

pagnées d'un eczéma humide, peuvent avoir une grande ressemblance avec les papules végétantes. Il ne faut jamais oublier que les papules sont l'expression d'une maladie générale et que rarement on ne les trouve localisées qu'à une seule place. Le plus souvent la muqueuse buccale, les parties génitales, l'anus ou au moins deux régions sont également prises; bientôt, en outre, on constate tous les autres symptômes de la maladie générale. Les hémorroïdes, au contraire, constituent une affection uniquement localisée autour de l'anus.

On peut en dire autant de l'épithéliome à marche rapide de la région périanale et génitale, qui se distingue nettement des papules de cette région; car bientôt, à la période où cette tumeur s'ulcère, on peut constater une tuméfaction très intense des ganglions inguinaux qui deviennent très durs.

La papule en voie de nécrose et la syphilide pustuleuse ont une grande ressemblance avec le chancre mou, dont on ne peut pas absolument les distinguer par l'inoculation, car dans les deux cas il y a formation de pustules et d'ulcérations. Les caractères qui différencient la syphilide pustuleuse nécrosée du chancre mou sont les suivants: elle naît d'un tissu infiltré sans formation de pustule; le bord de l'ulcération est délimité par un anneau de tissu infiltré, il existe d'autres papules aux parties génitales, à l'anus, dans la bouche; enfin d'autres symptômes démontrent la présence de l'infection générale syphilitique.

#### Rapport de la papule avec la syphilis générale.

Toutes les éruptions décrites jusqu'ici, qu'elles soient maculeuses, papuleuses ou pustuleuses, situées sur la peau, ou qu'elles se modifient au niveau des muqueuses et de leur voisinage, font partie de la période secondaire; elles sont, en un mot, l'expression localisée d'une maladie générale. *Cependant la papule semble, en apparence, occuper une place à part.* Dans beaucoup de cas la papule n'est que l'expression de l'infection générale, la manifestation du virus qui circule dans le sang et les autres liquides de l'organisme. *Dans d'autres cas la papule paraît avoir une origine différente.*

Nous avons, en décrivant la lésion primitive, parlé déjà de la papule d'inoculation comme d'une variété de la lésion primitive, nous avons affirmé qu'elle ne représentait qu'une forme abortive de l'infil-

tration syphilitique qui s'étend, augmente d'intensité et devient la sclérose initiale. *La papule lenticulaire sèche (la papule d'inoculation) peut donc passer pour une lésion initiale, pour une manifestation locale du virus syphilitique.*

La papule hypertrophique étendue, le condylome large, peuvent être considérés comme des lésions primitives, mais en réalité cela est bien peu fréquent.

N'oublions pas que la syphilide papuleuse hypertrophique n'est pas une forme exanthématique pure; c'est une modification qui est produite par des causes extérieures, indépendantes de la syphilis. La papule hypertrophique peut venir d'une papule lenticulaire, de même elle peut se développer en prenant pour point de départ le tissu scléreux, la lésion initiale; on peut en effet remarquer, chez la femme, la transformation de la lésion initiale en condylomes larges. Si dans un cas semblable on assiste assez tôt à l'évolution, on peut constater la lésion initiale, et quinze jours, trois semaines après, on rencontre une large papule qui peut être confondue avec la lésion initiale.

Mais la papule peut encore être prise dans un autre cas pour la lésion initiale. Nous avons vu en décrivant le syphilome qu'il représentait toujours la porte d'entrée du virus, mais que pour cela il n'était pas toujours nécessairement apparent.

Prenons un individu chez lequel on n'a pas trouvé la lésion initiale; il présente bientôt, grâce à l'infection générale, des papules aux parties génitales. On est tenté de prendre une papule de ce genre pour un chancre; elle n'est pas produite par l'action directe du virus syphilitique venant de l'extérieur et agissant localement, mais elle constitue une manifestation de l'infection générale et n'est donc pas primitive. Nous avons d'autant plus de tendance à prendre cette papule hypertrophique pour la lésion initiale que souvent elle représente l'unique symptôme de la syphilis.

