

associée à la paralysie, et l'asthénie est l'effet direct de l'amyotrophie. Frappant d'abord les éminences thénar et hypothénar, puis les interosseux, celle-ci atteint ensuite les muscles de l'avant-bras, surtout les extenseurs; il en résulte une *griffe* comparable à celle de Duchenne (pouce sur le plan des autres doigts; flexion des deux dernières phalanges sur les premières étendues), avec déviation des doigts sur le bord cubital de la main. Les déformations du membre inférieur, dues à l'atrophie des muscles du pied et du groupe antéro-externe de la jambe (*pied ballant* et *steppage*), sont analogues à celles de la paralysie alcoolique.

A la face, l'atrophie est superficielle et asymétrique; ce qui peut donner un faciès grimaçant. Le frontal reste inerte, l'orbiculaire des paupières devient incapable de fermer les yeux, permettant l'*ectropion de la paupière inférieure* (épiphora, conjonctivite). Le strabisme est léger, rare et fugace. Les joues sont creuses, les lèvres inertes, l'inférieure pendante.

Il est exceptionnel que l'atrophie musculaire se généralise au point de simuler la maladie de Duchenne. Les muscles atteints présentent parfois des *contractions fibrillaires* (Leloir). La *réaction de dégénérescence* est quelquefois constatée. Peu à peu, les parties anesthésiées, rétractées et momifiées, se creusent de *crevasses indolentes*, qui, atteignant les os et les articulations, finissent par détacher une ou plusieurs phalanges; les mêmes mutilations résultent, en d'autres cas, de la gangrène sèche, de panaris avec nécrose de la phalange, de la résorption spontanée ou de la décalcification des os, processus propres à la lèpre.

Très commun, le *mal perforant* des mains ou des pieds guérit très vite au repos, mais récidive très aisément.

A la *phase cachectique*, le malade accuse un froid perpétuel et une soif intolérable; il souffre, comme les ataxiques, de *violentes crises gastriques* et présente une *diarrhée* d'abord intermittente, puis continue, qui aboutit à la stupeur et au marasme terminal. Les *convulsions tétaniques*, l'*albuminurie*, une *pneumonie*, le *paludisme* peuvent hâter la mort.

Toujours prolongée, la lèpre anesthésique dure 20 ans, et parfois beaucoup plus; les accidents terminaux peuvent survenir brusquement, sans cause connue.

La coexistence des tubercules cutanés et de la névrite lépreuse constitue la *forme mixte*, la plus commune.

**Diagnostic.** — La lèpre, qui peut rester méconnue dans ses pays d'origine, passe, *a fortiori*, très souvent inaperçue dans les régions où elle est inconnue. Les *nodules* sont imputés à la *syphilis*; les *macules* à la *rougeole*; dans les cas douteux, le bacille de Hansen sera recherché dans les lésions cutanées. Celui-ci a été rencontré dans la sérosité de vésicatoires appliqués sur la peau saine en apparence (Kalindero), mais ce procédé est infidèle.

A défaut de preuves bactériologiques, le diagnostic repose sur les *stigmates cliniques de la lèpre*: 1° *Anesthésie insulaire* au niveau de taches achromiques ou pigmentaires, *symétrique* aux extrémités; 2° *Tuméfaction et état moniliforme des nerfs* accessibles au palper, des cubitiaux surtout; 3° *Chute*

*des sourcils*; 4° *Cicatrices lisses et gaufrées* laissées aux coudes et aux genoux par les tubercules et le pemphigus. Mais, au début, tous ces signes peuvent manquer. Les *épistaxis à répétition*, l'*asphyxie locale des extrémités*, avec ou sans crevasses ou mutilations des doigts, peuvent tenir lieu de signes révélateurs. Les macules et les tubercules lépreux simulent nombre de dermatoses: *érythème polymorphe*, *acné rosacée*, *syphilides papulo-tuberculeuses*, *lupus tuberculeux* ou *érythémateux*, *lymphodermie pernicieuse* de Kaposi; *sarcomatose cutanée*, *mycosis fongoïde*. Dans toutes ces affections, l'anesthésie propre aux nodules lépreux fait défaut.

