

peuvent devenir plus considérables par coalescence et fusionnement, comme dans un cas qui a été très fidèlement reproduit par un habile artiste, M. Méheux, et qu'on trouvera représenté dans mes *Leçons cliniques sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme*, planche VI. (Je recommande cette belle figure à l'attention de mes lecteurs.) Dans ce cas, qui est absolument typique, trois ulcérations isolées (absolument identiques d'aspect au chancre simple) se voient sur la grande lèvre gauche et le périnée; — tandis que trois autres, qui se sont fusionnées par voisinage, forment sur la grande lèvre droite une plaie considérable qui ne mesure pas moins de 5 centimètres en hauteur. — En outre, une énorme nappe érythémateuse sert de cadre à ces lésions en couvrant toute la vulve et les régions périvulvaires.

Les lésions qui constituent cette modalité de syphilides n'offrent absolument rien de spécial comme objectivité. Qu'on les examine, qu'on les analyse aussi minutieusement que possible au point de vue de leur forme, de leur étendue, de leur profondeur, de l'état de leur fond, de leurs bords et de leur base, etc., on ne trouvera aucun signe qui les distingue à coup sûr d'ulcérations de nature très différente. Ce sont des *ulcérations*, et voilà tout. Car ce n'est pas, certes, en donner une caractéristique que de dire à leur propos ce que je suis réduit à en dire, à savoir :

Qu'elles sont tantôt assez superficielles et tantôt plus ou moins creuses; — qu'elles sont variables de forme, cerclées ou demi-cerclées ici, ovalaires ou elliptiques là, irrégulières ailleurs, etc.; — que leur coloration varie du jaune rougeâtre au rouge foncé et peut affecter un mélange de tons différents; — que leur fond, habituellement lisse et poli, devient en d'autres circonstances inégal et rugueux; — que leurs bords sont ou abrupts, ou taillés en pente douce, ou relevés en crêtes; — que leur base, ordinairement souple, se double parfois d'une certaine rénitence; — que leur suppuration, enfin, est généralement assez abondante et plus franchement composée de pus que celle des autres syphilides muqueuses, etc. Dans tout cela, je le répète, il n'est rien de spécial, rien de propre à ces lésions. De ces divers attributs, il n'est pas un seul qui ne soit absolument banal, qui ne puisse figurer dans la symptomatologie d'une ulcération quelconque, spécifique ou vulgaire.

A peine les syphilides ulcéreuses trouvent-elles parfois un élément diagnostique dans une particularité de configuration que voici. Il n'est pas rare qu'elles présentent une tendance manifeste à la *forme cerclée* ou à un dérivé de cette forme, et cela soit comme contour de lésions isolées, soit comme mode de groupement de lésions voisines. Ainsi, tantôt on les trouve constituées par des ulcérations arrondies, cerclées, dessinant une couronne, une demi-lune, un fer à cheval, etc.; et tantôt on voit une série de leurs lésions s'agencer les unes par

rapport aux autres suivant une ligne courbe, un demi-cercle, un croissant. Ce mode spécial de configuration, quelque variété d'ailleurs qu'il affecte, est quelquefois assez nettement accentué pour servir utilement au diagnostic différentiel.

Malheureusement, ce dernier signe fait défaut en bon nombre de cas. Et alors, comme il est à peu près le seul qui donne aux syphilides ulcéreuses une physionomie tant soit peu particulière, on peut être fort embarrassé pour porter un jugement sur la nature de ces lésions. Les plus habiles s'y trompent, et les plus habiles même sont ceux qui hésitent le plus à se prononcer sur de tels cas, parce qu'ils connaissent mieux que d'autres les difficultés d'un semblable diagnostic. Aussi bien, ce diagnostic, disons-le, ne peut-il souvent être établi que sur la considération des accidents concomitants et des commémoratifs; ce qui m'amène à répéter encore ici ce précepte général de syphiligraphie, à savoir : que la spécificité d'une lésion soupçonnée syphilitique doit être établie non pas sur les seuls attributs de cette lésion, mais sur un ensemble de symptômes, sur un groupe de phénomènes actuels ou passés, sur une *série* morbide, sur une *évolution* pathologique.

