

*polyphagie*, d'autres fois de la *polydypsie*. Enfin, il nous reste à citer deux symptômes très fréquents et dont l'importance diagnostique est assez grande. C'est d'abord une *augmentation de la sécrétion sudorale*, qui se manifeste surtout pendant la nuit; ces sueurs nocturnes, sans fièvre, se lient très souvent à l'apparition des premiers exanthèmes. — L'autre symptôme que présentent beaucoup de malades à cette période de la syphilis est une certaine *irritabilité* du système nerveux, une nervosité qui se traduit surtout par une insomnie sans aucune cause, sans aucune souffrance.

Par suite de l'altération de nutrition générale qu'entraîne la syphilis, beaucoup de malades prennent l'*aspect anémique*; ils paraissent « mal portants » et, dans ces cas, l'examen du sang a, en effet, montré qu'il y avait diminution du nombre des globules rouges. Il est vrai que cette anémie peut faire complètement défaut, et sous une coloration bien saine du visage, sous un teint frais, se cache souvent, au grand dam de celui qui s'y fie, une vérole bien conditionnée. Il nous reste encore à signaler un dernier symptôme, qui est du reste loin d'être constant; c'est une certaine *tuméfaction de la rate* qui établit une dernière analogie entre la syphilis et les autres maladies infectieuses.

Tous ces symptômes ajoutés aux éruptions cutanées et muqueuses dont nous allons parler dans les chapitres suivants, forment le tableau général de la période éruptive de la syphilis. Ce tableau est cependant très changeant: les éruptions cutanées et muqueuses sont très constantes, mais les autres manifestations, celles que nous avons étudiées dans le présent chapitre apparaissant, dans chaque cas, avec une intensité variable; tantôt c'est l'une, tantôt c'est l'autre qui prédomine et parfois même, bien que plus rarement, elles font totalement défaut. En thèse générale, on peut dire qu'elles sont beaucoup plus atténuées chez l'homme que chez la femme; chez le premier l'apparition des phénomènes généraux se fait d'une manière tout-à-fait insidieuse; chez la dernière, les symptômes subjectifs existent presque toujours avec une intensité variable, telle parfois que les malades se croient dangereusement atteints.

Bien que les symptômes les plus constants de la période éruptive, les adénopathies, les exanthèmes de la peau et des muqueuses tiennent la première place au *point de vue diagnostique*, il faut cependant tenir compte d'un fait qu'on néglige

malheureusement assez souvent: les symptômes subjectifs, les phénomènes douloureux si variés, que nous venons de décrire sont précisément ceux qui amènent le malade chez le médecin; ce sont eux dont les malades se plaignent exclusivement, soit qu'ils ne remarquent pas les autres manifestations, soit qu'ils n'y attachent aucune importance. Et comme dans l'occurrence, nous avons ordinairement affaire à des femmes, l'erreur est d'autant plus facile à faire que précisément chez elles les manifestations génitales échappent très aisément à l'observation et qu'une éruption sans aucun symptôme subjectif passe facilement inaperçue. — Il n'est pas rare de voir des médecins qui ne connaissent pas suffisamment ces symptômes, traiter pendant des semaines leurs malades par la morphine, le bromure de potassium, les nervins et l'électricité, naturellement sans aucun succès, tandis qu'une médication spécifique appropriée suffit à faire disparaître en peu de jours tout symptôme subjectif. — Le médecin fera toujours bien, quand il se trouve en présence de douleurs non motivées, telles que nous les avons décrites, de penser à la syphilis et de diriger son examen dans cette direction; il est facile de le faire sans mettre le malade en éveil. C'est ainsi qu'on pourra tout au moins éviter les erreurs de diagnostic et de traitement que nous venons de signaler.