Les *taches pigmentaires* et *achromiques*, les *sclérodermies lépreuses*, le *pemphigus lépreux* doivent être distingués: du *vitiligo* vrai, de la *morphée*, de la *sclérodactylie*, du *pemphigus*; ici encore les troubles sensitifs servent de repère. Zambaco regarde la *syringomyélie* et la *maladie de Morvan* comme des modalités de la lèpre. Entre ces affections, les analogies sont du reste multiples et les différences de symptômes sont liées à celles des localisations anatomiques. Jeanselme admet la possibilité d'une *lèpre médullaire* qui serait la syringomyélie. Souza Martins a du reste rencontré le bacille de Hansen dans la cavité médullaire d'un sujet mort de syringomyélie.

### XXXIII. — SYPHILIS

**Division.** — La syphilis, infection dont l'agent pathogène nous est encore imparfaitement connu (en attendant que se confirment les conclusions de Schaudinn, de Siegel et de Metchnikoff, de Buschke et Fischer, de Levaditi, qui voient dans le *spirochete pallida* le germe causal de la vérole), évolue en *trois étapes* consécutives, séparées par des phases silencieuses: *syphilis primitive*, *secondaire*, *tertiaire*. Sa connaissance date surtout de la fin du xv<sup>e</sup> siècle, époque à laquelle elle sévit épidémiquement en Europe. Elle fut longtemps confondue avec la *blennorrhagie*, jusqu'aux travaux de Ricord. Sa virulence semble aussi, maintenant, relativement atténuée.

**Syphilis acquise. — Signes étiologiques.** — La syphilis se transmet par *contagion* et par *hérédité*; elle est inoculable au singe (inoculée au chimpanzé par Metchnikoff et Roux, Lassar et Neisser). Aucun âge, aucune race n'en est exempt. Le spirille qui la détermine, probablement très résistant, pullule dans les sécrétions du chancre, dans les ganglions, dans la profondeur des lésions secondaires, durant les poussées secondaires, mais n'a pas encore été rencontré dans le sang. Les sécrétions normales ne renferment le contagé que s'il s'y mêle des produits pathologiques.

La *contagion* s'opère par *contact direct*, vénérien ou non, ou *indirect* (objets ou instruments souillés par le contagé). Elle exige une solution de continuité de la couche superficielle de l'épiderme.

**Signes cliniques. — Chancre.** — A part la *syphilis* dite *conceptionnelle*, la syphilis acquise débute constamment par un *chancre*. Celui-ci

apparaît au siège de l'inoculation, après une phase d'incubation de 25 jours en moyenne (10 au moins, 50 au plus), sous forme d'une *érosion* arrondie, rouge ou grise, reposant sur une base indurée qui ne la déborde pas. Au chancre correspond une *adénopathie* du groupe qui commande la région inoculée. Indolente, la lésion n'est *pas auto-inoculable* (contrairement au *chancre mou*).

**Incubation.** — L'incubation est une période silencieuse, durant laquelle se réalise l'infection qui est probablement déjà presque généralisée à l'apparition du chancre, comme semble le prouver l'échec habituel de son excision; toutefois, les exemples de chancres successifs paraissent, à certains égards, infirmer cette hypothèse.

**Caractères cliniques.** — Dans les 2/5 des cas, le chancre est unique. Autrement le nombre de 5 ou 4 est rarement dépassé. Il peut siéger sur tous les points du tégument et des muqueuses orificielles, mais occupe le plus souvent la zone génitale et péri-génitale. En minorité, les *chancres extra-génitaux* s'observent sur les lèvres, la langue, les amygdales, le mamelon (nourrices), le doigt (médecins, sage-femmes), etc.

La lésion initiale est une *petite papule* ronde, ferme, à centre légèrement érodé; en peu de jours l'aspect en est typique: régulièrement ronde ou ovulaire, large comme une pièce de 20 centimes, l'érosion est limitée par des bords à peine marqués, mais un peu surélevés, se continuant avec les tissus voisins; sa surface, un peu saillante ou déprimée en godet, est rougeâtre, couleur chair musculaire, lisse, vernissée, semée parfois de fines ecchymoses, ailleurs grise et diphtéroïde; il en suinte une sérosité claire, jaunâtre, mais rare, qui, sur la peau, se concrète en croûtes brun clair.

Saisie entre le pouce et l'index, l'érosion semble presque toujours (non toujours) doublée d'une mince lame de cartilage ou de parchemin. Les tissus voisins ne sont enflammés qu'en cas d'infection secondaire. Sauf en certaines régions: méat urinaire, commissure labiale ou vulvaire, amygdale, le chancre est *indolent*, spontanément et à la pression.

