçant sur les formes secondaires qu'une influence médiocre, incomparablement inférieure. — On le donnera à doses moyennes, lesquelles sont généralement suffisantes. Je me suis vu forcé cependant en quelques cas d'intervenir par des doses énergiques, presque intensives, pour en finir avec des roséoles obstinément récidivantes.

Peu importe, je crois, la modalité d'administration du remède. On réussit avec toute méthode (méthode par ingestion, frictions, injections), pour peu qu'on l'emploie avec persévérance. L'essentiel, c'est la longue durée d'un traitement méthodique et intermittent.

Dernier point. — Y a-t-il identité entre les exanthèmes roséoliques récidivants que je viens de décrire et ces autres exanthèmes roséoliques qui, se produisant à une époque avancée de la syphilis, ont reçu de moi le nom actuellement adopté d'*érythèmes tertiaires* et auxquels un de mes élèves, le Dr Brauman (1), a consacré une très intéressante étude ?

Certes, des raisons multiples et valables se présentent en faveur de cette identité. Ainsi, comme j'aurai à le dire plus tard, l'érythème tertiaire n'est, somme toute, au point de vue dermatologique, qu'une roséole et une roséole vraie, sans mélange d'autres éléments éruptifs ; — une roséole exempte de tous symptômes subjectifs, notamment de prurit ; — une roséole le plus souvent circinée, à la façon des roséoles de récidive ; — une roséole spontanément et intégralement résolutive, etc. — Entre lui et une roséole de récidive le diagnostic objectif serait impossible dans bon nombre de cas. Donc, pourquoi ne pas faire de ces deux types des variétés d'une même espèce morbide ?

D'autre part, cependant, tout n'est pas identique entre ces deux types. D'abord, l'érythème circiné tertiaire se produit sans être relié à la roséole initiale par un chaînon de roséoles intercalaires. — Dermatologiquement, il se différencie des roséoles de récidive par deux points : 1° un nombre moindre d'éléments éruptifs, et 2° des éléments éruptifs généralement bien plus amples (cerces ou ovales mesurant

(1) *De l'érythème circiné tertiaire de la syphilis*, par JULES BRAUMAN, thèse de Paris, 1891.

6, 8, 10, 15, 16 centim. comme diamètre ou comme grand axe). — Il a, d'autre part, une évolution plus lente et une durée plus considérable. — Sa récédité est moindre. — Enfin et surtout, il cède bien moins facilement au traitement spécifique; souvent même il lui résiste avec une remarquable opiniâtreté.

Mais, à leur tour, ces dernières raisons sont-elles suffisantes pour séparer ce type éruptif des roséoles de récédité et en faire une espèce à part? Vraiment il y a là matière à discussion.

La question, en somme, reste indécise et réclame un supplément d'enquête.

II

SECOND GROUPE : SYPHILIDES PAPULEUSES.

Ce groupe est le plus important de tous, et se recommande à notre étude pour deux raisons : parce que, d'une part, il est le plus riche en espèces et en variétés; — parce que, d'autre part, toutes ses espèces, toutes ses variétés sont excessivement communes et comportent pour la plupart un intérêt diagnostique de premier ordre.

Échéance chronologique. — Les syphilides papuleuses composent pour une très large part les manifestations cutanées de la période secondaire, et cela du début aux termes extrêmes de cette période.

Tantôt, en effet, on les voit entrer en scène dès les premiers mois de l'infection, voire assez fréquemment comme exorde même de la période secondaire. Et tantôt, inversement, on les observe aux échéances les plus reculées de cette même période, c'est-à-dire après plusieurs années d'infection. — Il n'est même pas rare que certains de leurs types (comme la syphilide palmaire ou plantaire, par exemple) servent d'expression à ce que j'ai appelé la *syphilis secondaire tardive*, c'est-à-dire la syphilis se caractérisant encore, bien que vieillie et en pleine étape chronologiquement tertiaire, par des manifestations de formes cliniquement secondaires.

Constitution du genre. — **Papule élémentaire.** — *Modes éruptifs dérivés de la papule.* — Bien qu'assez différentes des unes aux autres comme aspect et comme physionomie générale, les formes éruptives multiples qui composent le groupe actuel n'en dérivent pas moins d'un élément commun, originel et primordial. Cet élément, c'est la PAPULE; — la papule, c'est-à-dire, dans le langage et la classification de Willan, « une petite élevation de la peau, solide et résistante, ne renfermant pas de liquide, susceptible parfois de s'éroder à son sommet, mais se terminant par résolution »; — la papule, c'est-à-dire, dans le lan-

gage anatomique actuel, une infiltration sèche, une néoplasie interstitielle et circonscrite du derme (1).

