

s'élargissent, la circulation s'y ralentit, la région intéressée est par conséquent plus riche en sang et en virus que toutes les autres parties de muqueuse ou de peau. Le ralentissement de la circulation est une condition favorable pour la localisation et l'accumulation du virus. Comme dans un vaisseau hyperémié, congestionné, la circulation se ralentit beaucoup à la périphérie, vers les parois, le virus, à l'état de stagnation, peut altérer la paroi vasculaire; c'est de là que part tout le processus éruptif.

Quant aux phases alternatives de syphilis floride et latente, on peut les expliquer actuellement, grâce à nos connaissances sur les maladies infectieuses, par des phases différentes dans l'évolution du parasite.

Il est plus que probable que la syphilis est due à un bacille dont les bâtonnets produiraient les phénomènes florides, et dont les spores, qui représenteraient ici une variété de bacilles à l'état de repos, correspondraient à la période latente.

La transformation d'une grande quantité de spores en bacilles, après un temps plus ou moins long, produirait une récurrence; la présence de quelques bâtonnets dans le sang, pendant la période latente, suffirait à provoquer les infiltrations irritatives.

III. — PÉRIODE TERTIAIRE

Généralités.

Nous venons de montrer comment la maladie générale évoluait pendant deux, trois, et même quatre ans, en suivant un certain type, les récurrences alternant avec des périodes latentes. Il s'établit ensuite, qu'on ait institué un traitement ou non, une période latente, qui se distingue par sa longue durée, et qui marque l'évolution complète de la période secondaire. La période secondaire avait suivi jusqu'ici dans son évolution un certain type; cette marche typique cesse dès qu'on entre dans cette période latente.

L'apparition de la période secondaire, à évolution typique, qui est une condition *sine qua non* de l'infection syphilitique, et la durée de la période latente, prouvent que les phénomènes tertiaires ne rentrent pas nécessairement dans le cadre du processus syphilitique. Ces phénomènes tertiaires ne se montrent que dans un nombre relatif de cas, variant entre 5 et 40 p. 100. Un malade chez qui la

période secondaire a pris fin, est toujours exposé aux phénomènes tertiaires qui peuvent même n'apparaître que cinquante ans après l'infection. Dans les cas où les phénomènes tertiaires font complètement défaut, la période latente dure toute la vie, à partir du moment où le dernier symptôme secondaire a disparu.

Il est difficile d'indiquer une durée moyenne pour cette période latente; *cependant la septième année après l'infection est considérée généralement comme la plus dangereuse pour les accidents tertiaires*. Ainsi, si l'évolution de la période secondaire dure deux ans, la période latente entre cette période secondaire et la période tertiaire sera d'une durée de cinq ans. La durée maxima de la période latente n'étant pas exactement définie, on ne peut non plus en déterminer la durée minima. Ordinairement, on donne six mois comme durée minima; cependant il existe des cas où la période latente est réduite à zéro et où les accidents tertiaires suivent immédiatement les accidents secondaires.

On rencontre dans la période tertiaire, comme dans la période secondaire, à côté de lésions spécifiques, caractéristiques de la syphilis, des lésions non spécifiques, non caractéristiques. Elles ne se distinguent des lésions idiopathiques que par leur étiologie et n'ont, sans cela, aucun symptôme distinctif. Comme toutes les lésions syphilitiques présentent des symptômes inflammatoires, on rencontre des inflammations simples, non spécifiques, à côté des inflammations spécifiques.

Chaque inflammation débute par une hyperémie active, par de la congestion. Cependant, dès la période d'éruption de la première syphilide, et, par suite, pendant l'éruption de chaque syphilide, tous les organes et systèmes d'organes peuvent présenter une hyperémie active. Comme chaque hyperémie peut se transformer en inflammation par suite de l'augmentation de l'intensité du processus, il s'ensuit que dès la période secondaire, une inflammation peut survenir dans un organe ou système d'organes quelconque. Comme cette hypothèse est certaine, j'aurais dû, à propos de la période secondaire, parler des processus aigus, subaigus et chroniques et même de ceux qui sont simplement inflammatoires; j'aurais surtout dû les séparer des gommés. Mais les phénomènes inflammatoires en général, si j'excepte ceux de l'iris et du périoste, sont rares pendant la période secondaire; ils ne rentrent pas dans la description typique de cette période. Comme ces phénomènes apparaissent plus souvent pendant la période tertiaire, je préfère décrire ici toutes ces lésions organiques. J'ajou

terai, cependant, que les processus organiques non spécifiques, aigus ou subaigus, peuvent se montrer dès la période secondaire ; ce fait est même assez fréquent.