L'*adénopathie*, de siège correspondant à celui du chancre, comporte une pléiade de *petits ganglions durs et indolents*.

**Variétés.** — Il arrive que l'induration manque ou que l'érosion soit minuscule et multiple (*chancre herpétiforme*); elle paraît absente dans le *chancre papuleux*, *papulo-squameux* ou *sec*, dans le *chancre pustuleux*. Dans les plis, sur les commissures labiale ou vulvaire, le *chancre* est *fissuraire*. Insignifiante dans le *chancre nain*, l'induration est très mince dans le *chancre plat*, excessive dans l'*ulcus elevatum*.

**Complications.** — Imputables à des *infections secondaires*, elles consistent soit en *œdème*, soit en *infiltrations phlegmoneuses*, ou, ce qui est plus grave, en un processus ulcéreux précurseur du *phagédénisme* imputable parfois au bacille du chancre mou (*chancre mixte*).

Le *chancre mixte* est tantôt *primitif*, quand l'inoculation des deux virus a été simultanée; un chancre mou paraît alors le premier, puis s'indure, quand finit l'incubation du chancre induré; tantôt *secondaire* quand le bacille de Ducrey est semé sur un chancre induré constitué, cas exposant le plus au

*phagédénisme*; alors, l'induration se dissipe; à l'érosion succède une ulcération à bords décollés, à fond anfractueux, à marche envahissante. De ce *phagédénisme mixte*, il faut distraire: le *phagédénisme syphilitique vrai*, résultant de l'invasion du derme par un processus restant d'habitude uniquement épidermique, et le *phagédénisme tardif*, dû à des lésions vasculaires oblitérantes et nécrosantes. L'auto-inoculation facilite ce diagnostic.

En cas de *gangrène limitée*, le chancre est enchâssé dans une escarre brunâtre. Il arrive encore que le chancre se perde dans un groupe d'*herpès* qui le masque plus ou moins.

**Évolution.** — La période d'état du chancre dure au moins 15 jours à 5 semaines; 6 semaines à 2 mois et davantage, en cas de forte induration. Des bourgeons charnus couvrent sa surface qui, bientôt, se cicatrise; l'induration survit plus ou moins à l'ulcération; une *macule* rougeâtre ou pigmentée subsiste quelque temps puis, tout s'efface. L'*adénopathie* et l'induration sont, souvent encore, appréciables, au début de la phase secondaire. Le chancre peut également se transformer sur place en plaque muqueuse.

**Période secondaire.** — L'infection, à partir du début du chancre, achève de se généraliser en une *seconde incubation* de 6 semaines, à la suite de laquelle apparaît l'*explosion secondaire* consistant en accidents polymorphes nettement infectieux qui, dans les cas légers, ne sont qu'ébauchés.

La plupart des accidents secondaires sont cutanés ou muqueux; mais l'*état général* n'est pas toujours indemne; de la *fièvre* peut survenir, surtout chez la femme, par accès soit isolés, soit quotidiens ou vespéraux, plus rarement sous *forme continue* avec hyperthermie et état typhoïde (*typhose syphilitique*). Durant 25 à 30 jours, la température peut osciller entre 39° et 40°; la *céphalée* est tenace, la *prostration* extrême. Que la fièvre existe ou non, les malades, pâlis et amaigris, perdent l'appétit et le sommeil, présentant des *sueurs nocturnes*, de l'*hypoglobulie* et une *leucocytose* assez marquée. Cet état peut préparer le terrain à d'autres infections: fièvre typhoïde, variole, tuberculose. Exceptionnelle, la *mort* à cette période, est pourtant possible, par anémie progressive, chez les enfants en bas âge, les vieillards ou les débilités.

Des troubles localisés, la *céphalée* est le plus constant; habituellement frontale, elle procède par *accès vespéraux* et surtout *nocturnes*, se répétant durant des semaines. Son intensité peut rendre tout travail impossible et même provoquer du *délire*. Cette période comporte également des *névralgies* faciale ou intercostale, des *myalgies* ou des *douleurs ostéocopes* nocturnes; celles-ci, traversant les tibias en traits de feu, sont indépendantes des *périostoses*, douloureuses également, affectant plutôt le tibia, les os de l'avant-bras, la clavicule, le sternum, les côtes, le frontal, l'occipital. Des *arthralgies* s'observent aussi, accompagnées de craquements, surtout au genou ou au cou-de-pied.