## CHAPITRE VII

### LES AFFECTIONS SYPHILITIQUES DE LA PEAU

#### 1. — SYPHILIDE MACULEUSE

La **syphilis maculeuse** (*syphilide en plaques, roséole syphilitique*) est l'exanthème qui, le plus ordinairement, apparaît le premier. Elle est constituée par des taches rouges, de forme arrondie; elles ne font pas saillie ou ne présentent qu'une élévation tout-à-fait insignifiante. Quand l'exsudation est plus

forte, les taches ressemblent à des élevures d'urticaire (*Roséole ortiée*, FOURNIER); la pression les fait disparaître; toutefois, lorsque l'éruption dure depuis un certain temps, la peau conserve, à l'endroit qu'ont occupé les plaques, une légère teinte jaunâtre ou jaune brunâtre; ce fait démontre que la roséole syphilitique n'est pas une simple hyperémie, mais qu'en outre existe aussi un certain degré d'infiltration et d'exsudation. L'étendue des taches est très variable; tantôt elles sont très petites, d'autres fois elles sont grandes comme une pièce de 1 franc et même plus. En général, dans chaque cas particulier, toutes les plaques ont des dimensions uniformes, ce qui permet de diviser la roséole en *roséole à grandes* et à *petites taches*. Quant au nombre des macules, les différences individuelles sont très considérables; parfois elles sont isolées, rares, d'autres fois toute la surface du corps en est abondamment couverte; entre ces deux extrêmes on observe naturellement toutes les transitions possibles. D'une façon générale, on peut dire que moins les taches sont nombreuses, plus leurs dimensions sont grandes; lorsqu'elles sont abondantes, c'est le type à petites macules qu'on observe; cette règle n'est cependant pas sans exception. — Dans des cas exceptionnels, les efflorescences sont *hémorragiques*; ces hémorragies s'observent aussi dans la syphilide papuleuse; mais c'est surtout dans les cas de syphilis précoce qu'on les rencontre souvent.

Quand la roséole apparaît comme récidive, elle prend ordinairement beaucoup moins d'extension que la roséole primitive; elle offre alors le type à grandes macules; de plus on voit la forme primitive des papules se modifier fréquemment: elles deviennent annulaires; le centre normal, plus pâle, est entouré d'un rebord hyperémié plus ou moins large. (*Roséole annulaire.*)

La **localisation** de la roséole syphilitique a pour premier caractère d'affecter une symétrie plus ou moins marquée; les deux côtés du corps sont envahis d'une manière assez égale; remarquons aussi que c'est au tronc que les macules sont les plus abondantes; dans les cas où l'exanthème est peu étendu c'est la seule partie qui en soit couverte. Lorsque l'éruption est plus riche elle recouvre aussi les membres et le cou; le visage et la face dorsale des mains et des pieds restent presque toujours indemnes. Il n'est pas très rare de trouver des macules au creux de la main et à la plante du pied; les symptômes et l'évolution de la roséole sont alors un peu différents et se rapprochent de ceux de la syphilide

papuleuse localisée aux mêmes endroits; aussi préférons-nous en remettre la description.

Au moment où la peau se couvre de macules, les muqueuses deviennent ordinairement le siège d'éruptions absolument analogues, mais dont l'évolution est différente en raison des différences de structure des surfaces atteintes; nous y reviendrons plus longuement. Pour compléter la description de ce tableau morbide nous n'avons plus qu'à attirer l'attention sur un dernier caractère de l'éruption, bien que nous empiétions sur le chapitre suivant: c'est la *polymorphie* des exanthèmes syphilitiques; souvent l'exanthème spécifique n'a pas un caractère univoque; on trouve, l'une à côté de l'autre, des efflorescences toutes différentes et toujours ces divergences s'expliquent par des conditions locales bien déterminées. Très souvent, par exemple, au milieu d'une éruption maculeuse généralisée, on trouve à certains endroits des infiltrations plus dures, des papules; celles-ci s'observent ordinairement aux organes génitaux et à leur pourtour, au sillon de l'anus, à la nuque, au pli du coude, plus rarement au pourtour de l'aisselle. A ces endroits, la peau est très fine ou bien elle est soumise à des irritations persistantes qui expliquent la production de ces infiltrations: contact de deux surfaces cutanées, frottement des vêtements (au cou par exemple, c'est le col de la chemise). A l'endroit où un vésicatoire a récemment été appliqué, l'éruption est papuleuse alors que sur le reste du corps, elle est composée de macules.

