

I. — **Syphilides muqueuses des narines et de la pituitaire.** — Les syphilides muqueuses nasales ne sont pas très communes. Elles occupent le plus souvent les *narines*, c'est-à-dire un siège de transition entre la peau et le tégument muqueux.

Là, elles se présentent sous deux formes. Tantôt elles consistent en de petites érosions limitées ou, plus souvent encore, en de simples fendillements, simulant des gerçures, des crevasses, des rhagades. — Tantôt, ce sont des boursouffures papuleuses qui, plus étendues, occupent une partie des narines. Érosives de surface et souvent excoriées par les ongles, ces lésions se recouvrent fréquemment de croûtelles jaunâtres, eczématoïdes, ou bien rendues brunâtres, presque noires par le mélange d'une certaine quantité de sang. Il n'est pas très rare de les voir affecter en couronne tout le pourtour d'une narine ou des deux narines. A preuve une pièce de ma collection du musée de Saint-Louis, où l'on voit une couronne papuleuse rouge suivre tout le pourtour extérieur de chaque narine et se continuer intérieurement par des amas croûtelleux noirâtres.

Des syphilides érosives ou exulcéreuses s'observent encore quelquefois sur la cloison nasale. — On en a aperçu, à l'aide du speculum nasi, jusque sur les cornets.

II. — **Syphilides muqueuses oculaires.** — Tout à fait rares. — Elles peuvent affecter deux points : soit les paupières, soit la conjonctive.

1. Sur les *paupières*, elles se localisent le plus souvent au niveau des *commissures*, notamment de la commissure externe. Là, elles rappellent absolument l'aspect des syphilides commissuraires labiales. C'est dire qu'à l'instar de celles-ci elles figurent un Y, dont les branches sont représentées par deux bandelettes érosives qui suivent le bord libre de chaque paupière dans l'étendue de quelques millimètres, et le pied par un sillon ulcéreux qui répond à l'angle de réunion des paupières. — Assez souvent aussi, comme pour les syphilides des commissures, leur circonférence extérieure est bordée par une collerette croûtelleuse, qui leur confère un aspect eczémateux.

Elles sont bien plus rares sur le *bord ciliaire*, où elles prennent une forme allongée, effilée. — Alors qu'elles entament quelque peu le rebord libre des paupières, elles peuvent donner lieu à une chute circonscrite des cils.

Elles ne sont guère plus communes au niveau de la *caroncule*. Là, elles s'étalent sur tout ou partie du grand angle de l'œil, sous forme d'érosions généralement grisâtres, opalines, parfois même diphthéroïdes.

Toutes ces lésions sont de facile curabilité, sous l'influence d'un traitement topique consistant en ceci : cautérisations légères au

crayon de nitrate d'argent, fomentations boriquées, onctions avec pommade au calomel, etc. — Elles ne laissent en général aucune trace de leur passage. Il faut savoir cependant que celles qui occupent le grand angle de l'œil peuvent, si on les abandonne à elles-mêmes, dévier, rétrécir ou même, a-t-on dit, obstruer les points lacrymaux. Sur une malade de la ville, j'ai vu un point lacrymal inférieur être absolument dévié en avant par le fait d'une grosse papule occupant le bord interne de la paupière correspondante.

II. — Sur la *conjonctive*, où elles sont tout à fait rares, ces lésions occupent soit le district oculaire, soit le district palpébral. — Elles s'y présentent sous deux formes :

Tantôt ce sont de simples *érosions*, superficielles, plates, rouges ou grisâtres, variables comme dimensions entre un grain de blé et une lentille, n'atteignant que rarement les proportions d'une pièce de vingt centimes.

Tantôt, et plus fréquemment, ce sont de véritables *papules*, bien individualisées, bien définies, et d'autant plus irrécusables qu'elles coïncident le plus souvent avec des papules semblables de la face et du tronc. — Ces papules sont arrondies ou ovalaires, comparables comme proportions à une lentille ou, plus rarement, à une pièce de vingt centimes, et font un léger relief à la surface de la conjonctive oculaire ou palpébrale. Elles offrent le plus souvent une couleur d'un rose jaunâtre et sont encadrées par une zone d'injection vasculaire. Elles sont gênantes, mais ne donnent lieu qu'à des troubles fonctionnels plus légers qu'on ne s'y attendrait.

