

signification fâcheuse ni pour le degré de gravité du mal, ni pour l'état général du malade. — Il en est tout autrement quand l'éruption pustuleuse prend une grande extension, en présentant parfois un caractère serpigneux; ces symptômes assez rares sont l'indice d'une syphilis grave par elle-même et par le peu de résistance que le malade oppose à l'infection.

Ces éruptions forment une transition directe avec les **syphilides pustuleuses profondes** qu'on désigne généralement du nom d'*ecthyma syphilitique*. Dans ces syphilides le pourtour de la pustule primitive présente une forte infiltration; sous la croûte qui la remplace plus tard on trouve plus qu'une simple érosion, mais bien un véritable ulcère, plus ou moins excavé, et dont la guérison se fait toujours par cicatrice.

Ces pustules s'observent souvent aux jambes, le reste du corps étant recouvert soit de macules ou de papules; dans ces conditions, l'apparition de pustules n'a pas un pronostic défavorable. Certes, il s'agit d'ordinaire d'éruptions très fortes; mais il n'est pas nécessaire pour cela que les malades soient cachectiques et leur syphilis n'en prend pas une marche plus grave. Toutefois les efflorescences pustuleuses demandent pour se guérir plus longtemps que les macules et les pustules. — Dans ces cas, c'est évidemment à des circonstances locales et surtout aux mauvaises conditions circulatoires des membres inférieurs, qu'il faut attribuer l'intensité plus grande qu'y prennent les manifestations morbides.

La situation est beaucoup plus sérieuse quand les syphilides pustuleuses profondes envahissent le tégument tout entier; ou bien c'est à la faiblesse du sujet qu'il faut les rapporter, ou bien elles sont l'indice d'une forme de syphilis grave en elle-même, la syphilis galopante, sur laquelle nous reviendrons dans un chapitre ultérieur. On peut s'assurer que ces pustules sont bien des formes de transition vers les syphilides tertiaires proprement dites, car on les voit se transformer en ulcérations tertiaires typiques (*syphilis pustulo-ulcéreuse*).

La syphilis pustuleuse s'observe, comme nous l'avons déjà dit, à des époques très variables: certaines formes sont contemporaines des premiers exanthèmes; d'autres constituent des manifestations tardives de la période secondaire ou forment la transition entre les syphilides secondaires et tertiaires, auxquelles elles aboutissent directement.

Le **pronostic** est, comme on peut le prévoir, favorable dans certaines formes; il est plus mauvais dans d'autres, quand l'apparition des pustules décèle soit une gravité particulière de l'infection soit l'existence d'un état cachectique.

Le **diagnostic** de la syphilis pustuleuse est, sauf dans les formes serpigneuses, assez difficile si l'on s'en tient aux seuls caractères de l'éruption; car les pustules ne présentent aucune particularité caractéristique de la syphilis. On peut la confondre avec certaines formes d'acné, l'acné médicamenteuse entre autres; puis avec l'*impétigo contagieux* et même dans certaines conditions, avec l'*eczéma humide*. Lorsque l'efflorescence pustuleuse n'a pas un caractère spécifique nettement marqué, il faut s'appuyer surtout sur la coexistence d'autres éruptions spécifiques et rechercher d'autres symptômes de syphilis.

A la syphilis pustuleuse se rattache intimement la *syphilis bulleuse* (*Pemphigus syphilitique*): cette forme est exceptionnelle dans la syphilis acquise; par contre elle est très fréquente dans la syphilis héréditaire; aussi nous en remettrons la description au chapitre dans lequel nous parlerons de cette forme de syphilis.

4. — SYPHILIDE PAPULEUSE TERTIAIRE.