On rencontre quelquefois aussi des pustules disséminées au milieu d'un exanthème maculeux; c'est surtout à la jambe, peut-être en raison des conditions défectueuses de la circulation, qu'on les rencontre de préférence. Signalons aussi tout spécialement les modifications que subissent les efflorescences aux endroits fortement recouverts de poils. Au lieu du simples macules hyperémiques, il s'y forme des foyers sécrétants, dont le liquide se concrète en croûtes jaunâtres ou sanguinolentes qui agglutinent les cheveux; lorsqu'on les enlève, ce qui ne se fait pas sans douleur, on met à nu une excoriation superficielle qui saigne facilement. Cette particularité se rencontre ordinairement au cuir chevelu; cette affection désignée sous le nom d'impétigo syphilitique de la tête (*impetigo syphilitica capitis*) accompagne presque constamment la roséole et les exanthèmes de début; elle présente une importance diagnostique considérable, car l'attention

des malades est attirée sur ce symptôme par la résistance douloureuse que les croûtes opposent au peigne.

La roséole syphilitique ne donne lieu à aucun *symptôme subjectif*, sauf les exceptions que nous avons signalées. Les parties malades ne sont le siège d'aucun chatouillement, d'aucune sensation anormale. Seules les éruptions à la paume de la main et à la plante des pieds font parfois exception et peuvent être prurigineuses.

**L'évolution** de la roséole syphilitique, comme celle des autres symptômes de la syphilis subit naturellement de profondes altérations du fait du traitement. La roséole est toutefois un des symptômes qui disparaissent d'eux-mêmes, sans traitement, en un temps très court, de quelques semaines à un ou deux mois environ; il est évident qu'un traitement bien dirigé en active fortement la disparition, qui se produit alors en 8-15 jours, en général. — La tache perd d'abord sa coloration rouge-vif et devient livide, puis la coloration rose disparaît tout-à-fait et l'endroit qu'occupait la tache présente une teinte brun-jaunâtre clair, qui ne disparaît pas à la pression. Plus tard, cette coloration s'efface aussi et la peau reprend son aspect normal. Il est exceptionnel qu'il se produise une très légère desquamation. Dans beaucoup de cas, après la résorption de la tache de roséole, et — soit dit en passant, des papules — il persiste longtemps encore une modification particulière du pigment cutané; nous parlerons plus loin de cette lésion, la *leucodermie syphilitique* qui présente une importance énorme pour le diagnostic de la syphilis. La roséole est une des éruptions de la syphilis qui récidivent avec le plus de facilité; chez certains malades, pendant les premières années, on observe une série de récidives de roséole; celles-ci, d'habitude, diminuent d'extension, au fur et à mesure des nouvelles éruptions. jusqu'à ce quelles soient réduites à quelques taches.

**Pronostic.**— Ici, comme dans les chapitres suivants, nous ne nous occupons que du pronostic de l'altération locale et non de celui de la syphilis, qui trouvera sa place dans un chapitre spécial. Le pronostic de la roséole syphilitique est favorable; elle disparaît en un temps relativement court, sans avoir donné lieu à des troubles sérieux et sans laisser après elle d'altérations persistantes.

**Diagnostic.**— Citons d'abord, parmi les affections cutanées

qui présentent une certaine analogie avec la roséole syphilitique, les exanthèmes des *maladies infectieuses aiguës*. Il est difficile de la confondre avec la *scarlatine*; la *rougeole* prête un peu plus à l'hésitation; toutefois la prédilection de la rougeole pour la face et les complications catarrhales concomitantes empêchent toute erreur. — Par contre, l'éruption du *typhus abdominal* ainsi que celle du *typhus exanthématique* présentent souvent une telle analogie avec la roséole syphilitique qu'il est à peine possible, dans certaines circonstances, d'établir la différence. Mais, dans ces cas, les autres symptômes et l'état général des malades ne permettent pas de se tromper. — On a aussi pu prendre pour une roséole syphilitique les *érythèmes* et l'*urticaire (urticaire balsamique)* provoqués par l'ingestion des balsamiques; ordinairement ces éruptions s'accompagnent de démangeaisons très vives et d'habitude présentent une tuméfaction plus forte.