L'hypertrophie des amygdales et des follicules clos de la base de la langue se traduit par l'*angine secondaire*, habituellement peu douloureuse.

En même temps, les *adénopathies* se généralisent, constatables au cou, à

la nuque, à l'épitrachée, le plus souvent indolentes, et la *splénomégalie* apparaît.

Dès cette période peuvent survenir : l'*iritis*, l'*irido-choroïdite*, la *kératite*, la *laryngite* dite *roséolique*.

Chez la femme, la *menstruation* est troublée ; en cas de grossesse, l'*avortement* est très fréquent.

D'autres symptômes, bien plus rares, appartiennent aux formes graves : l'*albuminurie* (voy. *Syphilis rénale*), l'*hémoglobinurie*, la *glycosurie*, l'*ictère* à forme catarrhale (voy. *Syphilis hépatique*), la *pleurésie*, la *paralysie faciale*, des *névrites*, des *rétinites*, des *accidents cérébraux* ou *spiniaux précoces* (voy. *Syphilis cérébrale*).

Mais la véritable signature de la phase secondaire est sur les muqueuses et la peau, dont tous les éléments peuvent être frappés sans en excepter les *ongles* et les *poils*. Quoique polymorphes, les *syphilides secondaires* offrent un certain nombre de caractères communs. Les éléments, généralement arrondis, sont *groupés en anneaux, en corymbes* ou en *figures circinées* ; la *couleur* en est *jambonnée, cuivrée* ; *indolents*, presque jamais prurigineux (sauf chez les alcooliques), ils tendent à se généraliser (les premiers mois), sont polymorphes, récidivants et procèdent par poussées successives.

**Roséole.** — L'exanthème le plus précoce est la *roséole syphilitique*. Presque constante dans les 45 jours qui suivent le chancre, elle débute par les flancs, envahit le dos, le tronc, et en dernier lieu les membres, souvent plus durable aux jambes, épargnant presque toujours la face. Elle est formée de *taches rose pâle* couleur *fleur de pêcher*, rondes ou ovalaires, variant de 2 à 15 millimètres de diamètre, disparaissant d'abord sous la pression, puis persistantes ; devenant plus foncées, finalement *brunâtres et pigmentées*. La distribution en est irrégulière, le contour vague ; elles ne forment aucun relief, sauf dans la *roséole ortiée*, type spécial. La roséole peut disparaître en quelques jours ; plus souvent, elle progresse 12 à 15 jours, reste stationnaire un mois ou deux, puis pâlit peu à peu, sujette à de nouvelles poussées.

**Syphilides papuleuses.** — A ce groupe appartiennent presque toutes les autres éruptions secondaires, quelquefois contemporaines de la roséole, ou même antérieures (rare). A part la papulation, les éléments sont distribués et groupés (en cercle, en corymbes) comme ceux de la roséole.

Les *éléments papuleux simples*, presque toujours associés à d'autres, paraissent vers le 3<sup>e</sup> mois, souvent généralisés, mais occupant de préférence le thorax, les plis de flexion, le front (*corona veneris*). Ils consistent en saillies lisses, discoïdes, assez dures, d'un rouge jambon qu'entoure souvent une *collerette épidermique*.

On distingue *plusieurs variétés*.

1<sup>o</sup> Les *syphilides à moyennes papules*, les plus communes, se groupent souvent *en corymbes*, une grosse papule servant de centre à d'autres plus petites. A la paume des mains, les *syphilides cornées* forment des sortes de durillons. Au genre papuleux appartiennent les *syphilides palmaires* et *plantaires*, rebelles, simulant le psoriasis palmaire. On observe, surtout à la face, au cou, sur la poitrine, des *syphilides pityriasiformes* ou *eczémati-*

*formes*, rappelant souvent l'*eczéma séborrhéique*. Les *syphilides psoriasiformes*, couvertes de squames argentées, simulent le *psoriasis guttata* et sont surtout propres aux buveurs.