*Mais les papules hypertrophiques peuvent, aussi bien que les papules sèches (je l'ai démontré expérimentalement), se développer plusieurs semaines avant l'éruption de la maladie générale, aux parties génitales surtout et dans les régions de la peau qui sont très irritées.* Si la lésion initiale manque et si nous trouvons chez un individu, qui ne présente encore aucun symptôme de la maladie générale, des papules aux parties génitales, rien de plus naturel que de les prendre pour des chancres et de les considérer comme la manifestation directe et localisée du virus syphilitique.

On pourrait encore le prouver grâce à ce fait que ces papules sont capables, tout comme les chancres, de se propager aux environs. Je m'explique : prenons une papule située sur n'importe quel point des organes génitaux; le liquide virulent sécrété par la surface de la papule, grâce au virus qu'il contient, doit par simple contact avec une partie voisine, c'est-à-dire par son action locale, produire une papule semblable. Or cette propagation locale d'une lésion initiale ou d'une papule dans le cas particulier, serait tout à fait opposée à la non-inoculabilité des autres lésions primitives au sujet qui en est porteur. Mais il est un fait certain; lorsque deux parties de peau sont en contact continu, si sur l'une d'elles il y a une papule, il s'en développera bientôt une autre sur la partie de peau correspondante; cette deuxième papule, cependant, n'est pas produite par une cause spécifique, virulente, mais par l'action mécanique et irritante de la sécrétion de la papule. On peut s'en assurer facilement : qu'on recouvre de gutta-percha la partie saine de la peau, correspondant à la papule opposée, et on verra également une papule se développer sous cette membrane protectrice, qui empêche l'action directe du virus et la macération. La nature secondaire de ces papules est donc prouvée par le fait qu'elles se développent de l'intérieur vers l'extérieur. On ne peut donc plus les regarder comme des lésions primitives.

**Psoriasis de la langue et de la muqueuse buccale.**  
**Plaques opalines.**

Cette affection bizarre, qui n'est qu'une modification de la syphilitide papuleuse, apparaît rarement comme lésion syphilitique précoce; elle accompagne les lésions syphilitiques anciennes récidivées et se distingue par une ténacité toute particulière. Dans les cas légers, elle est surtout localisée aux deux commissures labiales, de là elle gagne la muqueuse des joues, les gencives, et se propage jusqu'à la dernière molaire. La muqueuse est légèrement tuméfiée, œdématisée en ce point; à partir de la périphérie, en allant vers le centre, l'épithélium est blanchâtre, opalescent, épaissi, sans cesser d'être lisse, et paraît divisé en petits compartiments carrés ou polygonaux par une série de sillons peu profonds, minces comme un cheveu. Dans les compartiments du centre, l'épithélium fait fréquemment défaut et alors la muqueuse, érodée ou recouverte d'un enduit lardacé, est complètement à nu. Lorsque le processus augmente, la lésion peut

occuper les lèvres tout entières ou en partie. Elle peut même atteindre toute la muqueuse. On constate dans ce cas, perpendiculairement à un bourrelet de la muqueuse qui correspond à la ligne d'inclusion des dents, une série de petits bourrelets verticaux remplissant chacun l'intervalle situé entre deux dents. Cette forme particulière est désignée par les architectes sous le nom de système « *en arêtes de poisson* ».

On pourra rencontrer le même processus pathologique sur le dos, la pointe et les bords de la langue. Seulement ici l'épaississement et la chute de l'épithélium se font plus vite. Tout d'abord, l'épithélium se soulève; il se trouble au niveau des papilles tuméfiées, il peut même arriver jusqu'à la dimension d'une lentille, puis, tandis que l'épaississement de l'épithélium continue à la périphérie, l'épithélium du centre tombe; nous sommes alors en présence d'un groupe de papilles, gonflées en forme de massue, rouges, assez douloureuses, qui sont entourées par un anneau de cellules épithéliales épaissies. Deux ou plusieurs anneaux peuvent se réunir; comme aux bords et à la pointe de la langue, ces papilles sont plus exposées à l'irritation des dents, elles peuvent se recouvrir d'un enduit diphthéroïde; elles forment alors de petites masses lardacées, entourées d'un épithélium épaissi.