La roséole présente souvent certaines analogies avec deux affections cutanées d'origine parasitaire, l'*herpès tonsurant* dans sa forme disséminée et le *pytíriasis versicolor*. Dans l'*herpès tonsurant* disséminé, comme dans la roséole, le corps tout entier est parsemé de taches rouges; mais, au bout de peu de temps, ces macules deviennent le siège d'une desquamation qui fait défaut dans la roséole syphilitique. De plus on trouve ordinairement à certains endroits, des foyers plus anciens présentant la forme circinée, desquamative, caractéristique de l'*herpès tonsurant*. — Enfin, l'*herpès tonsurant* est toujours prurigineux contrairement à l'exanthème syphilitique. — Le *pytíriasis versicolor* affecte parfois aussi la forme de foyers circonscrits, arrondis, disséminés sur le corps; il présente alors une certaine analogie avec la roséole syphilitique; mais ces taches subissent soit spontanément, soit par grattage, une desquamation des couches superficielles de l'épiderme; on peut dans ces pellicules démontrer sans peine la présence du parasite, ce qui, soit dit en passant, est beaucoup plus difficile dans la forme d'*herpès tonsurant* dont nous venons de parler.

Il nous reste à citer un dernier exanthème, les taches bleues, (*maculae caeruleae*) produites par les morpions. Dans cet exanthème, les taches violacées, bleu-mat sont toujours localisées aux endroits où siègent les morpions ou dans les intervalles qui séparent ces foyers, c'est-à-dire au mont de Vénus, à la face interne des cuisses, aux bourses, à la paroi latérale du thorax, au

pourtour de l'aisselle; du reste, on réussit toujours à découvrir le ptyrius, cause de l'exanthème. Il faut naturellement mettre une certaine réserve à poser un diagnostic définitif, car il peut très bien y avoir coexistence des deux affections.

Il va de soi que, dans les cas difficiles, les autres manifestations de la syphilis prennent une importance capitale pour le diagnostic; c'est précisément pour la roséole que les conditions sont les plus favorables; presque toujours le chancre primitif existe encore et le diagnostic ne pourra s'égarer devant des lésions aussi constantes que l'adénopathie multiple, l'impétigo du cuir chevelu, les manifestations aux muqueuses ainsi qu'en présence des autres symptômes de la période éruptive, la céphalée, l'insomnie, les transpirations nocturnes, etc. Dans quelques cas rares, plusieurs années après l'infection, on voit apparaître sur le tronc quelques

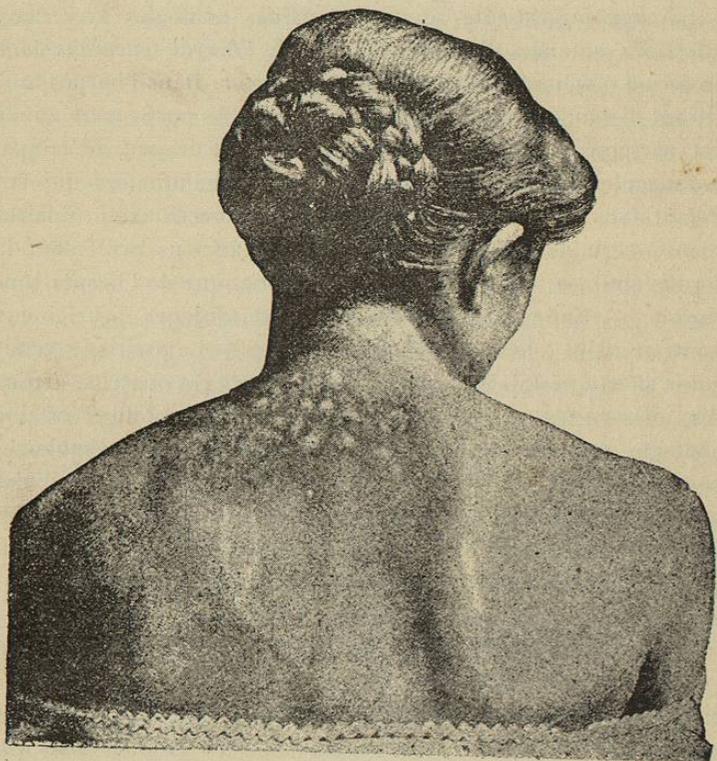


Fig. 7.  
Leucodermie syphilitique.

efflorescences annulaires, arrondies, oblongues, parfois même un peu irrégulières, le centre de ces efflorescences est normal, la périphérie est rouge ou brunâtre, souvent recouverte de petites squames; ces efflorescences peuvent atteindre d'assez grandes dimensions. — *Roséole tardive* (FOURNIER). J'ai observé plusieurs cas de ce genre, et comme le dit FOURNIER, ils se sont montrés à peu près réfractaires au traitement antisiphilitique.

