

sorte que, mise à nu par la chute de son revêtement croûteux, elle figure une véritable papule muqueuse du derme cutané.

Aussi la croûte de l'impétigo syphilitique surmonte-t-elle l'érosion dermique sans être encadrée, enchâssée par elle; condition qui la rend nécessairement peu adhérente, facilement caduque.

III. — Cette forme de syphilide n'a que fort peu de tendance à se généraliser. Presque toujours elle reste circonscrite, partielle.

Comme siège, elle offre une préférence marquée pour certaines régions, à savoir : en première ligne, les parties velues (cuir chevelu, surtout au niveau de la nuque ou de la ligne d'implantation des cheveux; barbe; sourcils; mont de Vénus); — en second lieu, la face tout entière, et plus spécialement encore le front, les ailes du nez, les commissures labiales, le sillon mentonnier. — Elle est rare au contraire sur les membres, inconnue sur les extrémités.

Comme pour toutes les syphilides de ce groupe, la résolution de cette forme éruptive se fait par le détachement des croûtes et la cicatrisation de la plaie sous-jacente.

IV. — Enfin, remarque intéressante au point de vue étiologique, la syphilide impétigineuse n'est pas la syphilide de tout le monde; il lui faut « son terrain ». Ainsi, elle n'affecte guère que les *sujets lymphatiques*, blonds, à chairs blanches, à constitution molle, comme on dit vulgairement. C'est donc surtout une syphilide de femmes, d'enfants et de scrofuleux.

Diagnostic. — La syphilide impétigineuse se différencie, en tant que dermatose, de l'impétigo vulgaire, notamment de l'impétigo scrofuleux, par les divers caractères suivants : bien que jaunes et flavescents, ses croûtes cependant sont moins dorées, moins soufrées, plus « ocreuses » que celles de ce dernier; — elles sont plus disséminées et forment moins souvent de larges nappes continues; — elles ont plus de tendance à la forme circulaire; — elles sont plus dures, plus sèches, plus cassantes; — elles occupent de préférence certains sièges assez spéciaux que je viens d'indiquer, etc... Mais on se tromperait fort si l'on comptait trouver à coup sûr dans les signes qui précèdent un témoignage démonstratif de la spécificité de l'éruption. Ces divers signes peuvent faire défaut ou être assez peu caractéristiques pour ne pas fournir de réels éléments de certitude. Si bien que, dans nombre de cas, le diagnostic de la lésion ne peut être établi que sur la considération des symptômes antérieurs ou concomitants, comme aussi sur l'exclusion d'autres causes susceptibles de produire un exanthème de ce genre.

Au reste (et cette remarque, pour trouver place ici, ne s'applique pas moins aux types éruptifs qui précèdent ou qui vont suivre), on a beaucoup exagéré la valeur qu'il convient d'accorder aux signes *objectifs* des éruptions pour le diagnostic des syphilides. Ce diagnostic, certes, peut être formulé parfois d'après certains caractères

locaux presque pathognomoniques; mais le plus souvent il réside dans les *données d'ensemble* fournies par les phénomènes antérieurs, par les symptômes contemporains, par l'évolution générale de la maladie; il réside, en un mot, bien moins sûrement dans l'appréciation d'un signe objectif isolé que dans l'examen complet du malade, complet tant au point de vue de la diathèse que de la santé générale, de la constitution, du tempérament, des antécédents morbides, etc.

III

TROISIÈME GROUPE : SYPHILIDES ULCÉREUSES SUPERFICIELLES.

Les plus tardives des formes secondaires, les syphilides ulcéreuses superficielles ne font guère invasion que dans le second semestre de la première année et, plus souvent même, au delà.

Ce qui constitue le caractère essentiel, majeur, de ce nouveau groupe, ce qui le différencie de tous les types étudiés jusqu'ici, c'est le *processus ulcéreux*, c'est l'ulcération, l'entamure réelle des tissus, ce qu'en langage vulgaire on appelle « la plaie ».

Mais, si le caractère ulcératif distingue ce groupe de toutes les syphilides précédentes, en revanche il le rapproche des syphilides d'une étape ultérieure, c'est-à-dire des syphilides tertiaires, dont le propre à toutes (réserve faite pour une seule) est de consister précisément en des lésions ulcéreuses.