Diagnostic. — Le chancre simple est, par excellence, la lésion avec laquelle cette forme de syphilide risque le plus d'être confondue. On peut même dire qu'en fait elle a été confondue avec lui jusqu'à une époque très voisine de la nôtre, car on ne trouve nulle part, dans les écrits de nos devanciers, un effort pour l'en distinguer.

Du reste, la méprise, en l'espèce, est plus que facile cliniquement, comme explicable aussi par d'excellentes raisons, à savoir : identité de siège entre les deux lésions; — analogie, voire quasi-identité de caractères cliniques, toutes deux étant constituées par des ulcérations, et par des ulcérations circonscrites, plus ou moins creuses, plus ou moins larges, suppurant assez abondamment, souples de base, etc. Aussi est-il souvent très difficile de les différencier. Je dirai même que c'est là, très sûrement, *un des diagnostics différentiels les plus ardues, les plus délicats, de toute la syphiligraphie.*

D'autre part (et j'appelle l'attention sur ce point), il se rattache à la distinction clinique de la syphilide ulcéreuse et du chancre simple un *intérêt doctrinal*, et un intérêt doctrinal de premier ordre. C'est qu'en effet une confusion commise entre ces deux espèces morbides n'aboutit à rien moins que ceci : la négation du chancre simple en tant qu'espèce morbide distincte de la syphilis, c'est-à-dire la négation du *dualisme*, une des plus importantes conquêtes de la science contemporaine. Et voici comment.

Supposez une contamination dérivant d'une syphilide ulcéreuse. Qu'en résultera-t-il? Un chancre induré sur le sujet qui a reçu la contagion. Or, que cette syphilide ulcéreuse ait été prise indûment pour un chancre simple, voyez la conséquence d'une telle erreur.

On dira, on ne manquera pas de dire : « Voilà une *syphilis dérivant par contagion d'un chancre simple*. Donc le chancre simple est un accident qui appartient à la syphilis, puisqu'il transmet la syphilis. Donc, la doctrine dualiste est un mythe, une erreur, que l'observation condamne. »

Et c'est de la sorte, en effet, qu'on a maintes fois raisonné, au nom de tels faits et grâce à de telles méprises. Très positivement, la syphilide ulcéreuse génitale confondue indûment avec le chancre simple a été longtemps la pierre d'achoppement de la doctrine dualiste. C'est elle qui (avec le chancre céphalique, dont j'ai parlé précédemment) a fait que Ricord n'a pas osé trancher le nœud gordien qui semblait rattacher le chancre simple à la syphilis. C'est elle aussi qui m'a trompé, alors que, jeune encore, j'émettais l'opinion d'après laquelle « un chancre simple développé sur un sujet syphilitique pouvait déterminer par contagion un chancre syphilitique (1) ». Et pourquoi, comment ai-je été conduit à cette erreur ? Parce que, ne connaissant pas à cette époque la syphilide ulcéreuse génitale, je l'avais prise pour un chancre simple. Ce n'est que plus tard et après avoir fait mon éducation personnelle sur cette syphilide ulcéreuse que j'ai dû reconnaître ma méprise et venir à résipiscence.

Donc, un double intérêt, clinique et doctrinal, se rattache au diagnostic différentiel en question, qu'il me reste maintenant à étudier.

De quels éléments disposons-nous pour instituer ce diagnostic ?

I. Il est des cas, d'abord, où la nature de la lésion ressortira *ipso facto* des commémoratifs, et cela en raison de la *spontanéité de développement* de ladite lésion. Je m'explique.