L'érosion du centre peut guérir, et l'épithélium redevenir normal. Il peut même se faire, lorsque la lésion continue à la périphérie, qu'il se forme au centre une nouvelle tache et un nouvel anneau. On peut avoir ainsi deux ou plusieurs anneaux concentriques.

Cette affection est très rebelle, même après l'institution du traitement antisypilitique. L'épithélium ne semble jamais reprendre sa transparence.

*C'est à cause de sa longue durée et de sa ténacité que le psoriasis de la muqueuse buccale constitue un signe précieux d'une infection ancienne. Il est d'une grande importance pour le diagnostic d'une syphilis ancienne et latente.*

La longue durée et la ténacité de ce processus pathologique tiennent sans doute à des troubles très intenses de nutrition de l'épithélium. En effet, on peut voir que des épithéliomes sont venus se greffer sur ces lésions chez des vieillards qui avaient négligé leur psoriasis ou dont les lésions étaient exposées continuellement aux irritations du tabac ou de boissons fortes. Il en existe plusieurs observations.

Ce qui prouve encore que le psoriasis des muqueuses est dû en

partie aux irritations locales, en plus de la diathèse syphilitique, c'est que cette lésion est beaucoup plus fréquente chez les hommes que chez les femmes; on la constate chez les femmes chez lesquelles on peut prouver des habitudes de tabagisme et d'alcoolisme.

Il faut faire le *diagnostic différentiel* entre le psoriasis des muqueuses et le psoriasis idiopathique ou hyperkératose de la bouche et dans quelques cas avec la stomatite mercurielle.

L'*hyperkératose de la bouche* ou *leucoplasie buccale idiopathique* se présente sous deux formes. Nous trouvons l'une d'elles surtout chez les enfants, les femmes et les adolescents; elle est presque exclusivement localisée à la langue et se caractérise par de grandes variations dans la formation et la chute de l'épithélium. Il se forme également ici des plaques d'où naissent des anneaux d'épithélium épaissi. Cependant la progression périphérique du rebord épithélial, et la desquamation centrale se font si rapidement que la plaque, de la dimension d'une lentille, est transformée du jour au lendemain en un anneau qui occupe la moitié de la largeur de la langue et se présente sous forme d'une surface rouge, dépourvue en partie de son épithélium, mais complètement indolore. Ces anneaux peuvent se réunir vers le bord de la langue et former des lignes serpentineuses, dont la direction change journellement, et qui se distinguent des syphilides par l'absence de phénomènes concomitants.

La *deuxième* forme de leucoplasie qui s'observe chez l'adulte, et surtout chez l'homme, est caractérisée surtout par sa ténacité. Ici la desquamation et l'érosion, la formation de petites ulcérations diphtéroïdes font défaut, contrairement à ce qui a lieu pour les syphilides. L'épithélium s'épaissit, constitue des plaques blanches, qui n'augmentent que faiblement à la périphérie; elles sont parfois douloureuses; plus elles sont anciennes, plus elles s'épaississent, deviennent troubles et calleuses; mais au centre on ne remarque pas de desquamation avec ses suites, non plus que d'anneau par conséquent.

La *stomatite mercurielle* ne devrait pas figurer ici, tant elle a peu de ressemblance avec l'hyperkératose. J'ai pu examiner cependant le fait suivant: dernièrement un spécialiste avait ordonné des pilules de proto-iodure, comme traitement préventif, à un malade qui avait un petit abcès sur le sillon coronaire qui limite le gland en arrière, avec une base légèrement indurée, sans aucun engorgement ganglionnaire et qu'il considérait comme syphilitique, sans cependant s'occuper des soins que nécessitait la bouche. A la suite du traitement mercuriel, la stomatite ne se fit pas longtemps attendre: la muqueuse

buccale devint blanchâtre et la langue se recouvrit d'un enduit lardacé. On crut à des lésions syphilitiques et on prescrivit des frictions. Il est vrai qu'au début d'une stomatite mercurielle, l'épithélium de la muqueuse buccale se trouble, mais d'une manière diffuse; les enduits lardacés se développent sans épaissements préalables et circonscrits de l'épithélium. Le boursoufflement considérable de la muqueuse et des gencives, la teinte livide, les hémorragies légères, les douleurs de la mastication, la salivation abondante constituent vraiment des symptômes suffisants pour ne pas confondre ces deux affections.