Quand on examine les différentes lésions syphilitiques de chaque organe et de chaque système, on reconnaît, avec Virchow, que chaque lésion présente une série de processus déterminés, une série de manifestations chronologiques, différant sous le rapport chronologique des processus typiques qui se manifestent du côté de la peau et des muqueuses. Le tégument externe et ses annexes suivent une évolution qui ne dure qu'un temps déterminé, il n'en est plus de même pour les organes internes.

La congestion, l'inflammation d'abord non spécifique, aiguë, subaiguë, puis chronique, enfin la gomme, ou inflammation spécifique, constituent les différentes phases des lésions organiques qui se suivent comme la macule, la papule, la pustule et la gomme du tégument externe, dont les premières apparaissent à la période secondaire et dont les dernières appartiennent à la période tertiaire. Mais tandis que les éruptions cutanées ne tardent jamais à paraître plus de huit à dix semaines après l'infection, le début des lésions des organes internes ne suit aucune règle ; il peut avoir lieu plusieurs années après l'infection. De cette façon, des lésions gommeuses, tertiaires, du tégument externe, peuvent coexister avec des lésions simplement inflammatoires, mais secondaires des organes internes.

Malgré l'impossibilité de créer un type de lésions des organes ou systèmes, on peut cependant dire qu'en général les lésions non spécifiques précèdent les lésions gommeuses. Les lésions non spécifiques, de date récente, se distinguent des lésions anciennes par leur gravité. Les processus simplement inflammatoires, mais très aigus, appartiennent à la période secondaire. Les inflammations simples, subaiguës et chroniques, rentrent dans la période secondaire tardive, dans le début de la période tertiaire. Les gommes, enfin, appartiennent à la période tertiaire en pleine évolution.

Nous reviendrons, à propos de chaque organe, sur ces différentes variétés.

Les inflammations non spécifiques ne présentent aucun symptôme qui permette de les attribuer à la syphilis et qui les distingue des lésions idiopathiques. Et cependant leur évolution offre plusieurs caractères remarquables.

Avant tout ces affections symptomatiques ne disparaissent que

lorsque l'on combat leur cause. *Elles ne guérissent que par le traitement antisypilitique.* La syphilis est une maladie infectieuse essentiellement chronique ; elle n'a donc aucune tendance à évoluer d'une façon aiguë, et les inflammations aiguës sont très rares. Il s'ensuit qu'on peut facilement arriver, grâce à une médication appropriée, à amener la résolution d'un processus de moyenne intensité ; lorsqu'il évolue spontanément, le processus a moins de tendance à suppurer qu'à se modifier et à devenir chronique. Pour les inflammations subaiguës, cette tendance à devenir chronique se trouve encore augmentée ; aussi les formes aiguës et vulgaires deviennent-elles bientôt chroniques. L'inflammation chronique ne se termine presque jamais par le ramollissement, grâce à son évolution excessivement lente et grâce à son intensité minime. Bien plus, les infiltrations formées de petites cellules, qui constituent l'inflammation, ont suffisamment de temps pour se transformer en tissu conjonctif qui, suivant le siège de la lésion, subit des modifications différentes. Ce tissu de nouvelle formation peut, à la suite de la sclérose de l'organe, produire de la cirrhose ou un état semblable, mais qui s'en distingue par le fait suivant : dans une cirrhose idiopathique, toute la masse des cellules embryonnaires se transforme en un tissu conjonctif très abondant ; au contraire, la fragilité particulière des cellules produites par la syphilis, leur vitalité peu intense, comme nous le verrons, du reste, pour les gommes, ont pour conséquence qu'une partie seulement des cellules se transforme en tissu conjonctif, tandis que le reste est résorbé. La production du tissu conjonctif n'est donc pas massive.