2<sup>o</sup> Les *syphilides à petites papules*, *syphilides miliaires* ou *granuleuses*, consistent en très petits éléments, occupant, sur de grandes surfaces, le sommet des papilles et prenant, à la base des follicules pilo-sébacés, un aspect lichénoïde. Elles sont très tenaces, mais sans signification grave. Au même type appartiennent : les *syphilides croûteuses* du cuir chevelu, les *syphilides herpétiformes*, *varicelliformes*, *varioliformes*, modalités rares. Toutes les formes mentionnées jusqu'ici ne laissent aucune cicatrice.

3<sup>o</sup> Les *syphilides à grosses papules*, plus tardives, ne sont précoces que dans les formes malignes. Elles se distinguent par leur largeur, leur tendance à se limiter et à s'infecter secondairement. Les *syphilides ethymateuses*, forme commune de ces infections mixtes, occupent les membres inférieurs, les flancs et le dos. Quand il est très étendu, recouvert de croûtes épaisses, grisâtres, comparable à des écailles d'huitres, l'ethyma prend le nom de *rupia*.

Un degré de plus, et on arrive aux *formes ulcéreuses*, propres aux syphilis malignes précoces. Souvent disséminées et extensives, les ulcérations ont des contours arrondis, un fond sanieux qui offre souvent un piqueté hémorragique et laisse suinter un pus jaunâtre très fétide. Cédant à un traitement intensif, ces ulcères laissent des *cicatrices* déprimées, gaufrées et blanchâtres, entourées d'une zone pigmentée.

Les *condylomes plats* ou *plaques syphilitiques de la peau* ne sont souvent que des syphilides papulo-érosives des surfaces humides de la verge, des bourses, de la vulve, de l'anus, de la face interne des cuisses, ou des espaces interdigitaux. Ils deviennent souvent *végétants, papillomateux*, ou se recouvrent ailleurs de *croûtes* formant parfois des nappes, qui, au niveau des plis, peuvent se creuser de profondes fissures. Ces lésions sont très contagieuses.

Très fréquente, l'*alopécie* se déclare vers le 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> mois, n'épargnant ni la barbe, ni les sourcils, ni les cils, et formant, sur le cuir chevelu, des *clairières* où subsistent quelques cheveux ; la *repousse* est la règle.

Les *lésions des ongles* sont variables ; l'ongle, parfois, devient cassant ; son bord libre devient fragile ou s'écaille ; il arrive aussi qu'il se bombe au centre, se décolle, ou se détache à la racine, en vertu de troubles de nutrition. D'autres fois, des papules brunâtres, visibles à travers l'ongle, le fendillent, le ramollissent ou le dessèchent (*onyxis sèche*). Plus sévère, la *péri-onyxis ulcéreuse* forme des bourgeons violacés qui écartent l'ongle et en déterminent la chute.

La plupart des types cutanés répondent, sur les muqueuses, à des types analogues. Sur les muqueuses de la bouche et du pharynx, de la vulve, du gland, des macules rouges constituent la *roséole des muqueuses* ; des papules, généralement érosives, forment les *plaques muqueuses* ; lisses et rouges sur la langue, celles-ci sont plus saillantes et opalines dans la bouche, l'isthme du gosier et sur la muqueuse génitale. Les irritations diverses, le tabac et l'alcool surtout, les rendent souvent *hypertrophiques, papilloma-*

*teuses, diphtéroïdes ou ulcéreuses* (surtout dans les plis et aux commissures). Très virulentes, les plaques muqueuses sont les agents habituels de la contagion syphilitique.

Absolument rebelle au traitement spécifique, la *syphilide pigmentaire* (*parasyphilitique* pour Fournier), plus commune chez la femme, consiste en une pigmentation d'un brun sale, formant un réseau à assez larges mailles, limitant des espaces arrondis de peau blanche. Elle se développe lentement sur le cou, les aisselles, les flancs, le ventre, les cuisses, dure parfois des années et s'efface peu à peu; elle ne serait pas absolument exclusive à la syphilis.

La *leucoplasie buccale*, commune chez les fumeurs syphilitiques, n'appartient pas non plus en propre à la syphilis.