Un sujet syphilitique (homme ou femme, n'importe, car ce que je vais dire est aussi bien applicable à un sexe qu'à l'autre) est affecté d'une lésion ulcéreuse des organes génitaux, à propos de laquelle, après mûr examen, le diagnostic différentiel s'est restreint à ces deux hypothèses : syphilide ulcéreuse ou chancre simple. Or, le malade, je suppose, déclare n'être affecté de cet accident que depuis quelques jours et ne s'être exposé à aucun risque de contagion depuis fort longtemps, soit, par exemple, trois à six mois. Dans ces conditions, en toute évidence, la lésion ne peut être qu'une syphilide ulcéreuse, par exclusion forcée du chancre simple, lequel n'attend pas trois à six mois pour se produire à la suite d'une contamination. La spontanéité de développement, en dehors de toute contagion possible, atteste donc ici la syphilide ulcéreuse, par élimination nécessaire du chancre simple.

Le diagnostic peut tirer parti, à l'occasion, de cette considération

(1) A. FOURNIER, *Recherches sur la contagion du chancre* (Adrien Delahaye, Paris, 1857).

toute spéciale et majeure. Mais, sans que j'aie besoin de le dire, on voit l'écueil où peut sombrer un tel diagnostic, exclusivement basé sur l'assertion d'un malade qui peut tromper ou se tromper lui-même en ne tenant pas compte d'un rapport qu'il ne croit pas suspect. Donc, cherchons mieux.

II. Trois signes, tous éventuels à la vérité, peuvent parfois concourir à déterminer le diagnostic, à savoir :

1° *Coexistence d'un bubon aigu, inflammatoire*. — Cela sera une forte présomption en faveur du chancre simple, qui s'accompagne souvent d'une complication de cet ordre, tandis que les syphilides de tout genre ne provoquent que d'une façon très exceptionnelle un retentissement phlegmasique vers les ganglions.

2° *Configuration arciforme de la lésion*. — Quelquefois les syphilides ulcéreuses se constituent sous forme de lésions demi-cerclées, arciformes, en demi-lune, en croissant, etc. ; — ce que ne fait jamais le chancre simple.

Cette configuration est donc distinctive. Malheureusement, ce n'est là qu'une particularité assez rare.

3° *Multiplicité et inégalité de développement des diverses lésions*. — Très habituellement le chancre simple est multiple (c'est la règle) et multiple même à un bien plus haut degré que ne l'est en général la syphilide ulcéreuse, laquelle d'ailleurs est souvent discrète, voire parfois solitaire.

D'autre part (et ceci a une bien autre signification pour le diagnostic), les lésions par lesquelles se traduit le chancre simple sont très souvent de deux ordres : d'abord, des chancres simples *adultes*, bien constitués, d'une étendue moyenne (celle, par exemple, d'une pièce de vingt ou de cinquante centimes) ; puis, à leur pourtour, des chancres simples *jeunes* ou même *naissants*, de taille naturellement proportionnelle à leur âge, c'est-à-dire petits, très petits ou même embryonnaires. — Ajoutons que ces petits chancres sont souvent les plus caractéristiques de tous, en raison de leur excavation notablement creuse par rapport à leur minuscule diamètre ; ils sont *presque aussi creux que larges*, ce qui leur confère une physiologie toute particulière.

Cette association de *grandes* et de *petites* lésions (ces dernières résultant d'inoculations de voisinage) est tout à fait caractéristique. Elle répond bien à ce que Ricord disait plaisamment du chancre simple : « C'est un chancre qui vit en famille, entouré de ses enfants. »

Tout au contraire, les syphilides ulcéreuses, toutes de même âge généralement, ne présentent pas cette disproportion d'étendue entre leurs diverses lésions. En sorte que le diagnostic peut tirer de cette opposition de caractères un utile profit. Parfois même il ressort immédiatement et en toute évidence de ces petits chancres *satellites* qui,

je le répète, sont absolument caractéristiques. — Malheureusement encore, ce n'est là qu'une éventualité clinique, qui fait souvent défaut.

III. En l'absence possible des particularités précédentes, le diagnostic devient singulièrement difficile. Il repose alors exclusivement sur de simples données objectives d'appréciation toujours assez délicate, voire se réduisant parfois à de simples nuances, telles que celles qui peuvent résulter des divers signes suivants :

1° *État des bords.* — Avec le chancre simple, bords nets, véritablement entaillés, parfois à pic, parfois décollés. — Avec la syphilide ulcéreuse, bords moins accentués, à entamure ne formant pas arête, ou même bords inclinés en pente douce vers le fond de la plaie.