La transformation gommeuse de l'inflammation est la seule qui soit réellement caractéristique de la période tertiaire, moins à cause de ses symptômes particuliers que de son évolution et de ses transformations consécutives.

La gomme débute par une infiltration de petites cellules, plus ou moins dense, à forme nodulaire, ayant, dès le début, une tendance à se développer excentriquement. Comme les cellules qui constituent l'infiltration ne vivent pas longtemps, les plus anciennes, c'est-à-dire les plus centrales, subissent bientôt des métamorphoses régressives. Elles présentent la dégénérescence graisseuse et caséuse. Le centre du noyau d'infiltration se ramollit, tandis qu'il s'agrandit à la périphérie.

La gomme syphilitique a pour point de départ le tissu conjonctif, et rien que ce tissu dans les organes les plus divers. Aussi une

gomme peut-elle, grâce à des changements de pression et de circulation, léser le parenchyme de ces organes, y produire une dégénérescence graisseuse ou amyloïde, et occasionner la mort de l'organe.

Lorsque le nodule infiltré occupe la superficie, la paroi se ramollit le plus souvent, la gomme perfore la paroi et donne lieu finalement à des gommés ulcérées. Vers la profondeur, le nodule peut, par contiguïté, se propager d'organe à organe et produire ainsi des adhérences et des communications anormales. Le nodule, entouré de tous côtés par le parenchyme, ne se développe pas à l'infini; même sans traitement, son développement s'arrête. On peut alors distinguer, dans le nodule, deux zones concentriques. Une zone externe, formée par une enveloppe de jeunes cellules infiltrées; un nodule central constitué par des cellules caséuses, graisseuses. Sous l'influence des conditions vitales qui sont plus favorables à la périphérie, les couches de cellules de l'infiltration périphérique se transforment en tissu conjonctif; le nodule, qui a subi la dégénérescence caséuse, se trouve ainsi entouré d'une enveloppe conjonctive. Le contenu liquide du nodule se résorbe probablement sous l'influence de la sclérose de l'enveloppe capsulaire, qui se rétrécit de plus en plus avec l'âge; finalement, il ne reste qu'une vieille gomme, un nodule qui se compose d'une capsule résistante, fibreuse, et d'un contenu dur, athéromateux, et même calcaire.

Le processus de formation des gommés ne se développe pas toujours primitivement sur un organe; celui-ci peut déjà avoir été modifié par une inflammation simple. Les gommés peuvent surtout se développer sur des points qui ont subi une inflammation subaiguë ou chronique ou sur des points modifiés par ces inflammations; mais, par contre, il peut s'établir autour d'une gomme une inflammation simple, interstitielle et chronique. Il résulte de ces différentes combinaisons les mélanges et les combinaisons les plus divers de ces deux variétés, que l'on rencontre fréquemment.

LOCALISATIONS DE LA PÉRIODE TERTIAIRE

A. — PEAU ET TISSU SOUS-CUTANÉ

Le tissu conjonctif est le point de départ de l'infiltration gommeuse. Mais l'infiltration gommeuse peut se localiser également dans la couche réticulée et constituer alors la gomme cutanée ou gomme de

la peau, gomme superficielle. Le point de départ de la gomme peut encore siéger dans le tissu conjonctif sous-cutané; l'infiltration qu'on y rencontre peut secondairement gagner le tégument externe et constituer une gomme profonde de la peau. Nous nous occuperons pour le moment de ces deux variétés.

a). **Gomme cutanée, gomme de la peau, syphilide nodulaire, tubercule cutané.** — Ce sont des nodules de la grosseur d'une lentille, d'un pois, d'une pièce de 50 centimes, nettement circonscrits, ronds, rouge brun, durs, saillants, associés en groupe ou en forme de cercle au nombre de vingt et même plus, et se distinguant à peine, au début de leur développement, des papules. Mais la façon dont ils évoluent en diffère complètement.