La **syphilide papuleuse tertiaire** se distingue de la syphilis papuleuse secondaire, moins par la forme des éléments éruptifs envisagés isolément que par la *disposition* qu'ils affectent et par l'*évolution* qu'ils prennent. La papule tertiaire présente en effet, comme la papule secondaire, l'aspect d'une nodosité brune ou rouge-brun, résistante, un peu surélevée, du volume d'une lentille; au moment où elle apparaît, elle présente une surface unie, brillante. Mais ces nodosités ne sont jamais isolées; elles forment soit un groupe unique composé de nombreux éléments, soit plusieurs groupes plus petits; en général, il est facile de constater que cette éruption s'irradie à partir de certains points où se rencontrent les papules les plus anciennes, qui parfois ont déjà subi une résorption complète; autour de ces papules, d'autres plus jeunes se développent et se propagent dans toutes les directions ou en suivant une ligne déterminée. Cette disposition rappelle celle du lichen syphilitique secondaire; seulement, dans l'exanthème tertiaire, les papules sont d'ordinaire plus volumineuses; ensuite, et c'est là le caractère différentiel le plus impor-

tant, après leur guérison, elles laissent toujours une cicatrice. Parfois ces papules deviennent confluentes et forment un rebord, un cordon d'infiltration; l'efflorescence prend alors une forme circinée ou en demi-cercle, avec cicatrice centrale. Si les anneaux ainsi formés se réunissent, ils donnent naissance à un cordon de tissu infiltré composé de segments circulaires; cette infiltration gagne dans une direction donnée en laissant derrière elle un tissu cicatriciel; ce rebord présente, du reste, tous les caractères de la papule isolée. Ces figures circinées peuvent provenir aussi de la transformation d'une papule unique; celle-ci s'accroît alors à sa périphérie tout en guérissant au centre (*syphilide papulo-serpigineuse*).

La papule tertiaire peut présenter deux **évolutions** distinctes: tantôt il ne s'y fait aucune destruction; elle se *résorbe* en laissant comme résidu une cicatrice d'ordinaire superficielle; au début cette cicatrice est rouge et entourée d'une zone brun-foncé; plus tard elle blanchit et la coloration du pourtour finit aussi par se perdre. Ces cicatrices sont parfois si superficielles qu'après un certain temps, c'est à peine si on parvient à les retrouver. La seconde terminaison de la papule tertiaire est l'*ulcération*; il se produit un *ulcère cutané syphilitique* dont nous décrirons plus loin les caractères.

Dans cette forme d'exanthème, plus que dans toute autre éruption tertiaire, se manifeste dans toute son évidence la *tendance à l'extension serpigineuse*; il n'est pas rare de rencontrer des placards grands comme la main, plus grands même, couvrant parfois tout un membre, tout le dos; le liséré d'infiltration est simplement composé de quelques segments circulaires qui envahissent la peau normale au milieu de laquelle ils siègent, en laissant sur leur passage un tissu de cicatrice. Parfois, aux endroits déjà cicatrisés, réapparaît un nodule d'infiltration qui devient un centre d'irradiation pour de nouvelles efflorescences serpigineuses. D'ordinaire l'envahissement n'est pas tout-à-fait régulier; le rebord d'infiltration n'est pas absolument continu; il est brisé par places; aussi ne se produit-il pas une cicatrice bien continue; au milieu de celle-ci on rencontre, disséminés çà et là, de petits îlots irréguliers de peau normale. Il est exceptionnel que cet exanthème donne lieu à une cicatrice couvrant sans discontinuité des segments cutanés étendus; dans ces cas, ce qui attire l'attention c'est surtout l'atrophie étendue de la peau; le liséré d'infiltration,

contigu à la peau normale est ordinairement peu visible et échappe à l'observation. Ce sont ces formes qu'on a décrites sous le nom de *Liodermie syphilitique* (FINGER).

Généralement, quand la syphilis papulo-serpigineuse a une grande extension, elle s'ulcère sur une étendue variable et l'exanthème qu'on a sous les yeux est par places papuleux, par places ulcéreux.

Cette forme éruptive appartient aux manifestations *les plus précoces* de la période tertiaire; elle survient peu d'années après l'infection, bien qu'elle puisse être plus tardive; il est rare de l'observer dans les périodes plus avancées de la syphilis.