J'ai fait déposer au musée de l'hôpital Saint-Louis un moulage reproduisant une de ces papules de la conjonctive très exactement semblable à une lentille et située sur le globe oculaire à quelques millimètres de la cornée. — Dans un autre cas (relaté dans la thèse inaugurale du D^r Savy, 1876), j'ai vu une papule semblable, mais d'un diamètre bien supérieur (un demi-centimètre environ) figurer une sorte de « pastille » sur la conjonctive bulbaire. — Depuis lors, de nombreux cas semblables ont été relatés, notamment par MM. Sichel fils, Dor, Terson, Guttmann, etc.

III. — **Syphilides muqueuses de l'oreille.** — Peu communes, mais plus communes à coup sûr que ne le disent les traités classiques. Ainsi, M. le D^r Hermet en a réuni plus d'une cinquantaine d'exemples dans mon seul service de Saint-Louis en l'espace de quelques années.

Elles n'affectent qu'assez exceptionnellement le pavillon de l'oreille. Bien plus souvent elles se localisent dans le *conduit auditif*, et cela surtout au niveau de ses parties les plus extérieures.

Elles se produisent sous la forme érosive ou la forme papuleuse. Mais, si peu qu'elles soient négligées, elles deviennent facilement

hypertrophiques et constituent alors des masses végétantes, fongueuses, informes, rouges, sanieuses, baignant dans un pus que la stagnation rend bientôt fétide. Par accroissement continu et par coalescence, elles peuvent aboutir à effacer partiellement la lumière du conduit auditif, voire à oblitérer complètement ce conduit. De là, tout naturellement, des troubles auditifs : diminution, puis quasi-abolition de l'ouïe.

A noter incidemment que ces productions hypertrophiques, formant une sorte de champignon sessile, ont pu être prises pour des végétations polypeuses et traitées comme telles.

A noter aussi qu'elles risquent de déterminer une violente dermite du conduit, avec accidents plus sérieux d'otite.

On a dit que ces lésions peuvent aboutir à un rétrécissement du conduit auditif et à des troubles fonctionnels persistants de l'ouïe. Je ne nie pas le fait, mais je déclare n'avoir jamais rien observé de semblable pour ma part. J'ai toujours vu, au contraire, même dans leurs formes les plus intenses, ces syphilides auriculaires — traitées, il est vrai — s'atrophier, s'effacer et guérir sans laisser de traces. Et il suffit, pour obtenir ce résultat, des soins les plus simples, à savoir : quelques cautérisations au crayon de nitrate d'argent, injections détersives fréquemment répétées, et topiques asséchants.

IV. — **Syphilides muqueuses du sein.** — C'est chez la femme, exclusivement, qu'on les observe ; — et cela sur deux localisations différentes, à savoir : 1° à la face inférieure de la mamelle et spécialement dans le sillon sous-mammaire ; — 2° au niveau du mamelon.

1. — Elles sont assez fréquentes *sous le sein*, tout particulièrement chez les femmes qui ont les mamelles flaccides et pendantes. C'est qu'en effet leur développement est alors incité et entretenu par tout un ensemble de conditions propices, telles que finesse des tissus, adossement continu de surfaces cutanées, chaleur, moiteur habituelle, etc.

La forme la plus fréquente qu'elles affectent en ce point est celle de *papules*. Ces papules sont plus ou moins nombreuses, isolées ou agminées, érosives, discoïdes, arrondies. — Elles pullulent et bourgeonnent à la fois sur cette région avec une facilité surprenante, *couvées* qu'elles sont, pour ainsi dire, par le sein appliqué sur le thorax. Aussi aboutissent-elles fréquemment à former de larges *nappes hypertrophiques*, lesquelles en certains cas envahissent toute la face inférieure de la mamelle et la partie correspondante de la poitrine (1). Sur une de mes malades de Lourcine, une de ces nappes muqueuses hypertrophiques avait atteint des proportions considérables ; elle s'étendait du sternum à l'aisselle en contournant

(1) Voy. plusieurs pièces de ce genre au musée de l'hôpital Saint-Louis.

le sein, et couvrait le thorax de bourgeons végétants sur une hauteur verticale de 10 à 15 centimètres ! Elle simulait presque de la sorte un *cancer en cuirasse* à la période d'ulcération. C'était une lésion hideuse, vraiment effrayante d'aspect. Ai-je besoin d'ajouter que ce n'était pas moins en réalité une lésion des plus bénignes, dont quelques semaines de traitement firent facile justice ?

II. — Les syphilides muqueuses sont beaucoup plus rares au *mamelon*. Elles ne s'y observent guère que chez les femmes qui nourrissent.