Nous avons dit plus haut qu'après la roséole et les exanthèmes papuleux, on voit assez souvent persister une altération pigmentaire spéciale, la **leucodermie syphilitique** qu'on a souvent décrite sous le nom moins heureux de *syphilis pigmentaire*. Quand cette lésion est bien constituée, la peau présente des plaques claires, assez bien délimitées, arrondies ou ovalaires, disséminées sur un fond sombre dont la pigmentation est exagérée. L'affection a naturellement un aspect très variable d'après les dimensions et le nombre des taches claires; parfois il n'y a que quelques plaques rares, distantes les unes des autres, d'autres fois elles sont si nombreuses, si rapprochées qu'il n'existe entre elles qu'un réseau délicat de lignes brunes; l'aspect de la peau fait songer à celui d'un filet à larges mailles dont les taches claires représentent les trous, le réseau brun les fils. En dehors de cette augmentation du pigment à certaines places et de sa diminution à d'autres, on ne constate aucune autre altération, ni desquamation, ni infiltration, ni phénomènes subjectifs.

La leucodermie syphilitique montre une *prédilection* très accusée pour certaines parties du corps, surtout pour le cou sur ses parties postérieures et latérales; ces endroits sont, dans la grande majorité des cas, les seuls atteints. On la rencontre en outre aux épaules, au tronc, surtout aux flancs; c'est aux extrémités qu'on l'observe le moins souvent. Ce sont, comme on le voit déjà par cet énoncé, les parties du tégument les plus pigmentées à l'état normal, sur lesquelles se rencontre le plus souvent cette altération; il faut toutefois qu'elles aient été le siège d'une éruption syphilitique. Une autre particularité encore inexplicée, c'est que la leucodermie atteint presque toujours les *femmes*, (dans les 9/10 des cas) et, tandis que chez elles la leucodermie occupe presque exclusivement le cou, chez l'homme elle atteint assez souvent d'autres parties. C'est chez l'homme seulement que nous avons jusqu'ici observé une leucodermie généralisée, couvrant tout le tégument; dans ces cas la disposition des taches blanches

répond rigoureusement à celle des plaques de roséole qui ont disparu.

Cette dernière circonstance nous permet de conclure que la leucodermie reconnaît pour cause la résorption de la roséole entraînant une diminution du pigment aux endroits où siégeait la macule érythémateuse; en même temps le pigment augmente à la périphérie de la tache absolument comme on l'observe pendant la résorption du psoriasis après un traitement par la chrysarobine. Cette opinion s'appuie sur l'observation du développement de la leucodermie après une éruption papuleuse; on peut suivre très exactement comment, à un certain stade, la partie périphérique de la papule se résorbe en laissant un anneau blanc qui dépasse les limites de l'élément éruptif et circonscrit le centre de la papule qui ne s'est pas encore résorbé.

L'époque d'apparition de la leucodermie syphilitique concorde tout-à-fait avec cette théorie pathogénique. En général elle se montre dans le troisième ou le quatrième mois qui suit l'infection, c'est-à-dire juste à l'époque où d'habitude disparaissent les premiers exanthèmes.

La leucodermie, quand elle a acquis son plein développement, conserve l'aspect que nous venons de décrire sans subir de changements, pendant longtemps, plusieurs mois et parfois davantage; alors son aspect commence à se modifier: les taches claires s'agrandissent et cet élargissement amène, quand elles sont nombreuses, la confluence des plaques isolées et la disparition des lignes brunes qui les séparaient; ces foyers confluents trahissent encore leur origine par leurs bords polycycliques, convexes en dehors. Lorsqu'il existe un grand nombre de plaques leucodermiques, il ne persiste plus après leur réunion que des îlots pigmentés, de forme irrégulière, disséminés çà et là. Grâce à l'augmentation des dimensions des plaques claires, les contours, d'abord bien marqués, se fondent; le contraste que présente les taches blanches avec les endroits hyperpigmentés diminue; c'est l'état transitoire qui précède la disparition totale de l'affection. Les endroits clairs s'assombrissent; la différence de coloration entre les endroits clairs et foncés devient de moins en moins sensible et la leucodermie disparaît. Pour que la disparition soit complète, il faut ordinairement longtemps, six mois, un ou deux ans; parfois même, on a retrouvé la leucodermie quatre années après l'infection.