Le **Diagnostic** est loin d'être toujours facile; il existe toute une série de dermatoses avec lesquelles la confusion est possible. Quand il n'y a qu'un groupe isolé ou quelques groupes de papules, quand la syphilide est serpigineuse, on peut la confondre avec le *lupus*, dont les éléments éruptifs présentent une grande analogie avec la papule tertiaire. Le *lupus* débute d'ordinaire dans l'enfance; il se distingue de la syphilis par sa tendance excessive à repulluler aux endroits déjà cicatrisés; dans la syphilis ce qui prédomine surtout c'est la tendance à l'accroissement périphérique; la récurrence aux endroits déjà guéris est plus rare que dans le *lupus*. En outre, le temps nécessaire à l'évolution est différent dans les deux cas; le *lupus* met beaucoup plus de temps que la syphilis à atteindre une dimension déterminée.—Les *papules secondaires*, contrairement à celles de la période tertiaire, sont généralisées à tout le corps ou tout au moins, couvrent des segments cutanés assez vastes, leur disposition est ordinairement symétrique: les papules ne forment pas de groupes (syphilis à grosses papules); ou si elles en forment (lichen syphilitique), le diagnostic peut ordinairement se faire d'après le moindre volume des papules du lichen secondaire. Enfin, les papules secondaires ne laissent jamais de cicatrices.

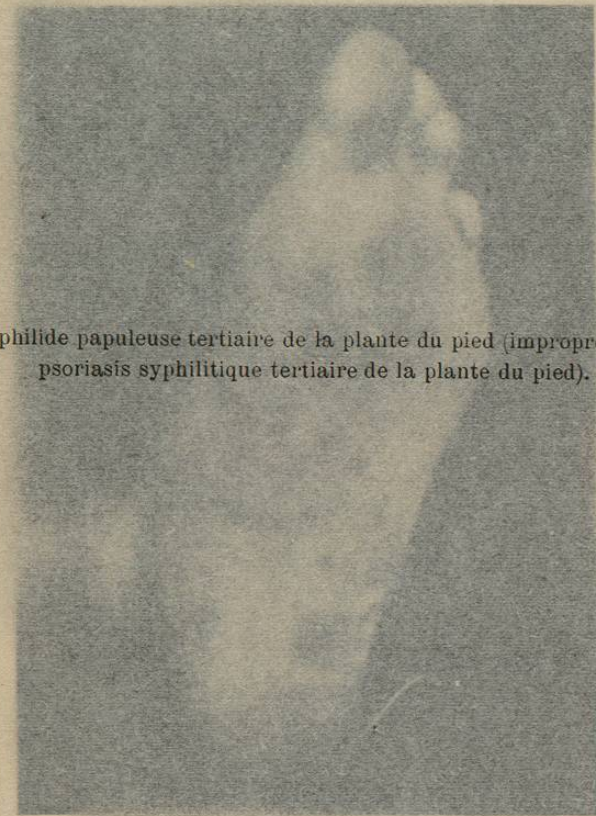
Quand les syphilides papuleuses tertiaires se présentent sous forme d'anneaux circulaires ou semi-circulaires, elles peuvent présenter une certaine analogie avec la *forme circinée de l'herpès tonsurant*, avec le *psoriasis gyrata* ou avec la *forme discoïde du lupus érythémateux*. Quant à cette dernière affection le diagnostic n'est mis en question qu'au cas de localisation au visage; en fait, il peut être très difficile à faire au premier abord. Ce qui caractérise le *lupus érythémateux* c'est sa disposition si caracté-

ristique à certaines parties du visage, c'est l'accumulation des lamelles épidermiques, ce sont des télangiectasies qu'on rencontre ordinairement en abondance dans les cicatrices qu'il laisse; mais la différence essentielle réside dans le temps nécessaire à leur évolution; en moyenne le lupus érythémateux met pour envahir une certaine surface autant d'années que la syphilis met de mois. — Le diagnostic différentiel d'avec le psoriasis et l'herpès tonsurant est beaucoup plus facile; dans ces maladies il n'y a jamais formation de cicatrices; dans l'herpès tonsurant la démonstration du champignon lèvera tous les doutes.