Elles affectent là une forme toute spéciale, à savoir la forme *fissulaire*. Elles consistent, en effet, en des érosions linéaires, allongées, qui se produisent à la base même du mamelon, sur une portion de sa circonférence. Elles rappellent exactement d'aspect une gercure, une crevasse, une rhagade. Aussi bien, dépourvues de tout caractère absolu de spécificité, peuvent-elles facilement être confondues avec les fissures du sein, si communes chez les femmes qui allaitent.

L'humectation prolongée du mamelon pendant l'allaitement et les tiraillements que subit cet organe sous l'influence de la succion constituent très certainement des causes essentiellement prédisposantes à la plaque muqueuse mammaire chez les nourrices. De là le danger, le grave danger auquel on s'expose en confiant des nourrissons sains à des femmes syphilitiques, alors même que ces femmes seraient indemnes d'accidents actuels.

V. — **Syphilides muqueuses de l'aisselle.** — Rares. — Elles ne s'observent guère que sous forme de papules érosives, irrégulières, suintantes, partiellement encroûtées en certains cas, et légèrement prurigineuses. — Quand ces papules sont quelque peu confluentes, elles ne tardent pas à s'agminer et à constituer des mamelons bourgeonnants informes, séparés en plusieurs masses par des sillons assez creux correspondant aux plis de la région. Parfois même elles prennent un développement hypertrophique (1). — Ce sont encore là, contrairement aux apparences, des lésions absolument bénignes, qui guérissent avec rapidité sous l'influence de quelques soins.

VI. — **Syphilides muqueuses de l'ombilic.** — Notablement plus communes que les précédentes. — Elles se présentent là sous la forme d'érosions ou de papules, soit rosées, soit grisâtres, parfois même opalines. — Quelquefois elles se recouvrent de croûtelles jaunâtres, ce qui n'est pas sans conférer à l'affection une certaine ressemblance avec l'eczéma.

VII. — **Syphilides muqueuses des orteils.** — Assez communes, mais ne se rencontrant d'une façon presque exclusive que dans un

(1) Voy. au Musée de l'hôpital Saint-Louis, collect. partic., pièce n° 97.

certain milieu, à savoir dans la basse classe et chez les gens à pieds chroniquement incultes et négligés. — Elles sont appelées là par des causes diverses : contact intime et permanent des orteils, comprimés par la chaussure, état de moiteur habituelle de la région, et surtout incurie, saleté.

Elles affectent trois localisations, à savoir, par ordre de fréquence : les faces latérales, c'est-à-dire contiguës des orteils; — leur face inférieure, au niveau des plis de flexion; — et leur sommet. — Jamais elles ne se portent sur leur face supérieure.

Elles varient notablement d'aspect sur ces divers points. Ainsi :

1° Sur les faces latérales des orteils, elles constituent des érosions ou, plus souvent, des papules ulcératives. Ces lésions, vulgairement appelées plaques muqueuses *interdigitales*, sont en général arrondies, souvent même correctement orbiculaires. Elles frappent immédiatement le regard par leur couleur d'un rouge intense et d'un rouge généralement foncé, vineux, *lie de vin*. Elles laissent suinter en abondance une sanie roussâtre, qui imbibe les chaussettes et les chiffons dont entourent leurs pieds les misérables affectés de telles lésions. Cette sanie, par stagnation, par décomposition, finit par exhaler une odeur d'une extraordinaire et horrible fétidité.

2° Celles de la face inférieure des orteils offrent une physionomie tout autre, en se présentant sous forme d'une *fissure profonde encadrée de callosités*. Là, en effet, c'est-à-dire au niveau des plis articulaires et notamment du pli métatarso-phalangien, elles sont constituées par une rhagade transversale, parallèle à tel ou tel de ces plis ou, pour mieux dire, occupant ce pli même, rhagade ulcéreuse et profondément ulcéreuse, rouge, ou plus souvent encore, violacée. De plus, cette rhagade est circonscrite, cernée, surtout en avant et en arrière, par deux gros bourrelets épidermiques très durs, absolument calleux.

3° Au sommet des orteils, elles siègent sur la surface inférieure de la dernière phalange, là où l'orteil s'épanouit « en spatule ». Elles forment là une sorte de *mamelon corné ulcératif*. Ce qu'on voit est ceci : d'une part, un bourgeon informe, extrêmement dur, calleux, en un mot, un véritable *cor*; et, d'autre part, au centre de ce cor, une plaie du plus mauvais aspect, creusée en cratère, déchiquetée de bords, déchiquetée de fond, d'un rouge livide et presque noir, sanieuse, saignante, etc. (1).