### C. — PAUME DES MAINS ET PLANTE DES PIEDS

En étudiant les muqueuses et les orifices naturels recouverts d'une peau mince, nous avons remarqué que, dans ces régions, les éruptions étaient très abondantes et exubérantes, parce que les couches épithéliales ou épidermiques sont minces toutes deux, et qu'il se forme à ce niveau des sécrétions qui macèrent les tissus. Or à la paume des mains et à la plante des pieds, nous verrons que, par suite de l'épaississement quelquefois excessivement calleux de l'épiderme, toutes les éruptions sont arrêtées dans leur développement et restent souvent dans un état rudimentaire.

*a. Syphilide maculeuse de la paume des mains et de la plante des pieds.* — Cette affection est rare ou du moins rarement visible. Les taches ont une teinte qui se rapproche du jaune, à cause de l'hyperhémie qui les produit; elles sont irrégulières, ne sont pas nettement limitées et ne durent que peu de temps. C'est une localisation rare d'une éruption maculeuse précoce, encore plus rare lorsque l'éruption récidive.

*b. Syphilide papuleuse, Psoriasis syphilitique de la paume des mains et de la plante des pieds.* — Cette localisation est fréquente aussi bien dans la syphilis récente que dans les cas de récidive. Elle se manifeste par la présence de petites masses infiltrées, de la grosseur d'une lentille, nettement circonscrites et brunâtres. Par suite de la pression continuelle que subit la paume des mains, elles ne dépassent que peu ou point le niveau du reste de la peau; elles ne font nullement saillie et semblent plutôt s'enfoncer dans la

peau sous forme de cônes. Elles débutent par de petites masses infiltrées, de la grosseur d'une tête d'épingle et très douloureuses. Elles arrivent rapidement au volume d'une lentille qu'elles dépassent rarement. Lorsque la syphilis est de date récente, on les trouve en groupe dans la paume des mains, sur les régions thénar et hypothénar, rarement sur les faces antérieures des doigts proprement dits. S'agit-il de la plante des pieds, la lésion occupe surtout la peau fine et mince de la voûte du pied; elle n'intéresse que rarement le talon, le bord externe et les saillies des métatarsiens. Pendant les trois premières semaines de leur existence, on peut voir à travers l'épiderme calleux et épaissi, ou qui n'a subi aucun changement, briller les masses infiltrées; peu à peu l'épiderme se desquame, les couches superficielles, situées au-dessus de la masse infiltrée, tombent; on aperçoit alors des anneaux de la dimension d'une lentille qui se délitent, et l'on voit au centre le tissu infiltré recouvert seulement par une mince couche d'épiderme. Souvent, au lieu de se desquamer, l'épiderme se détache en lamelles. Après un temps assez long, le tissu infiltré du centre peut se résorber, augmenter à la périphérie. Le rebord, qui marque à l'extérieur les progrès de l'infiltration, se déplace également à la périphérie; enfin le tissu infiltré peut se résorber complètement sans laisser aucune pigmentation visible; la desquamation cesse et il se forme de l'épiderme normal.

Dans quelques cas, les masses infiltrées sont petites, à peine visibles, recouvertes d'un épiderme très épais et sensible, qui peut, après une certaine durée, être enlevé comme un durillon et le processus finit ainsi.

Dans d'autres cas, les masses infiltrées sont minces, aplaties, très étendues et confluentes. Toute la paume de la main, surtout les éminences thénar et hypothénar, présentent une coloration rouge brun, terminée par un bord rond et nettement marqué; la pression provoque une teinte jaune; l'épiderme qui recouvre les parties malades est sec, parcheminé, crevassé dans sa partie superficielle, et se desquame souvent en petites lamelles semblables à des écailles de son.