Comment différencier par le langage courant les syphilides ulcéreuses secondaires des syphilides ulcéreuses tertiaires? Le bon sens répond : par une épithète empruntée au plus important de leurs caractères cliniques. Or, les syphilides ulcéreuses de la période secondaire ne sont que la miniature, la menue monnaie, si je puis ainsi parler, des syphilides ulcéreuses tertiaires, et cela surtout en ce qu'elles sont beaucoup moins creuses, moins profondes, moins excavantes que ces dernières. Il est donc indiqué tout naturellement, ce me semble, de leur appliquer la dénomination de **syphilides ulcéreuses superficielles**, par opposition aux syphilides tertiaires qui sont surtout, par rapport à celles-ci, des syphilides ulcéreuses profondes. C'est le nom, conséquemment, dont je ferai choix pour elles.

En tout cas, et pour toute une série de considérations dont j'épargnerai l'ennui au lecteur, ce nom me paraît préférable aux multiples et surannés qualificatifs (sur lesquels au reste on ne s'est jamais bien entendu) de *Syphilides phlysiacées*, *syphilides pustulo-crustacées*, *syphilides ecthymateuses*, *ecthyma plat* ou *lenticulaire* ou *érosif*, *ecthyma profond*, *impétigo rodens*, *rupia*, *pemphigus*, *syphilide pemphigoïde*, etc., etc... Simplifier, en réunissant dans un seul groupe

toutes ces prétendues entités dermatologiques, ne peut être qu'un avantage au point de vue de l'étude, voire, si je ne m'abuse, un progrès.

En quoi consiste cette syphilide ulcéreuse secondaire ? Pour l'étudier méthodiquement, il me faut envisager d'abord son élément éruptif, qui constitue le genre, puis son éruption, constituée par l'ensemble de ses lésions élémentaires.

I. — ÉLÉMENT ÉRUPTIF. — **Modalité clinique.** — La lésion constitutive du genre est une *ulcération cutanée surmontée d'une croûte*. Comment se forme-t-elle ?

Originellement, ce que l'on constate est un ilot lenticulaire d'infiltration congestive, inflammatoire, de la peau, c'est-à-dire un processus analogue à celui d'une dermite circonscrite. En un mot, c'est quelque chose de comparable à ce qui prélude à la naissance d'un furoncle.

Puis, vers les parties centrales de cette lentille de phlegmasie interstitielle du derme, décollement et soulèvement rapide de la cuticule épidermique; — modification d'aspect de cet épiderme qui (sans doute par imbibition procédant des couches sous-jacentes) change de couleur, se tend, durcit, et se transforme peu à peu en une lamelle croûtelleuse.

Au delà, accroissement en épaisseur et surtout accroissement excentrique de cette croûte, qui bientôt envahit toute la surface de la lésion, à la réserve d'une petite zone périphérique, laquelle reste d'un rouge sombre et constitue ce qu'en langage technique on appelle l'*aréole*.

Si bien qu'à l'époque où la lésion, devenue adulte, a acquis les dimensions d'une pièce de 20 ou de 50 centimes, ce qu'on voit cliniquement répond assez bien à ce qu'est un bouton de vaccin encroûté, à savoir :

Une lésion arrondie, correctement arrondie le plus souvent, constituée: 1° par une *croûte*, occupant presque toute la surface éruptive; — 2° par une fine *aréole* de contour, d'un rouge sombre.

Et c'est tout.

C'est tout, quant aux apparences. Car, si l'on va au delà de ces apparences, si l'on regarde ce qui se passe sous cette croûte, on constate tout aussitôt que cette croûte n'est qu'un masque, et que sous elle se dissimule la lésion principale, essentielle, vraie, à savoir l'**ulcération**. En effet, la croûte une fois soulevée et détachée, que trouve-t-on ? Une plaie à vif, une ulcération.

Cette ulcération entame réellement le derme. De ce fait, elle se différencie donc des simples abrasions dermiques que nous avons constatées jusqu'ici dans les syphilides papulo-croûteuses, puisqu'elle est plus creuse, plus « entamante », que ces dernières. Mais, de ce fait aussi,

elle se différencie non moins d'autres syphilides que nous étudierons plus tard sous le nom de syphilides ulcéreuses tertiaires; car elle est bien moins pénétrante, bien moins creuse, bien moins excavante et destructive que celles-ci. En autres termes, l'entamure dermique est, en l'espèce, *plus qu'une simple érosion et moins qu'une ulcération vraie*. On pourrait la dire une sub-ulcération; mais pour ne pas créer de mots nouveaux, je me bornerai à la qualifier d'*ulcération superficielle*. — A préciser, elle n'excave le derme que pour une épaisseur d'un quart à une moitié de millimètre, d'un millimètre au maximum et rarement.