2° *État du fond.* — Avec le chancre simple, fond généralement inégal, vermoulu, alvéolaire, c'est-à-dire semé de petites dépressions. Avec la syphilide ulcéreuse, fond lisse, égal, uni. — (C'est là, à coup sûr, le meilleur des signes de cette série.)

3° *Coloration.* — Pour le chancre simple, coloration jaune ou jaunâtre, d'un ton clair, « gai », comme disait Ricord, vif, animé. — Avec la syphilide ulcéreuse, coloration ou rougeâtre, ou gris lardacé, d'un ton plus ou moins sombre.

Pour un œil exercé, les trois signes qui précèdent suffiront souvent à constituer le diagnostic avec un réel degré de certitude. Mais je ne saurais assez insister sur les deux points suivants : que, d'abord, les signes en question sont d'une appréciation délicate, minutieuse, difficile, exigeant une véritable expérience spéciale ; — et qu'en second lieu ils ne sont pas toujours assez accentués pour permettre un jugement aux médecins les plus experts, voire aux vétérans de l'art.

Aussi bien est-il de nombreux cas où le diagnostic ne peut être posé que d'après les données bactériologiques ou expérimentales qu'il me reste à signaler.

IV. Avec le chancre simple, présence, dans le pus issu des lésions, du *bacille de Ducrey* ; — absence de ce bacille dans le pus de la syphilide ulcéreuse.

V. Enfin, l'*auto-inoculation* constitue en l'espèce le critérium suprême. La syphilide ulcéreuse, en effet, répond toujours négativement à la lancette ; tandis que l'inoculation du chancre simple ne manque jamais de produire un chancre simple.

Dans les cas difficiles, non solubles par les procédés cliniques, c'est là l'unique ressource pour dissiper tous les doutes et faire la lumière.

Les éléments de ce diagnostic se trouveront réunis, pour la commodité du lecteur, dans le tableau suivant :

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA SYPHILIDE ULCÉREUSE
ET DU CHANCRE SIMPLE.

Syphilide ulcéreuse.

Chancre simple.

I. — Commémoratifs : Pour certains cas, *spontanéité de développement* absolument significative.

I. — Ne succède jamais qu'à un *rapport contagieux* ; — et lui succède à très courte échéance.

II. — Trois signes éventuels :

1° Pas d'adénopathie symptomatique ; en tout cas, jamais d'adénite aiguë, vivement inflammatoire.

1° Parfois accompagné d'une *adénite aiguë*, vivement inflammatoire et à tendance suppurative.

2° Parfois *configuration arciforme*, en demi-lune, en croissant.

2° Jamais de configuration arciforme.

3° En général, nombre plus discret de lésions ; — et lésions sensiblement égales entre elles comme proportions, non disparates en tout cas à la façon de celles qui constituent souvent une « famille » de chancres simples.

3° Souvent, lésions *multiples*, parfois même très multiples.

Et, surtout, lésions souvent *inégaies* comme développement en raison de leur inégalité d'âge. A savoir : grands chancres adultes ; — jeunes chancres plus petits ; — et chancres naissants, minuscules.

Souvent aussi, caractéristique distinctive fournie par ces chancres naissants, qui se présentent aussi *creux que larges*.

III. — Signes objectifs :

1° Bords moins accentués que ceux du chancre simple, sans entamure faisant arête.

1° Bords nets, découpés, *entaillés*, parfois à pic, parfois décollés.

2° *Fond lisse, égal, uni.* (Signe parfois presque décisif.)

2° Fond *inégal*, vermoulu, alvéolaire.

3° Coloration variable, quelquefois jaune ou jaunâtre, plus souvent rougeâtre ou d'un gris lardacé, en tout cas de ton plus ou moins sombre.