**Évolution des accidents secondaires.** — Pendant les premiers mois de la syphilis, se montrent des manifestations d'origine nettement infectieuse, telles que : fièvre, dénutrition, céphalée, poly-adénopathies, roséole, éruptions papuleuses généralisées, plaques muqueuses, etc. Les plaques, les syphilides papulo-érosives et autres lésions contagieuses peuvent avoir cessé dès le 6<sup>e</sup> mois. Dès lors, plus circonscrites, les éruptions tendent à se cantonner en certaines régions (paume des mains), à se reproduire sous la même forme. Une *nouvelle phase silencieuse* peut s'écouler de la 2<sup>e</sup> à la 4<sup>e</sup> année, mais cette règle souffre de nombreuses exceptions. Certains sujets voient se reproduire leurs plaques muqueuses, avec une ténacité extrême, pendant des années (4, 8, 12 et 18 ans). Le malade reste encore exposé, jusqu'à la 5<sup>e</sup> année, à des *roséoles de retour*, à des récidives éruptives inattendues, à des accidents viscéraux inopinés et graves. Les lésions ulcéreuses à tendance destructive, l'anémie et la dénutrition profondes propres aux syphilis malignes, s'observent à la limite des périodes secondaire et tertiaire; dans ces cas, les lésions tertiaires peuvent, du reste, se montrer dès la fin du 6<sup>e</sup> mois.

**Période tertiaire.** — Les *accidents tertiaires*, succédant d'habitude à une phase d'accalmie et de trêve complète susceptible de durer des mois et des années (quand elle ne dure pas toute la vie), offrent généralement une allure spéciale. Isolés et circonscrits, ils surviennent à de longs intervalles (plusieurs années), n'altèrent l'état général qu'en raison de leur siège, et consistent en *néoplasies torpides* évoluant soit vers la nécrobiose (*gommés*), soit vers la sclérose. Même traitées, ces lésions laissent des cicatrices, mais ne sont pas contagieuses. Les accidents tertiaires éclatent, le plus souvent, au cours de la 5<sup>e</sup> année, mais sont loin d'être rares pendant la 2<sup>e</sup> et même la 1<sup>re</sup> (*tertiarisme précoce*). Plus fréquents la 2<sup>e</sup> année que les 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup>, ils sont aussi communs la 1<sup>re</sup> que les 8<sup>e</sup>, 9<sup>e</sup> et 10<sup>e</sup>. On peut voir le *tertiarisme précoce* éclater aussitôt après le chancre, se substituant à la période secondaire supprimée.

Le *tertiarisme précoce* offre cependant quelques *caractères propres*. Souvent multiples, disséminées, les lésions ont même tendance à se généraliser; sont souvent ulcéreuses et grandissent rapidement, malgré un traitement rationnel intensif. Leurs allures tiennent donc à la fois des phases

secondaire et tertiaire. Enfin, certaines lésions tertiaires ont pu, exceptionnellement, se montrer contagieuses. Les phases secondaire et tertiaire empiètent donc souvent l'une sur l'autre par des réveils imprévus de virulence au cours de l'atténuation régulière.

Polymorphes en général, les accidents tertiaires sont pourtant, d'habitude, assez uniformes chez un même sujet, quoiqu'ils n'épargnent aucune région et aucun organe. Les accidents sont *viscéraux* et *cutanés*. Les premiers ont fait l'objet de chapitres spéciaux; les seconds seront seuls étudiés ici.

Les syphilides tertiaires de la peau comprennent : les *gommés cutanées* et *sous-cutanées*, les *syphilides tuberculeuses*.

**Gommés.** — La *gomme* apparaît sous forme d'une tumeur arrondie, dure et lisse, mobile si elle est hypodermique, indolente, non inflammatoire à sa première phase (*de crudité*). La rougeur de la peau annonce la période de ramollissement; la gomme devient alors vaguement fluctuante; la peau, amincie, se perfore et laisse écouler un liquide louche, filant et visqueux. Il reste alors un *ulcère gommeux*, à bords nets, taillés à pic, et dont le fond est formé par le *bourbillon gommeux*, masse dure et adhérente, d'un blanc jaunâtre, que finit par éliminer la poussée des bourgeons charnus. La réparation laisse une *cicatrice* déprimée, *radiée, blanche au centre, et entourée d'une zone pigmentée*.

Tantôt unique, tantôt disséminée en grand nombre, la gomme peut se montrer partout, mais est plus fréquente aux membres inférieurs où les ulcères gommeux sont très rebelles. Sur les faces sous-cutanées du tibia, de la clavicule, la gomme peut être d'abord osseuse, puis dermique; il arrive aussi qu'une gomme cutanée envahisse le périoste, puis l'os qui subit la nécrose. Quoique exceptionnelle, la *guérison spontanée* des gommés est possible, mais toujours très lente et assurée par des cicatrices vicieuses rétractiles.