Cette tenacité donne à cette affection insignifiante en elle-même une importance énorme pour le *diagnostic*; les autres symptômes de la syphilis secondaire disparaissent ordinairement en un temps assez court, sans laisser de traces certaines de leur existence. Bien que ces atrophies pigmentaires en foyers arrondis avec hyperpigmentation de leur pourtour ne soient pas spéciales à la syphilis et qu'on puisse les rencontrer aussi dans le *vitiligo*, le *psoriasis* et d'autres dermatoses, la disposition et la localisation des endroits apigmentés sont dans la leucodermie syphilitique, si caractéristiques et si typiques qu'il est impossible de la confondre avec tout autre atrophie pigmentaire. Dans l'état actuel de nos connaissances, nous devons regarder la leucodermie, telle que nous l'avons décrite, comme appartenant exclusivement à la syphilis et nous sommes autorisés, lorsque nous la rencontrons, à poser le diagnostic de syphilis et de syphilis à la deuxième période. Mais cette signification, la leucodermie ne la possède que dans un sens positif, car on ne l'observe que dans environ la moitié des cas de syphilis secondaire et, avons-nous dit, neuf fois plus fréquemment chez la femme que chez l'homme; aussi l'absence de leucodermie ne démontre-t-elle en rien l'absence de syphilis. L'importance pratique de ce précieux signe diagnostique est encore accrue par la prédilection qu'il montre pour le cou, si facilement accessible à l'investigation.

## 2. — SYPHILIDE PAPULEUSE SECONDAIRE

La **syphilide à grosses papules** (*exanthema papulosum lenticulare*) se présente sous forme d'infiltrations de la dimension d'un pois ou d'une pièce de cinquante centimes, aplaties, dures, faisant une saillie légère, de quelques millimètres au plus. Les papules typiques atteignent rarement de plus grandes dimensions; toutefois, dans certaines formes graves, on observe par exception des infiltrats plus étendus, aplatis, faisant une forte saillie et qui peuvent atteindre la largeur d'une pièce de cinq francs et même davantage. Ces larges infiltrations se rencontrent surtout au visage, mais on peut les observer sur n'importe quelle autre partie du corps; longtemps encore après leur résorption, l'endroit qu'elles occupaient resté fortement pigmenté. La coloration des papules, au début de leur apparition, est rouge ou rouge-

brunâtre; elles présentent souvent une teinte cuivrée qu'on a comparée à celle du jambon rassis et qu'on a considérée comme caractéristique des efflorescences syphilitiques; plus tard cette nuance vire ordinairement au brun. La papule a une forme arrondie ou légèrement ovale; en général, l'élément éruptif prédominant est une papule arrondie à contours réguliers, comme s'ils avaient été tracés au compas. Parfois le centre de la papule est légèrement humide et se recouvre d'une croûte; (*syphilide papulo-croûteuse*, FOURNIER).

La syphilide à grosses papules envahit souvent tout le tégument; mais parfois elle se groupe en îlots, surtout quand l'éruption est mixte, polymorphe. Les papules ont une prédilection toute spéciale pour certains points: la ligne qui sépare la nuque du cuir chevelu, puis les articulations du coude et du poignet, le sillon naso-labial, le pli mentonnier et, d'une façon générale, tout le visage. Toutefois nous n'admettons pas comme on l'a si souvent répété qu'elles montrent une prédilection toute spéciale, pour la ligne qui sépare le front du cuir chevelu; la « couronne de Vénus » est un signe diagnostique très trompeur: le psoriasis vulgaire atteint au moins aussi souvent le front que le fait la syphilis. Dans tous les cas, on constate une symétrie plus ou moins marquée dans la disposition des efflorescences. — Nous n'insisterons pas maintenant sur la tendance qu'ont les papules à se développer aux points de contact de deux surfaces cutanées, telles que le pourtour des organes génitaux et de l'anus; là, les conditions spéciales du milieu impriment aux éléments éruptifs une forme particulière, celle de *papules humides* (plaques muqueuses); on trouvera plus loin la description détaillée de cette variété morbide. — La syphilide papuleuse ne donne lieu à aucun *symptôme subjectif*, sauf quand elle siège au pourtour des organes génitaux; il faut aussi excepter les papules localisées à la paume de la main et à la plante du pied.