3° *Coloration jaune* ou jaunâtre, d'un ton clair, animé. (Signe quelquefois presque caractéristique pour un œil exercé.)

IV. — Absence du bacille de Ducrey dans le pus issu des lésions.

IV. — Présence, dans le pus, du *bacille de Ducrey*.

V. — Critérium expérimental : Auto-inoculation négative.

Auto-inoculation produisant un chancre simple.

Évolution. — Traitement. — Si les syphilides muqueuses des trois premiers groupes que nous avons étudiés jusqu'ici sont des accidents qui cèdent au traitement le plus simple et qui, littéralement, ne demandent qu'à guérir, il n'en est pas de même du quatrième type qui nous occupe actuellement. La syphilide ulcéreuse est de nature moins bénigne et moins docile au traitement. Elle persiste toujours un certain temps et ne cède qu'à une médication appropriée. Quelquefois même elle se montre assez rebelle, ce qui n'est pas sans

faire contraste avec la curabilité si facile des syphilides érosives ou papulo-érosives.

Sans parler du traitement général, la médication à lui opposer consiste en ceci : bains tièdes, fréquemment répétés (tous les deux jours, pour le moins, au début); — bains de siège, biquotidiens; — ablutions fréquentes, avec décoction de guimauve; — pansements soigneusement faits et renouvelés trois fois par jour avec tamponnets d'ouate hydrophile imbibés d'une solution *faible* de nitrate d'argent. La solution titrée au centième m'a paru la mieux appropriée.

Si le contact permanent de la solution argentique semble un peu irritant, je procède d'une autre façon, à savoir : matin et soir, badigeonnage des ulcérations avec un pinceau d'aquarelle imbibé de ladite solution, et pansement avec ouate sèche.

L'iodoforme, auquel il est souvent difficile d'avoir recours en raison de son insupportable odeur, est très efficace en l'espèce. On l'applique en poudre sur toute l'étendue des plaies, que l'on recouvre ensuite d'ouate; — besoin est seulement d'un pansement par jour, sauf dans les cas de suppuration abondante.

Parfois l'iodoforme est mal toléré de la sorte. Recourir alors à la pommade iodoformée (1/10), qui est toujours mieux acceptée.

La pommade au calomel (1/10) peut être aussi d'un utile emploi.

Nombre d'autres topiques ont été proposés : teinture d'iode étendue, tartrate ferrico-potassique, quinquina, poudre de calomel, onguents mercuriels, dermatol, traumatol, diiodoforme, aristol, etc., etc. J'ai souvent eu recours à tel ou tel de ces agents, comme à tant d'autres encore que j'oublie, sans leur reconnaître de réels avantages.

Enfin, à la période terminale, lorsque les plaies bourgeonnent, cautérisation au crayon de nitrate d'argent, tous les trois ou quatre jours. — Supprimer alors les pommades et les solutions, pour s'en tenir à des pansements *secs*, les plus utiles à cette période : ouate sèche, ou bien topiques pulvérulents inertes (sous-nitrate de bismuth, oxyde de zinc, talc, etc.), recouverts d'ouate.

Telles sont les quatre formes élémentaires, primordiales, auxquelles peuvent être rattachées les variétés multiples que comportent les syphilides vulvaires.

Quelques détails vont maintenant compléter l'étude de ces lésions.

Variétés.

On pourrait les multiplier à l'infini. Je me bornerai à citer ici les principales.

1° **Types associés.** — Les quatre types de syphilides vulvaires précédemment décrits ne sont pas exclusifs les uns des autres. Loin de là. Ils peuvent se combiner, s'associer, ou même, disons mieux,

ils se combinent, ils s'associent très fréquemment. Rien de plus commun, par exemple, que d'observer simultanément à la vulve des syphilides érosives et des syphilides papuleuses, des syphilides papuleuses et des syphilides papulo-hypertrophiques, des syphilides hypertrophiques et des syphilides ulcéreuses, etc. Il n'est même pas impossible de trouver ces quatre types réunis.