Après une durée de quinze jours à trois semaines, les nodules, les petites tumeurs qui n'augmentent que très lentement, commencent à se recouvrir de squames blanchâtres. Un suintement tantôt sanguinolent, tantôt jaune, vient s'ajouter aux squames et les transforme en croûte. Lorsqu'on détache cette croûte, il arrive fréquemment de trouver au sommet de l'infiltration, située sous la croûte, une fistule qui mène dans une petite cavité, occupant le centre de l'infiltration. La nécrose centrale, qui est un des grands caractères des infiltrations gommeuses, s'y trouve déjà développée.

Lorsqu'on examine la même gomme un peu plus tard, on trouve que le détritit s'est beaucoup rapproché de la surface cutanée; on constate au-dessous de la croûte une ulcération cupuliforme, de la grandeur d'une lentille, excavée, qui produit souvent un sérum épais, jaune et qui est recouverte d'un enduit lardacé. Mais la nécrose et l'ulcération ne constituent pas la seule terminaison de la gomme. Ces nodules peuvent, lorsque leur évolution devient chronique, lorsque leur volume reste petit, être résorbés sans qu'il y ait formation de nécrose, ou de croûtes. La surface cutanée seule est recouverte par quelques squames minces, qu'on peut détacher facilement.

Ces gommés cutanées ne se présentent qu'en groupe; tandis qu'au centre, les premières gommés disparaissent ou ont déjà disparu, il se forme autour d'elles un cercle plus ou moins complet de nouvelles gommés. Il existe alors une zone centrale, garnie de cicatrices, et à la périphérie un anneau simple ou double de nodules aux différentes phases de leur évolution ou de leur involution. La cicatrice du centre est très caractéristique. Quand on regarde superficiellement, la peau ressemble à un filet. On y voit de petites travées sail-

lantes, s'entre-croisant, qui emprisonnent dans leurs mailles des points déprimés, arrondis, correspondant aux mailles du filet. Quand on regarde de plus près, on constate que les mailles sont occupées par des cicatrices fines, non pigmentées, déprimées, arrondies, ressemblant aux cicatrices des pustules varioliques qui correspondent chacune à un petit nodule; les travées au contraire sont formées par des saillies de la peau, fortement pigmentée, mais normale. Même dans les cas où la gomme se résorbe, sans se nécroser, on peut rencontrer des cicatrices semblables.

Il existe d'autres cas où les nodules des gommages cutanées sont plus grands *a priori*; ils peuvent avoir le volume d'une pièce d'un centime. Dans ce cas leur nombre est diminué et leur distribution plus diffuse. Les caractères de la nécrose sont alors plus nets; l'infiltration est recouverte d'une croûte jaune ou brune, en forme de bonnet. Quand la croûte tombe, on aperçoit une ulcération humide, recouverte d'un enduit lardacé, plus profonde au centre; par suite du suintement d'un liquide jaune, et par suite de la chute de la portion nécrosée, l'ulcération se recouvre bientôt d'une nouvelle croûte. Puis autour du vieux nodule se développe un nouvel anneau de nodules gommeux. Mais cet anneau se modifie également. Lorsque le ramollissement se fait lentement, on peut le constater à travers la couche superficielle de l'anneau, sous forme d'un liquide jaune, ressemblant à du pus.

C'est un rempart pustuleux qui se forme autour de la croûte; on lui a donné le nom de *pemphigus¹ syphilitique des adultes*. Mais bientôt ce bourrelet pustuleux se recouvre d'une croûte qui, contournant la croûte centrale ancienne, la soulève. Quand ce processus se répète plusieurs fois, il se forme des croûtes ressemblant à des coquilles d'huîtres; c'est le *rupia* ou *ecthyma profond*, par opposition au *rupia* et à l'*ecthyma* superficiel produits par des syphilides pustuleuses.