Il se peut qu'il n'existe qu'une de ces lésions, comme il se peut aussi (et telle est presque la règle) qu'il en existe plusieurs et d'ordres divers soit sur un pied, soit sur les deux pieds. On a même cité des cas où *tous* les orteils étaient affectés d'une façon ou d'une autre. Mais cela ne s'observe que sur des sujets d'une malpropreté sordide et d'une incurie bestiale.

(1) De nombreux spécimens de ces diverses lésions figurent dans les vitrines du Musée de Saint-Louis.

Tout s'enchaîne. Issues des causes que je viens de dire, ces lésions ne font que s'exagérer et s'accroître sous l'influence des mêmes causes naturellement persistantes. Puis arrive un moment où, à leur tour, elles deviennent l'origine d'une réaction inflammatoire plus ou moins intense. Cette réaction se traduit alors par ses phénomènes ordinaires, à savoir : rougeur périphérique plus ou moins accentuée suivant les cas, souvent intense et quasi-érysipélateuse; — tuméfaction œdémateuse, parfois considérable; — phénomènes douloureux : cuisson, chaleur locale, tension des tissus, élancements, etc.; — puis, troubles fonctionnels : difficulté et parfois impossibilité de la marche. Aussi voyons-nous les misérables affectés de telles lésions n'arriver à l'hôpital qu'en se traînant, à la façon d'invalides, quelquefois même n'y arriver que sur un brancard. — Et ce n'est pas tout. Car, en certains cas plus rares, la scène peut se compliquer d'accidents autrement sérieux, à savoir notamment de lymphangites en nappe qui tuméfient le pied d'une façon massive, éveillent une réaction fébrile importante et constituent un ensemble morbide plus ou moins alarmant.

Eh bien, en dépit de telles apparences, toutes ces lésions guérissent assez facilement dès que les malades consentent à les traiter.

Le traitement à leur opposer est naturellement variable suivant leurs formes, à cela près d'une indication commune à toutes et majeure s'il en fût : *propreté* substituée à la saleté et à l'infection.

S'il ne s'agit que de formes légères, on peut se satisfaire des quelques soins suivants : bains généraux, répétés tous les jours d'abord, puis tous les deux ou trois jours; — lotions, trois fois par jour, avec liqueur de Labarraque coupée d'eau; — assèchement, après chaque lotion; — aspersion d'une poudre isolante; — et interposition d'une couche d'ouate entre les orteils.

Mais, si l'on a affaire à des ulcérations creuses, sanieuses, inflammatoires, il convient de recourir à d'autres topiques, au moins pour un certain temps, d'autant qu'en pareil cas l'éréthisme de telles plaies s'accommode mal des pansements secs. Les topiques gras sont seuls tolérés. Ce qui réussit le mieux, c'est la pommade à l'iodoforme (à un gramme pour 10 grammes de vaseline), dont on enduit des couches d'ouate. Parfois même cette pommade irrite, et j'ai vu, pour quelques jours, la vaseline ou le cold-cream être seuls acceptés des malades. — En outre, dans les cas de ce genre, bains quotidiens, prolongés d'une à deux heures; — cataplasmes de fécule tièdes ou froids, au niveau des placards lymphangitiques; — lotions antiseptiques, etc.

C'est seulement à une époque ultérieure, alors que l'éréthisme est calmé et que les symptômes inflammatoires ont disparu, qu'on peut revenir à l'usage des pansements secs, soit à la poudre d'iodoforme, soit à la poudre d'oxyde de zinc ou de talc. — Quelques cautérisations légères au nitrate d'argent pourront activer la guérison,

Enfin, le pansement par occlusion au taffetas de Vigo ou au taffetas iodoformé trouve aussi son indication à l'époque où les phénomènes de réaction ont disparu.

Il va sans dire que le repos horizontal est indispensable, surtout au cas de complications inflammatoires.

INDURATIONS SECONDAIRES. — MÉTAMORPHOSES DU CHANCRE.

Deux questions annexes doivent actuellement trouver place ici. L'une a trait aux *indurations secondaires*, et l'autre aux « transformations du chancre », à ce qu'on appelait autrefois les « *métamorphoses du chancre in situ* ».