**Évolution.** — La syphilide à grosses papules apparaît soit comme premier exanthème de généralisation, soit comme récurrence; dans le premier cas, (les exanthèmes mixtes exceptés), les papules recouvrent tout le tégument cutané; dans le second, elles affectent plus souvent une disposition en foyers isolés, circonscrits, localisés aux endroits de prédilection que nous avons signalés. — Après un certain temps les papules commencent à présenter des signes de *régression*; ceux-ci consistent surtout en

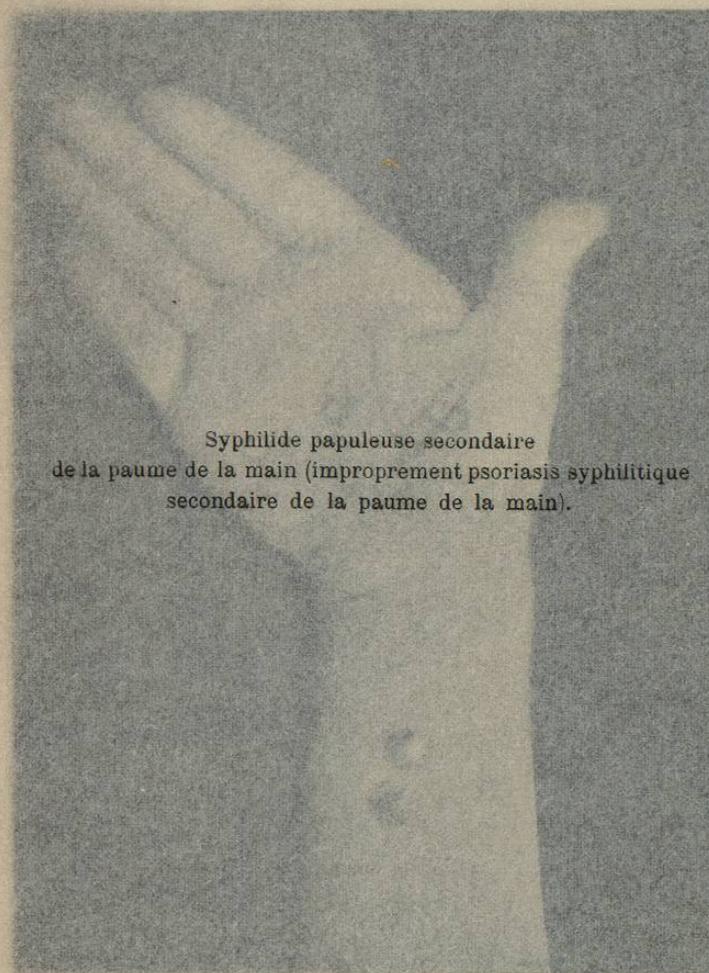
une desquamation légère (*syphilide papulo-squameuse*); assez souvent la papule présente à son pourtour un liseré arrondi, formé d'écaillés épidermiques adhérentes à l'épiderme normal; à la paume de la main et à la plante du pied, cette espèce de colerette ne fait presque jamais défaut. — En même temps la papule s'affaisse, elle perd sa consistance et finit par disparaître complètement en laissant une tache brune dont la coloration s'efface très lentement. Dans certaines circonstances spéciales seulement (voir leucodermie syphilitique) l'évolution est toute différente: la peau, à l'endroit des papules, perd son pigment et le pourtour s'assombrit. La résorption des papules secondaires ne donne jamais lieu à une cicatrice; quand le dernier reste du pigment s'est effacé, l'éruption a terminé son évolution.