En tant que caractères objectifs, cette ulcération n'offre rien de bien spécial, encore bien moins rien de pathognomonique. Relevons cependant les quatre attributs suivants, qui lui sont habituels :

1° Presque toujours elle est *orbiculaire* de contour, le plus souvent même géométriquement orbiculaire; — quelquefois cependant un peu ovalaire.

2° Elle est limitée par des *bords nettement entaillés*, mais peu élevés (naturellement, puisqu'elle est peu profonde).

3° Son fond est *jaunâtre* ou *rouge*, tapissé ou semé d'enduits adhérents.

4° Elle sécrète un *liquide puriforme* d'aspect, mais de qualité *concrevable* et plastique; car, si on la dénude artificiellement de sa croûte, elle ne tarde guère à se recouvrir, après deux ou trois jours, d'une croûte de formation nouvelle (1).

Elle se présente donc, à l'état permanent, recouverte d'une croûte, laquelle lui est proportionnelle comme dimensions.

Et, quand elle s'accroît, on peut en suivre le progrès par le développement, au pourtour de cette croûte, d'un soulèvement circulaire de l'épiderme, sorte de *pustulation zonulaire* qui encadre la croûte et

(1) J'ajouterai que, d'après MM. Balzer et Griffon, le liquide sécrété par ces syphilides ulcéreuses ne contiendrait pas de streptocoques, tandis que le streptocoque s'observerait toujours dans la sécrétion de l'ecthyma ordinaire, non syphilitique.

Voici, au surplus, une note que mon collègue et ami le Dr Balzer a bien voulu me transmettre à ce sujet :

« Les recherches bactériologiques que je poursuis avec M. Griffon nous ont montré des différences bien nettes entre les deux variétés d'ecthyma que l'on peut rencontrer chez les sujets syphilitiques.

« Ou bien l'on a affaire à un *ecthyma commun*, accidentellement développé sur un sujet syphilitique, et alors on trouve dans le liquide issu de cette lésion le *streptocoque*, qui est l'agent constant de l'ecthyma commun et de l'impétigo.

« Ou bien l'on est en présence d'un *ecthyma syphilitique*, lequel n'a de commun avec l'ecthyma vulgaire que l'apparence objective, et alors on ne trouve pas le streptocoque dans le pus fourni par la lésion. On n'y trouve que le staphylocoque.

« Il est vrai que l'ecthyma vulgaire sert souvent de cause d'appel à des lésions syphilitiques qui viennent se greffer sur lui.

« D'où il suit qu'il conviendrait de distinguer, dans une nomenclature rigoureuse, trois ordres d'ecthyma pouvant se rencontrer chez les sujets syphilitiques, à savoir : 1° un *ecthyma syphilitique* proprement dit, non streptococcique; — 2° un *ecthyma vulgaire*, streptococcique; — 3° un *ecthyma mixte et streptococcique*, résultant de l'association à l'ecthyma vulgaire de lésions syphilitiques secondaires. »

bientôt s'incruste à son tour en se confondant avec la croûte ancienne. A son tour, une zone nouvelle d'épiderme se soulève excentriquement, puis s'incruste, et ainsi de suite.

Variété. — Syphilide ecthymateuse (*Ecthyma syphilitique*, Syphilide pustulo-ulcéreuse, etc.). — Parfois une variante s'introduit dans le processus morbide que je viens de décrire et consiste en ceci :

Le soulèvement épidermique qui prélude à la croûte, au lieu de se faire d'une façon obscure, inapparente, effacée, se traduit au contraire par une lésion figurée, à savoir par formation de ce qu'on appelle une *pustule*. On voit alors se produire, sur le plateau de la plaque congestive initiale, une saillie en forme d'ampoule, déterminée par une petite collection purulente qui soulève l'épiderme. Cette ampoule, orbiculaire de contour et un peu aplatie de surface, offre une belle couleur jaune, soufrée, et rappelle exactement la pustule de l'ecthyma vulgaire. D'où le nom d'ecthyma syphilitique quelquefois assigné à la lésion.