Quand on détache une de ces croûtes, on aperçoit l'anneau le plus externe, formé par l'infiltration gommeuse, rouge brun, boursoufflée; puis vient une zone où le tissu infiltré, ramolli, produit une ulcération en forme de gouttière, recouverte d'un enduit lardacé; enfin tout au centre l'infiltration peut avoir été résorbée et il ne reste que du tissu de granulation ou une cicatrice. Ce tissu de granulation, partout où la gomme siège sur des régions velues, surtout au cuir chevelu, à la

(1) De *πεμφις*, élevation, pustule.

limite des cheveux, sur la nuque, rarement aux autres parties du corps, présente une grande tendance à l'hypertrophie. Il se produit alors des excroissances ramifiées, en forme de crêtes de coq, de choux-fleurs, ou simplement papillomateuses que l'on désigne sous le nom de *framboises syphilitiques* (*frambœsia syphilitica*).

La gomme qui s'étend à la périphérie ne se développe pas toujours en forme d'anneau. Une partie de l'anneau peut faire défaut, et l'infiltration a l'aspect d'un demi-cercle, d'un segment de cercle. L'infiltration n'augmente que dans cette direction déterminée. On voit alors, en allant de la périphérie vers le centre, une infiltration demi-circulaire ou en forme de segment de cercle qui se termine insensiblement vers le centre dans une ulcération. Cette ulcération est en contact direct avec l'infiltration, a la forme d'une gouttière, est lardacée et recouverte d'une croûte. A cette ulcération se rattache une cicatrice, qui y pénètre en forme de hile, brune au début, d'autant plus chargée de pigment qu'elle est plus âgée, très mince, traversée par des vaisseaux dilatés. C'est la *syphilide gommeuse, serpigineuse, ulcérée*, superficielle, que l'on désigne sous le nom de syphilide en forme de rein, et qui pendant longtemps passa pour être exclusivement caractéristique des ulcérations syphilitiques.

b). **Gomme sous-cutanée. Nodule gommeux profond.** — La gomme cutanée prend naissance dans le tissu conjonctif de la couche réticulée du derme; elle peut également se développer dans le tissu cellulaire sous-cutané. On voit survenir ici une infiltration circonscrite de petites cellules; lorsqu'elle augmente, son volume varie de celui d'une lentille à celui d'une noisette; on sent alors nettement un nodule dans le tissu sous-cutané, sous la peau intacte et mobile. Suivant son siège, suivant la laxité du tissu sous-cutané, suivant l'élasticité et la mobilité de la peau qui le recouvre, le nodule gommeux, augmentant sans cesse à la périphérie par l'apposition de nouvelles couches de cellules, peut atteindre le volume d'une noix, même le dépasser, soulever alors la peau, sans se fondre avec elle. La peau reste intacte, mobile et peut faire des plis. Enfin, suivant les circonstances, il arrive plus ou moins tard que l'infiltration qui s'est élargie, agrandie excentriquement, régulièrement, traverse le tissu sous-cutané et intéresse les dernières couches du tissu réticulé du derme. Par suite le nodule est collé à la peau qui est dure, n'a plus de plis, mais conserve son aspect normal. Lorsque la gomme est plus volumineuse, qu'elle dépasse la grosseur d'une noisette et même celle d'une noix,

elle peut perdre sa consistance dure. Il y a de la fluctuation au centre ; le ramollissement central a commencé. Peu à peu l'infiltration gagne du terrain en hauteur, la peau pâlit et plus tard devient rouge livide. Comme le ramollissement central augmente également, la fluctuation devient de plus en plus nette et la peau qui recouvre la gomme est de plus en plus mince. Enfin la peau se déchire, la gomme vide son contenu ; recueilli dans un verre à pied il se sépare, au bout de quelques heures, en deux couches.

La première couche, occupant le fond du verre, a un aspect blanc jaunâtre, grumeleux. Au microscope, on y reconnaît des cellules graisseuses, des débris de cellules. La couche supérieure est constituée par un liquide jaune, complètement clair, dont la consistance gommeuse a fait donner justement à cette tumeur nodulaire le nom de gomme.