I. — INDURATIONS SECONDAIRES. — Pseudo-chancres. — **Signification clinique de l'induration en syphilis.** — Il n'est pas absolument rare que, d'une façon toute spontanée (1), les syphilides muqueuses *s'indurent* à l'instar du chancre, c'est-à-dire se doublent à leur base d'un exsudat néoplasique, lequel, par ses attributs, ses caractères, sa façon d'être, rappelle plus ou moins complètement l'exsudat néoplasique du chancre, le néoplasme induré de l'accident primitif. De telle sorte qu'au toucher ces syphilides fournissent la même sensation que le chancre, de telle sorte qu'elles sont *indurées* comme lui. On croirait, en explorant leur base, leur assise, avoir sous le doigt la base, l'assise, l'induration spécifique du chancre.

Il y a donc des syphilides indurées, tout comme il est un chancre induré.

J'ajouterai même, pour compléter la proposition qui précède, que ces indurations secondaires sont absolument identiques cliniquement à l'induration du chancre. A savoir :

Elles lui sont identiques, d'abord, en ce que, comme cette dernière, elles sont constituées par un néoplasme fournissant aux doigts une rénitence sèche, élastique, chondroïde même en certains cas, très différente comme sensation soit de la dureté pâteuse de l'œdème, soit de l'engorgement inflammatoire ;

Elles lui sont identiques encore en tant que lésions indolentes et aplegmatisques, c'est-à-dire se développant à froid, sans douleur, sans réaction locale, sans irradiation inflammatoire ;

Elles lui sont identiques aussi comme volume, comme développe-

(1) Il ne s'agit ici, besoin est de le préciser, que d'indurations d'ordre *spontané*, et non d'indurations artificielles pouvant dériver de cautérisations ou de certains topiques. — Ces indurations artificielles s'observent avec les syphilides secondaires comme avec le chancre et sous l'influence des mêmes conditions étiologiques (Voy. p. 76) ; mais, encore une fois, ce n'est pas d'elles qu'il est question dans le chapitre actuel.

ment, comme configuration, comme ensemble de caractères, comme physionomie générale de lésions ;

Enfin, elles lui sont identiques même (je puis le dire par avance) comme évolution et comme terminaison, en tant que lésions spontanément résolutive, aboutissant après une certaine durée à se résorber *proprio motu* et à disparaître sans laisser de traces.

En un mot, ces indurations secondaires reproduisent exactement, trait pour trait, l'induration chancreuse, et cela en coïncidence avec des manifestations d'ordre consécutif.

Sommairement, donc, le fait clinique dont il s'agit en l'espèce se résume en ceci : une lésion secondaire se présentant doublée à sa base d'une rénitence, d'une induration tout à fait assimilable à la rénitence, à l'induration qui sous-tend le chancre syphilitique.

Comme *siège*, c'est à la vulve que ces indurations secondaires s'observent le plus souvent, et cela sous la base de syphilides de divers ordres, notamment de syphilides papulo-érosives, de syphilides papulo-hypertrophiques ou même (mais plus rarement) de syphilides simplement érosives.

Elles ne sont pas rares non plus à la verge, notamment au niveau de la rainure glando-préputiale où l'on voit assez fréquemment de petites syphilides, même simplement érosives, se doubler à leur base d'une rénitence singulière, soit étalée en lamelle et parcheminée, soit même nodulaire et profonde.

De même aussi des syphilides superficielles du gland infiltrent parfois la muqueuse de cet organe et lui confèrent une véritable rénitence de parchemin. — Plus rarement on a vu des néoplasies secondaires, sous-jacentes à des syphilides, s'étaler en nappe et revêtir une large surface du gland (voire, mais exceptionnellement, le gland tout entier) d'une sorte de cuirasse rénitente, et rénitente à ce degré qu'un de mes malades comparait sa verge à « une verge de bois ».

Des indurations de même genre se rencontrent encore, mais bien moins souvent, sous les syphilides des bords de la langue, des lèvres, de l'anus, etc. (1).

Pseudo-chancres indurés de récidive. — A coup sûr, les indurations secondaires dont je viens de parler ne constituent par elles-mêmes qu'un fait clinique auquel devrait suffire une simple mention. Mais une circonstance spéciale leur rattache un intérêt de premier ordre. C'est qu'en effet **elles peuvent simuler le chancre syphilitique** et même le simulent parfois à un haut degré. Voici comment :

Que l'on suppose une syphilide papulo-érosive, circonscrite et so-

(1) Pour de plus amples détails, consulter à ce sujet un Mémoire publié par moi, sous le titre suivant : Du pseudo-chancre induré des sujets syphilitiques (*Archives gén. de médecine*, 1868).