Les modifications ultérieures que peut subir dans son évolution

(1) CONSTITUTION HISTOLOGIQUE DE LA PAPULE SECONDAIRE. — Un éminent histologiste, M. le Dr Balzer, a bien voulu me remettre la note suivante sur la structure de la papule syphilitique.

« La papule est l'élément éruptif type, fondamental, des syphilides. On la trouve à l'état de pureté dans la syphilide papuleuse lenticulaire, qu'il convient de choisir pour la description générale.

« DERME. — La papule est constituée par une lésion inflammatoire bien circonscrite du derme superficiel et du chorion papillaire. Il se forme là un *amas très dense de cellules*, amas présentant une forme discoïde, mais plus épais à son centre qui s'enfoncé quelquefois en pointe dans les parties profondes du derme.

« Cette masse de cellules se groupe autour des vaisseaux, et forme autour d'eux des nodules plus ou moins larges. — Les *vaisseaux* eux-mêmes sont altérés; il y a à la fois *périvasculite* et *endovascularite*. — Suivant Unna, les cellules embryonnaires qui constituent les nodules périvasculaires sont dérivées de la prolifération des cellules fixes du tissu conjonctif (Plasmazellen ou cellules plasmatiques). Parmi ces cellules embryonnaires se voient des cellules à plusieurs noyaux et même des cellules géantes. — A la périphérie des nodules on trouve les espaces lymphatiques et fréquemment des tracts de tissu conjonctif normal. Il est manifeste par cette disposition des nodules de cellules embryonnaires que *les vaisseaux ont été le point de départ de l'infiltration cellulaire*.

« Cette infiltration peut s'étendre à toute l'épaisseur du derme en suivant les vaisseaux; et, d'un autre côté, elle arrive jusqu'au contact de l'épiderme. — Le tissu conjonctif normal a disparu dans cette infiltration; on ne le retrouve que çà et là à la périphérie des nodules périvasculaires. — Dans l'épaisseur de ceux-ci on retrouve aussi de minces fibrilles de tissu conjonctif qui séparent les cellules et contribuent à donner à la papule sa consistance ferme et son élasticité. — Le tissu élastique du derme s'est aussi considérablement raréfié; en certains points il disparaît même complètement.

« En résumé, la papule syphilitique est constituée par une infiltration plus ou moins serrée de cellules embryonnaires qui se groupent en nodules autour des vaisseaux et se substituent à la trame conjunctivo-élastique du derme sous-papillaire.

« La disposition générale de la lésion varie peu, quels que soient les rapports de la papule avec les glandes ou les follicules pileux, qu'il s'agisse de la papule lenticulaire, de la papule miliaire ou de la papule en nappe. Dans cette dernière, l'infiltration cellulaire est moins abondante; les nodules y sont moins serrés, et présentent des espaces périnodulaires dans lesquels le tissu conjonctif est mieux conservé.

« ÉPIDERME. — Dans la papule lenticulaire simple, les altérations de l'épiderme peuvent être nulles ou insignifiantes.

« Quelquefois, lorsque la papule est tendue par une infiltration cellulaire abondante, les bourgeons interpapillaires se trouvent effacés. — Quelquefois aussi la nutrition de l'épiderme est troublée, par suite de l'œdème; les espaces intercellulaires se dilatent, l'éléidine diminue dans la couche granuleuse, et la desquamation de la couche cornée est assez fréquente.

« ÉVOLUTION. — Suivant Unna, qui a suivi par une série de biopsies la disparition de la papule, la disposition nodulaire de l'infiltration des cellules devient plus facile à reconnaître à mesure que la masse des cellules devient moins serrée. Les cellules plasmatiques qui constituent les nodules subissent une dégénérescence particulière qui précède leur disparition. Leur protoplasma devient vacuolaire et s'émette en grumeaux, qui sont absorbés dans les cellules voisines et qui sont quelquefois entraînés par le courant lymphatique jusque dans les cellules de l'épiderme. Par suite de cette dégénérescence des cellules, les nodules périvasculaires deviennent de moins en moins volumineux dans la papule affaissée. Mais la disparition totale de l'infiltrat cellulaire demande beaucoup de temps, et *les traces des lésions persistent longtemps après la guérison apparente.* »