**Syphilides tuberculeuses.** — Les *syphilides tuberculeuses*, associées, en certains cas, à des gommés sous-cutanées, mais plus souvent pures, sont tantôt simples, tantôt ulcéreuses. Les *syphilides tuberculeuses simples* ou *papuleuses tertiaires*, contrairement aux papules secondaires, *infiltrant l'épaisseur du derme*, sont dures et colorées en rouge brun sombre. Cantonnées en des régions limitées, elles forment souvent des placards à contour circiné, dont la progression excentrique rejette à la périphérie les éléments jeunes, laissant au centre les éléments anciens en voie de régression. Leur surface est lisse, parfois squameuse; les tubercules forment en certains cas des *nappes confluentes* groupées en un demi-cercle festonné, dont le centre prend l'aspect cicatriciel. Propre aux syphilides tertiaires, la cicatrice, précédée d'une tache brunâtre cuivrée, devient ensuite blanchâtre, plus ou moins déprimée. On voit aussi ces syphilides en nappe parcourir, en une *marche serpiginieuse*, de vastes espaces tégumentaires, en laissant derrière elles des traînées cicatricielles.

**Syphilides tuberculo-ulcéreuses.** — Les *syphilides tuberculo-ulcéreuses* sont plus souvent serpiginieuses. Ici, au lieu de rester secs, les tubercules se ramollissent et s'ouvrent en une *ulcération* anfractueuse, couverte de *croûtes*

dures, brun verdâtre, épaisses et adhérentes. La chute des croûtes découvre un fond grisâtre, irrégulier, cerné de bords taillés à pic aux dépens d'une peau rouge et infiltrée. La guérison, par bourgeonnement du fond, laisse une cicatrice blanche, déprimée, encadrée d'une bordure pigmentée. Non traitée, l'ulcération progresse par ses bords et se cicatrise au centre. Plusieurs ulcères semi-lunaires réunis forment parfois de vastes plaies circinées ou en fer à cheval. Très lent, le processus peut frapper n'importe quelle région, susceptible, à la face, de produire l'*ectropion*, de détruire le nez (voy. *Syphilis nasale*) ou les lèvres. Ailleurs, la marche est rapidement nécrosante, dès l'apparition des tubercules; c'est la *syphilide tuberculo-gangreneuse*, rare, entraînant subitement de vastes pertes de substance.

Les *infections secondaires*, les poussées d'*érysipèle* en particulier, accélèrent la marche des lésions, causant, à la face, aux lèvres, des hypertrophies éléphantiasiques et des difformités repoussantes.

Les dermatoses tertiaires se montrent à toutes les époques de cette période; pourtant, les *formes ulcéreuses phagédéniques* sont propres au *tertiarisme précoce*; les *syphilides tuberculeuses sèches* apparaissent dès les premières années des *syphilis bénignes*, restant aussi les seules manifestations tardives, toujours discrètes, évoluant lentement, souvent méconnues dans leur cause. On les observe, à peu près, à tous les moments de la période tertiaire.

La *syphilis tertiaire viscérale* frappe la moelle plus tôt, quoique bien plus rarement que l'encéphale. Relativement tardives, les *lésions bucco-pharyngées tertiaires* éclatent entre la 5<sup>e</sup> et la 15<sup>e</sup> année. La syphilis frappe le testicule vers la 5<sup>e</sup> année, le larynx plus tôt (2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> année). Les syphilis rénale, hépatique, pulmonaire, bien plus tardives, sont fréquemment associées. Très irrégulière, du reste, la marche de la syphilis tertiaire varie avec les sujets.

**Affections para-syphilitiques.** — Ce sont des affections qui, quoique n'étant pas du ressort de la syphilis, ne surviendraient pourtant pas sans elle, mais sont rebelles à la médication spécifique. Les deux principales sont le *tabes* et la *paralysie générale* auxquels la syphilis prend une part étiologique considérable.