Mais cette pustule n'est jamais qu'éphémère. Très rapidement, à la façon d'une pustule de vaccin ou de variole, elle s'incruste. Puis, au delà, l'ensemble éruptif redevient exactement identique à celui des formes précédemment décrites. Donc, ce n'est que par un simple détail évolutif absolument éphémère que cette variété se différencie des syphilides ulcéreuses superficielles. Cela est-il suffisant pour en faire, avec quelques auteurs, une espèce particulière?

II. — *Modalité histologique.* — L'analyse histologique a fourni de curieux renseignements sur le processus de ces syphilides sub-ulcéreuses.

Des lambeaux de peau supportant des lésions de cet ordre ont pu être excisés par biopsie, puis soumis à une série de coupes et examinés microscopiquement. Or, de ces études, entreprises et poursuivies par un histologiste des plus distingués, le Dr Balzer, a résulté la connaissance des trois points suivants :

1° En toute évidence, le processus anatomique d'où dérive la syphilide ulcéreuse est celui d'une *inflammation circonscrite* de la peau, que caractérise surtout une surabondante production de cellules embryonnaires.

2° Cette exsudation de globules blancs se produit dans toute l'épaisseur de la peau, mais surtout et d'une façon très prédominante dans ses parties *superficielles* (Voyez donc, soit dit au passage, si la dénomination de syphilide ulcéreuse *superficielle* se trouve ainsi justifiée). Là se fait une accumulation considérable de ces globules, laquelle explique : 1° la pustulation initiale déterminée par l'afflux des globules qui décolle, distend, puis soulève l'épiderme en forme de

pustule; — 2° l'ulcération, qui résulte de cette même prolifération de leucocytes, dont l'effet est d'écarter, de dissocier, puis d'étouffer et de nécrobioser les faisceaux conjonctifs, en un mot de détruire moléculairement les éléments les plus superficiels du derme.

3° Le processus originaire, celui qui fait le fond même de la lésion, est de *localisation vasculaire*, comme dans les syphilides papuleuses précédemment étudiées.

Et, en effet, il résulte ceci de l'examen minutieux des coupes histologiques : 1° que l'infiltration des cellules embryonnaires se produit avec une prédilection toute spéciale à la périphérie des vaisseaux, des artérioles notamment, autour desquelles elle constitue de véritables « manchons » plus ou moins épais (Balzer); — 2° que cette infiltration envahit aussi la trame même des artérioles, dans leur tunique externe d'abord, puis dans leur tunique interne. — « Cette intensité des lésions artérielles, dit M. Balzer, et spécialement cette endartérite témoignent bien de la part prépondérante que prend le système vasculaire dans l'évolution du processus morbide. »

Donc, à parler net, *les syphilides ulcéreuses sont d'origine vasculaire*. Ce sont des lésions de vaisseaux qui préparent et, de fait, constituent ces lésions cutanées.

Eh bien, ce dernier point, je l'affirme, est des plus curieux et des plus instructifs. Il ne contient rien moins qu'un enseignement de premier ordre, à savoir : que, dans la syphilis, les symptômes en apparence les plus dissemblables, les plus disparates, peuvent résulter d'un même ordre de lésions. Quoi de plus différent, de plus distant au premier abord qu'une hémiplegie syphilitique et une syphilide ulcéreuse? Or, voici démontré par l'anatomie que l'une et l'autre cependant sont le produit d'un seul et même processus morbide, que l'une et l'autre dérivent de lésions vasculaires, à savoir : l'hémiplegie d'une artérite du système cérébral et la syphilide d'une artérite du système cutané. Voyez le rapprochement.

III. — *Éruption.* — L'éruption, qu'il nous faut maintenant envisager d'ensemble, se compose d'un nombre plus ou moins considérable des lésions élémentaires susdécrites. Car, en sa qualité de syphilide secondaire, la syphilide ulcéreuse superficielle est un exanthème assez prodigue de lésions. Mais comme, d'autre part, c'est une syphilide secondaire tardive, qui ne se manifeste guère (sauf exceptions assez rares) qu'à une étape plus ou moins éloignée du début de l'infection, elle subit de ce fait une modification dans les deux sens que voici :

D'une part, elle est bien moins confluyente, bien moins profuse que ne l'est usuellement un exanthème secondaire :

Et, d'autre part, elle est bien moins disséminée, éparpillée, que ne l'est un exanthème secondaire. A la façon des syphilides tertiaires, elle tend déjà à se localiser *en foyers*, au moins sur quelques points.