La peau mince, qui recouvre la gomme, se détruit et le nodule gommeux se transforme en une ulcération gommeuse. Elle consiste en une perte de substance plus ou moins arrondie, cupuliforme, qui intéresse toute l'épaisseur de la peau jusqu'au tissu sous-cutané. Elle est recouverte d'un enduit lardacé, composé d'une série de lambeaux d'où suinte un liquide séreux, jaune, gommeux et clair. Les bords de l'ulcération sont infiltrés comme le fond, colorés en rouge brun, déchiquetés, et les lambeaux peu épais qui les terminent flottent sur l'ulcération, sur une longueur de quelques millimètres. Cette ulcération est excessivement douloureuse. Quand deux ou plusieurs nodules se développent l'un à côté de l'autre, il peut arriver que les cavernes qui ont pour origine le ramollissement central, communiquent entre elles sous la peau, avant que la peau ne soit perforée. Lorsque la peau se déchire, plusieurs ouvertures cutanées peuvent être réunies par un tunnel. Quand tout un groupe de gommages se trouve dans le même point, il peut se faire également de la même façon des communications et des trajets sous-cutanés ; la peau qui les recouvre, d'abord saine, s'infiltré rapidement, prend une teinte rouge brun, livide, et s'amincit beaucoup. De cette façon, deux ou plusieurs gommages peuvent se confondre et prendre la forme d'un biscuit, d'une feuille de trèfle ou une forme serpigineuse. Chaque ulcère gommeux s'étend par l'expansion périphérique de l'infiltration qui le constitue et le ramollissement central s'agrandit aussi. En s'étendant, l'ulcération devient partout plus profonde et plus vaste.

Il n'est pas rare, l'ulcération une fois établie, après la perforation et le ramollissement de la peau, que la progression ultérieure de

l'ulcération ne soit plus centrifuge de tous côtés, mais devienne excentrique, asymétrique. L'un des bords de l'ulcération reste stationnaire, tandis que l'accroissement se fait du côté opposé ; sur le côté qui ne progresse plus l'infiltration se résorbe, le bord s'applique contre le fond, on en voit partir une cicatrice en forme d'ourlet qui s'avance comme une languette au milieu de l'ulcération ; celle-ci continue à croître à la périphérie, mais cette augmentation n'intéresse que les $\frac{3}{4}$ ou la moitié du cercle.

On a ainsi l'aspect réniforme de l'ulcération *gommeuse, serpigineuse, profonde*.

L'accroissement et le ramollissement d'une gomme ont des limites ; quand le traitement est institué, la gomme guérit promptement ; elle peut même, sans traitement, disparaître spontanément, mais après un long espace de temps, et alors il reste une cicatrice. Voici comment survient la guérison : tout d'abord l'infiltration cesse complètement de s'étendre, la nécrose s'arrête. La substance qui recouvrait le fond de l'ulcération s'élimine : on voit çà et là naître quelques granulations, et bientôt tout le fond de l'ulcère est recouvert entièrement de granulations livides, mais très sensibles et saignant facilement. La base de l'ulcération ainsi que l'infiltration qui la limite de tous côtés perdent leur induration ; le bord déchiqueté, livide, s'attache aux granulations qu'il recouvre, et auxquelles il adhère bientôt. De ce bord on voit partir un bourrelet épithélial qui prend une direction centripète. Jusqu'à ce moment, les granulations ont atteint, grâce à leur accroissement, le niveau du reste de la peau ; elles peuvent même faire légèrement saillie au centre, et bientôt elles sont recouvertes par l'épithélium qui avance toujours.

Il en résulte une cicatrice plane, au niveau de la peau, se déprimant à peine avec le temps, entourée de bords arrondis, mince et délicate, un peu renflée au centre, à peine pigmentée et traversée par des vaisseaux dilatés. Les couches les plus périphériques de l'infiltration qui ne sont pas détruites, sont résorbées et laissent après elles un pigment rouge brun qui, en forme d'anneau de plusieurs millimètres de large, entoure la cicatrice et en constitue un des grands caractères.

Au point de vue du *diagnostic différentiel*, disons que ces gommages cutanés et sous-cutanés peuvent être confondus avec d'autres lésions semblables, syphilitiques ou non syphilitiques.

Le *tubercule cutané*, de date récente, a beaucoup de ressemblance avec une syphilide papuleuse lenticulaire. Cette erreur ne trompe pas