**Syphilis héréditaire.** — **Notions étiologiques.** — La syphilis est dite *héréditaire*, quand elle est transmise par les ascendants qui en étaient porteurs avant la conception. Selon Fournier, un couple formé de deux syphilitiques transmet la vérole 92 fois sur 100 au produit conçu, exposé de ce fait à une mortalité de 68,5 pour 100. Seule syphilitique la mère donne, 84 fois sur 100, naissance à un enfant contaminé qui a 60 chances sur 100 de succomber. La syphilis du père seul est, 37 fois sur 100, transmise à l'enfant qui n'encourt qu'une mortalité de 28 pour 100. L'influence de la syphilis des ascendants, qui n'est pas fatale, même quand tous deux sont infectés, tend à s'atténuer, à mesure que la date de l'infection s'éloigne, de façon à devenir presque nulle, après la 6<sup>e</sup> année; la longueur du traitement suivie exerce la même influence atténuante. Quand une mère saine porte un enfant qui a pris la syphilis du père, elle peut soit devenir elle-même syphilitique du 2<sup>e</sup> au

5<sup>e</sup> mois de la grossesse, ce qui constitue la *syphilis conceptionnelle*; soit, tout en semblant indemne, subir une infection atténuée ou latente qui lui permet d'allaiter impunément son enfant, en vertu d'une sorte d'immunité (*loi de Colles et Beaumès*). Inversement, quand une femme prend la syphilis avant le 8<sup>e</sup> mois de la grossesse et accouche d'un produit sain en apparence, l'enfant naît inapte à contracter la syphilis de sa mère. Il n'en est pas de même, si celle-ci est devenue syphilitique dans les 2 derniers mois de la grossesse.

La syphilis héréditaire revêt deux formes distinctes : la *syphilis héréditaire précoce* soit *foétale*, soit *du nouveau-né*, et la *syphilis héréditaire tardive*.

**Syphilis héréditaire précoce.** — **Syphilis foétale.** — Cliniquement, la syphilis foétale se traduit, en général, par la fréquence des *avortements* et des *accouchements prématurés* avec produit mort et macéré. Si le fœtus, à terme ou non, est expulsé vivant, il est petit, cachectique, à la peau terne et ridée, et succombe bientôt, soit sans cause apparente, soit à la bronchopneumonie.

**Syphilis héréditaire du nouveau-né.** — Elle éclate au bout de 2 à 4 semaines; rarement après le 3<sup>e</sup> mois, exceptionnellement après le 6<sup>e</sup>. Le pemphigus seul peut exister dès la naissance. Autrement, l'enfant peut sembler naître sain, mais ne tarde pas à dépérir, à se cachectiser, attirant l'attention par la teinte jaunâtre du tégument et l'inaptitude à se nourrir.

La *roséole* est exceptionnelle et très fugace, mais on observe souvent des *macules* d'un rouge sombre, tirant sur le jaune, parfois un peu saillantes (*érythème maculo-papuleux*), souvent réunies en placards, surtout multiples aux membres inférieurs, gagnant ensuite le tronc et la face, pour disparaître après plusieurs semaines, en laissant des taches pigmentées typiques.

Bientôt apparaissent divers types de papules : *larges papules* violacées, souvent psoriasiformes, sur les fesses, les cuisses, la plante des pieds; *papules érosives*, dans tous les plis, sujettes à s'hypertrophier, à se fissurer; *papules crustacées*, sur le cuir chevelu et derrière les oreilles. Le contact des urines, des matières fécales, tend à défigurer plus ou moins ces éléments, difficiles, par ce fait, à distinguer de beaucoup de dermatoses banales : l'*érythème vésiculeux des fesses*, très souvent lié à la diarrhée verte, formé de plaques érythémateuses respectant les plis et qu'entourent des vésicules; l'*érythème simple lenticulaire* ou *syphiloïde post-érosive* de Sévestre et Jacquet, lésion formée par une vésicule, qui, après érosion, fait place à un soulèvement papuleux, respectant les plis naturels, offrant à sa périphérie un fin plissement épidermique rayonné. La confusion doit encore être évitée : avec un érythème cuivré, étendu et saillant finissant par desquamer largement, et observé chez les enfants sains; avec l'*herpès vacciforme* (*vaccino-syphiloïde* de Besnier et Fournier) qui procède par poussées successives, et offre une ombilication centrale.

Par contre, le *pemphigus* est bien spécial à la syphilis héréditaire. Il apparaît, généralement, dès la première semaine, sous forme de bulles occupant surtout la paume des mains et la plante des pieds, plus rarement, les jambes