A remarquer cependant que la syphilide ulcéreuse, bien que pouvant s'associer à d'autres formes, se prête bien moins que les trois autres à ces combinaisons polymorphes. Bien plus souvent elle fait bande à part et s'individualise, si je puis ainsi parler, c'est-à-dire se manifeste isolément, à l'état de type exclusif.

D'autre part, il est très habituel que les syphilides muqueuses vulvaires coexistent avec des syphilides cutanées des portions cutanées de la vulve ou des régions voisines.

De là possibilité d'un certain *polymorphisme*, qui fait pendant au polymorphisme si commun des formes éruptives cutanées.

2° **Variétés de couleur.** — Les syphilides vulvaires, au lieu de se présenter avec leur teinte habituelle d'un rose foncé ou d'un rouge un peu sombre, peuvent affecter diverses colorations qui en modifient complètement l'aspect. C'est ainsi qu'elles se revêtent parfois d'enduits grisâtres ou blanchâtres qui en recouvrent toute la surface. Elles sont dites alors papules *opalines*. — Il n'est même pas rare que ces enduits soient assez épais pour ressembler à des fausses membranes, devenir lamelliformes, et donner à la papule une teinte d'un gris sale, voire (mais exceptionnellement) d'un blanc mat, opaque, rappelant assez exactement le ton de la porcelaine (papules dites *porcelaniques*). C'est à ce dernier ordre de lésions, véritablement couenneuses d'aspect, que certains auteurs ont donné le nom de papules *diphthéritiques*. Mieux vaudrait dire *diphthéroïdes*, je crois, pour ne pas importer ici une qualification empruntée à une entité morbide toute spéciale, la diphthérie, laquelle n'a rien à faire ici.

Comme merveilleux spécimen de cette variété, on peut voir au musée de l'hôpital Saint-Louis (Collect particul., n° 368) des papules vulvaires observées sur une jeune négresse. Absolument blanches, blanches comme du lait, ces papules forment un étrange contraste avec la coloration noire des téguments.

D'autres fois, les syphilides vulvaires se recouvrent par places d'enduits jaunâtres semblables à une nappe de miel ou de pus concret. Ces enduits singuliers, dont la nature reste encore à déterminer, s'observent surtout chez les jeunes sujets, notamment chez les enfants. En se concrétant au niveau des portions cutanées de la vulve, ils forment des croûtes jaunâtres, rappelant assez bien l'aspect de l'impétigo.

3° **Syphilide papuleuse caliciforme.** — En d'autres cas, la

variété dérive d'une modification de forme. Ainsi, parfois la papule muqueuse, au lieu d'être constituée par un petit plateau légèrement convexe, se déprime à son centre en forme de cupule, de lampion, de calice. On lui donne alors le nom de papule *ombiliquée* ou *caliciforme*. — Simple détail objectif qu'il suffit de mentionner.

4° **Syphilide papulo-ulcéreuse.** — Variété plus commune et beaucoup plus importante, consistant en ce que la papule, au lieu de rester érosive, *s'ulcère* véritablement. Il s'établit sur elle un travail de destruction moléculaire qui l'entame, qui la creuse et qui finit par la transformer, du moins sur une certaine portion de son étendue, en une lésion réellement ulcéreuse.

Ce processus ulcératif débute toujours par le centre de la papule et rayonne de là vers la circonférence. Tantôt il se limite à la zone centrale, tantôt il envahit une large portion, voire la presque totalité du plateau papuleux, dont le rebord en saillie figure une sorte de crête encadrant l'ulcération (1).

L'ulcération ainsi constituée aux dépens de la papule peut rester assez superficielle, ou inversement se creuser jusqu'à atteindre 2 et 3 millimètres de profondeur. Elle ne s'attaque jamais qu'au néoplasme de la lésion, et laisse intacts les tissus voisins ou sous-jacents. — Comme attributs objectifs, elle n'offre aucun signe spécial qui lui donne un cachet particulier.

Lorsque ce processus de destruction moléculaire vient à affecter plusieurs papules contiguës ou réunies en nappe, il peut de la sorte donner naissance à des ulcérations assez étendues, occupant, par exemple, toute la hauteur d'une ou des deux grandes lèvres.