Dans le cas de récurrence, les parties infiltrées se réunissent en groupe et prennent la forme de cercles ou de segments de cercle. Comme les masses infiltrées sont très rapprochées, les anneaux qui les indiquent superficiellement peuvent se réunir; la peau semble alors partout également colorée en rouge, et des segments de cercle limitent nettement à la périphérie les masses infiltrées; l'épiderme qui les recouvre est mince. A la périphérie on peut constater des plaques épidermiques

fendillées, disposées en arc de cercle, qui correspondent chacune à une papule. Lorsque ces papules récidivent, la masse devient plus dure, le tissu s'infiltré plus profondément que dans les formes récentes. Lorsqu'il y a récurrence de psoriasis de la plante des pieds ou de la paume des mains, il peut arriver que les masses infiltrées et dures se déchirent à la suite des flexions, des mouvements exagérés auxquels elles sont exposées; il se forme alors des rhagades enflammées, douloureuses et purulentes. Lorsque plusieurs plaques de psoriasis ancien se réunissent, toute la paume des mains ou la plante des pieds se trouvent occupées par une masse infiltrée, compacte, traversée tantôt par des rhagades saignantes et purulentes, tantôt recouverte d'un épiderme épais, écailleux, fendillé et calleux.

Pour faire le diagnostic différentiel entre le psoriasis vulgaire, la kératose, l'ichtyose et le psoriasis syphilitique, il faut se baser sur les caractères suivants: délimitation nettement circonscrite par des contours festonnés, à la périphérie nombreuses squames, avec centre au contraire à peu près ou complètement dépourvu de squames, masse infiltrée rouge brun située sous les squames et enfin coexistence d'autres symptômes syphilitiques.

#### D. — CUIR CHEVELU

Le cuir chevelu, ainsi que les cheveux, prennent part très fréquemment et de très bonne heure aux lésions de la période secondaire. Outre les éruptions syphilitiques on observe surtout ici des troubles de nutrition qui se manifestent souvent d'une façon fort vexatoire pour le malade.

Les troubles de nutrition surviennent de très bonne heure, en même temps que les autres symptômes de la période éruptive précèdent l'éruption et intéressent également le cuir chevelu et les cheveux. Le cuir chevelu présente une altération qu'on rencontre assez fréquemment seule ou simultanément avec des troubles de la nutrition générale, la *séborrhée*. Le cuir chevelu est alors recouvert de pellicules plus ou moins minces, se détachant facilement, ayant la forme de petites plaques jaunâtres. Ces squames, une fois détachées, présentent des prolongements qui s'enfoncent dans les canaux excréteurs des glandes sébacées hypertrophiées. Ces lamelles, formées de matières grasses desséchées, donnent au cuir chevelu une

consistance onctueuse, et sont dues à l'hypersécrétion des glandes sébacées. En même temps que cette séborrhée ou même en son absence, surviennent des troubles de nutrition du côté des cheveux. Les cheveux perdent leur brillant, se ternissent, se dessèchent, semblent saupoudrés de farine, et finalement tombent. Dans cette chute de cheveux, la racine qui tombe également paraît atrophiée. C'est ce qui constitue en plus ou moins grande proportion l'*alopécie syphilitique*. Elle se caractérise surtout par la chute irrégulière des cheveux, qui se fait par petites touffes. La chute des cheveux n'intéresse pas tout le cuir chevelu, et n'est pas localisée entièrement à la partie antérieure de la tête; les cheveux tombent aussi bien à la partie postérieure qu'à la partie antérieure, dans un espace circonscrit, ne dépassant pas la dimension d'une lentille, tandis qu'à côté ils poussent comme auparavant. Le cuir chevelu prend ainsi un aspect singulier; on a l'impression qu'à certaines places les cheveux ont été arrachés ou coupés. Si l'on passe la main sur la tête, dans une direction opposée à celle des cheveux qui ne doivent pas être trop longs, on aperçoit un grand nombre de petits espaces privés de cheveux et dispersés sur toute la tête. On désigne cette alopécie sous le nom d'*alopécie aréolaire* pour la distinguer de l'*alopécie diffuse*. Cette dernière affection se montre en même temps que la séborrhée, plus rarement cependant; c'est un symptôme de la période secondaire. Elle consiste dans la chute des cheveux qui peut également intéresser toute la tête ou se localiser sur la partie antérieure du cuir chevelu et sur la région temporale, et qui produit peu à peu l'éclaircissement de la chevelure. A la suite de l'alopecie diffuse, comme après l'alopecie aréolaire, lorsque le nombre de territoires dépourvus de cheveux est grand et que ceux-ci se réunissent par suite de leur extension périphérique, il peut survenir dans les deux sexes une calvitie localisée surtout à la partie antérieure de la tête, mais souvent complète. Dans ce cas la peau conserve son aspect normal et ne présente pas cet aspect atrophié, ce brillant et le poli de la calvitie ordinaire.