**Diagnostic.** — Signalons tout d'abord la ressemblance qu'offre la maladie qui nous occupe avec certaines formes de *psoriasis*, surtout avec les formes jeunes de psoriasis généralisé. Les différences qui séparent ces deux affections sont cependant si grandes qu'on peut, en général, trancher le diagnostic immédiatement: dans la syphilis à grosses papules, toutes les efflorescences ont, à peu de chose près, les mêmes dimensions ou, tout au moins, elles n'offrent guère d'écarts aussi marqués que les efflorescences psoriasiques; dans les cas de psoriasis qui permettent l'hésitation, on trouve toujours tous les degrés de transition entre les foyers récents punctiformes et les placards anciens, naturellement plus larges. La cause de ces différences réside dans la modalité éruptive des deux dermatoses: dans la syphilis, l'éruption a plus d'uniformité et se termine en quelques semaines; dans le psoriasis, au contraire, longtemps après la première éruption, on voit encore se faire de nouvelles poussées. Enfin la papule syphilitique ne desquamme jamais autant que la plaque psoriasique; l'épiderme qui recouvre celui-ci se détache d'ordinaire par lambeaux épidermiques cohérents. Il ne faut toutefois pas oublier que ces lamelles épidermiques peuvent aussi manquer dans le psoriasis soit qu'elles aient été enlevées par des lavages, par des bains, soit qu'elles aient été entraînées par une transpiration profuse. Il faut accorder moins de valeur à un autre signe différentiel souvent invoqué; le psoriasis saignerait au grattage, la papule syphilitique ne présenterait pas ce symptôme. — Il ne faut pas trop faire fond sur le chatouillement que l'on trouve dans le psoriasis et qui man-

que dans la syphilis; le psoriasis est parfois très peu prurigineux et peut même ne pas l'être du tout. — La localisation a, par contre, une importance plus grande: le psoriasis siège très souvent au coude et au genou, du côté de l'extension; c'est là qu'on trouve les foyers les plus anciens et partant, les plus étendus; la papule syphilitique préfère au contraire le côté de la flexion, surtout au coude et aux poignets. — Déjà, en parlant de la « couronne de Vénus », nous avons dit que la valeur diagnostique de ce signe était minime et que parfois même elle favorisait plutôt l'erreur. Un signe plus sûr est l'immunité constante de la paume de la main et de la plante du pied pour les éruptions récentes de psoriasis, qui seules peuvent ressembler à la syphilis papuleuse; cette dernière atteint au contraire ces parties avec une remarquable fréquence. Enfin, en même temps que les papules, on trouve presque toujours des lésions sur les muqueuses, ce qui n'arrive jamais dans le psoriasis.

L'examen microscopique d'une papule montre qu'elle est constituée par une infiltration de petites cellules; cette infiltration débute autour des vaisseaux du derme et des réseaux vasculaires qui entourent les glandes sudoripares et les follicules pileux; puis elle envahit toute l'épaisseur du chorion et pénètre jusque dans le réseau muqueux de Malpighi, de telle sorte que la limite entre ces deux parties finit par disparaître complètement. D'après les recherches les plus récentes, on a retrouvé dans les papules le même bacille que celui qu'on a signalé dans les autres lésions syphilitiques.

Les syphilides papuleuses de la *paume de la main* et de la *plante du pied* méritent une description spéciale: quand elles affectent cette localisation on leur donne le nom de **psoriasis palmaire et plantaire syphilitique**; on devrait à la rigueur ajouter cette dénomination le mot **secondaire**, car, pendant la période tertiaire, ces mêmes régions peuvent devenir le siège de manifestations spéciales désignées aussi du nom de psoriasis. Voyons quelles sont les différences essentielles qui séparent ces papules de celles qui siègent sur d'autres parties du tégument: d'abord elles ne font pas saillie au dessus de la peau normale, ou du moins, la saillie est peu marquée; le toucher seul permet de les percevoir: elles forment des infiltrations consistantes, encastrées dans la peau. Ce caractère résulte de l'adhérence solide de la



Syphilide papuleuse secondaire  
de la paume de la main (improprement psoriasis syphilitique  
secondaire de la paume de la main).