Il n'est pas sans intérêt de distinguer cette syphilide papulo-ulcéreuse de la syphilide ulcéreuse proprement dite. La première, en effet, dont l'ulcération se fait aux dépens d'un néoplasme épigénétique, guérit rapidement et sans stigmates; tandis que la seconde, qui résulte d'une infiltration des téguments, est beaucoup plus résistante et susceptible de laisser des cicatrices.

5° **Variétés circinées.** — Peu communes, mais très remarquables et surtout très formelles comme signification diagnostique. — Elles ne s'observent que dans les types érosif et ulcéreux.

Ainsi :

I. La syphilide érosive se présente quelquefois sous forme soit d'anneaux à centre sain, de la dimension d'une bague environ, soit de demi-anneaux, de croissants, de demi-lunes. Une lésion de ce genre, que j'ai fait reproduire par l'aquarelle, représentait exactement un C aussi régulier, aussi correct comme dessin qu'un caractère d'imprimerie.

On a vu (mais c'est là une forme exceptionnelle) des syphilides

(1) Voy. un beau type de ce genre reproduit dans mes *Leçons cliniques sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme*, 2^e édit., Planche V, fig. 1.

arciformes se réunir bout à bout de façon à constituer une configuration générale *en arceaux conjugués* (1).

II. De même quelquefois la syphilide ulcéreuse affecte des graphiques circinés, spécialement arciformes.

Cette particularité de configuration n'est pas seulement curieuse. Elle comporte en outre un intérêt diagnostique réel, et voici pourquoi. C'est qu'en effet *il n'est guère que la syphilis qui produise sur les muqueuses génitales des lésions à graphique annulaire ou arciforme*. Lors donc qu'on rencontre à la vulve une lésion de cet ordre, on peut presque sûrement, de ce chef seul, en affirmer la spécificité.

6° **Folliculites vulvaires.** — Bien que constituant une annexe plutôt qu'une variété des syphilides vulvaires, ces lésions ont ici leur place naturelle.

Anatomiquement, elles consistent en une infiltration néoplasique analogue à celle qui constitue les papules cutanées ou muqueuses, infiltration qui se localise autour des follicules vulvaires, plutôt encore que dans les parois et le tissu même de ces petits organes. Ce sont donc, à vrai dire, des *périfolliculites* plutôt que des folliculites.

Cliniquement, elles sont constituées (du moins en apparence) par un développement hypertrophique du follicule qui s'accuse ainsi :

Sur la face externe des grandes lèvres ou sur leur bord libre, production de petites tumeurs *pisiformes*, figurant autant de saillies convexes, à relief régulièrement *hémisphérique*, et affectant le volume d'une tête d'épingle, quand elles sont jeunes, ou d'un gros pois, quand elles ont acquis leur complet développement.

Ces petites tumeurs sont rosées ou rougeâtres, sèches, et recouvertes par un épiderme intact ou légèrement squameux.

Elles sont pleines, solides, résistantes, constituées évidemment par un exsudat concret ou par un néoplasme.

Elles se développent sans douleur, et restent absolument indolentes au toucher, voire à la pression, pendant toute leur durée.

Généralement elles sont multiples. On en compte le plus souvent de trois à six. Il en existe parfois davantage, huit, dix, douze, et même, par exception, jusqu'à quinze ou vingt. Inversement, on peut n'en rencontrer qu'une ou deux, mais cela est assez rare.

Tantôt ces tumeurs sont isolées et distinctes. Tantôt elles sont réunies côte à côte par groupes de deux, de trois, de quatre. Elles peuvent alors se confondre par leur base, en restant indépendantes par leur sommet.

Au premier coup d'œil, on ne sait trop ce que peuvent être ces petits mamelons hémisphériques, et l'on serait tenté de les prendre ou pour des papules un peu plus petites et plus convexes que de

(1) Voy. Ouvrage précité, Planche VII, fig. 1.