Il est possible qu'à la suite d'un traitement institué de bonne heure, les cheveux repoussent complètement; mais le pronostic devient d'autant plus défavorable que la lésion est plus ancienne, car ici surviennent alors l'atrophie de la peau et des bulbes pileux.

L'alopecie aréolaire se distingue suffisamment de l'*alopécie prématurée* ordinaire par son apparition sous forme d'îlots. Cependant lorsque ces îlots, quoiqu'en petit nombre, sont assez grands pour occuper une vaste étendue, on peut facilement confondre cette lésion

avec l'*herpès tonsurant*. En examinant attentivement cette dernière lésion, on est frappé par la grande fragilité des cheveux, surtout dans les parties voisines des régions glabres, car les cheveux se cassent un peu au-dessus de leur sortie de la peau. On peut encore retrouver le trichophyton tonsurant dans les cheveux. Tous ces caractères le séparent de l'alopecie syphilitique.

Les caractères suivants distinguent l'alopecie idiopathique *en surface*, l'*area Celsi* (alopecie de Celse) de l'alopecie syphilitique symptomatique: l'aspect brillant, poli et blanchâtre de la tête; le petit nombre de plaques chauves, l'implantation peu solide des cheveux, et leur chute facile à la périphérie des plaques chauves, enfin l'absence de tous les autres symptômes pouvant faire croire à la syphilis.

L'alopecie syphilitique peut, en dehors du cuir chevelu, intéresser toutes les autres parties de la peau pourvue de cheveux ou de poils; il peut exister dans ce cas une alopecie diffuse ou aréolaire des sourcils, des cils, des poils de la barbe, de ceux de l'aisselle, et de la région pubienne et génitale.

Les troubles de nutrition ne produisent pas seuls l'alopecie aréolaire. Elle peut être encore causée par des efflorescences syphilitiques, dont l'infiltration, qui emprisonne le bulbe pileux et la racine du cheveu, compromet sa nutrition et amène sa chute.

On ne rencontre que rarement des syphilides *maculeuses* sur la tête; il est encore plus difficile de les voir quand la chevelure est épaisse. Le plus souvent elles s'accompagnent de séborrhée du cuir chevelu et de chute aréolaire (*defluvium areolare*) ou diffuse des cheveux.

Je n'ai constaté que deux fois sur une tête chauve des groupes de syphilides à larges macules et récidivantes. Lorsque la chevelure est épaisse, il est également difficile de les retrouver, comme pour les syphilides maculeuses ordinaires.

On observe assez fréquemment des syphilides *papuleuses* miliaires et lenticulaires sur le cuir chevelu et dans les régions velues du corps qui accompagnent les éruptions récentes et même celles qui récidivent; leur évolution ressemble à celle des éruptions du reste du corps et ne s'en distingue que par la séborrhée concomitante et par une desquamation abondante. Tant que l'infiltration évolue et jusqu'à la formation de l'acné, les cheveux sont intacts et solidement fixés, mais lorsque l'infiltration se résorbe, les cheveux tombent dans tous les points où la racine était entourée de tissu infiltré. De toute l'éruption il ne reste plus qu'une tache pigmentée,