Les papules tertiaires de la paume des mains et de la plante des pieds méritent une description spéciale. Les caractères cliniques de l'affection qu'on désigne sous le nom de **Psoriasis palmaire et plantaire tertiaire** diffèrent par plusieurs points de ceux que présente la syphilis papuleuse tertiaire dans sa forme commune. Dans les premiers temps de la période tertiaire, parfois plus tôt, formant pour ainsi dire la transition entre les lésions secondaires et les lésions tertiaires, on observe à la paume de la main et à la plante des pieds, des infiltrations à extension serpiginieuse qui se résorbent sans laisser de cicatrice apparente; la périphérie de ces infiltrations est formée par un rebord arrondi ou polycyclique, recouvert de squames et qui finit, en progressant graduellement, par envahir toute la surface de la paume de la main, gagnant aussi la face de flexion des doigts; lorsque les doigts sont serrés les uns contre les autres, on dirait que l'infiltrat passe directement d'un doigt au doigt voisin.

Plus tard, à une période plus avancée de la syphilis l'aspect est différent: c'est un épaissement diffus, bien marqué de l'épiderme; cet épaissement, assez étendu, est limité par un bord convexe et se compose de lamelles épidermiques épaisses, brillantes, qui plus tard se détachent pour se reproduire ensuite (*S. palmaire et plantaire cornée*). On peut souvent apercevoir la zone d'infiltration, mais seulement à la limite de ces amas épidermiques; cette zone prend une extension serpiginieuse, à direction centrifuge. C'est une forme très tardive qui survient parfois des dizaines d'années après l'infection. Il arrive parfois que ces infiltrats s'ulcèrent.

— L'affection n'a pas une disposition aussi régulièrement

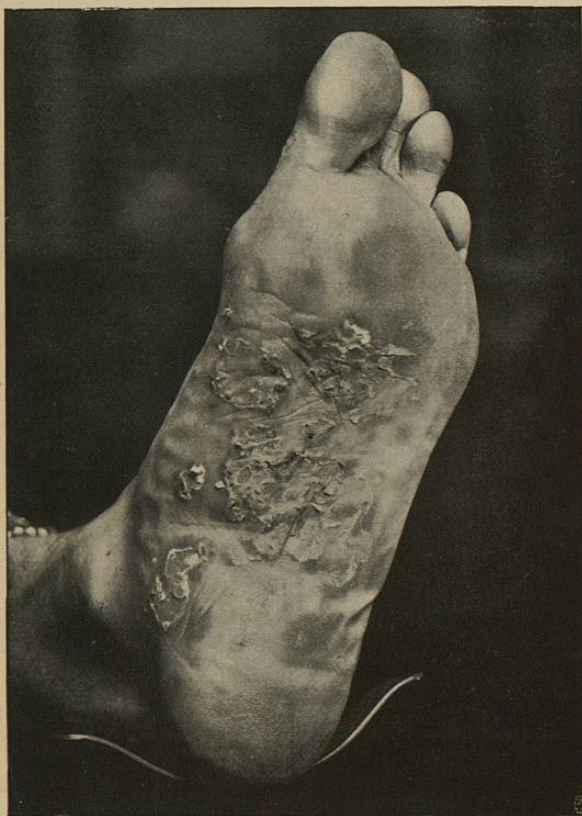


Syphilide papuleuse tertiaire de la plante du pied (improprement psoriasis syphilitique tertiaire de la plante du pied).

ristique à certaines parties du visage, c'est l'accumulation des lamelles épidermiques, ce sont des télangiectasies qu'on rencontre ordinairement en abondance dans les cicatrices qu'il laisse; mais la différence essentielle réside dans le temps nécessaire à leur évolution; en moyenne le lupus érythémateux met pour envahir une certaine surface autant d'années que la syphilis met de mois. — Le diagnostic différentiel d'avec le psoriasis et l'herpès tonsurant est beaucoup plus facile; dans ces maladies il n'y a jamais formation de cicatrices; dans l'herpès tonsurant la démonstration du champignon lèvera tous les doutes.

Les papules tertiaires de la paume des mains et de la plante des pieds méritent une description spéciale. Les caractères cliniques de l'affection qu'on désigne sous le nom de **Psoriasis palmaire et plantaire tertiaire** diffèrent par plusieurs points de ceux que présente la syphilis non tertiaire dans sa forme commune (le psoriasis tertiaire de la plante du pied).
tariaire, parfois plus tôt, formant pour ainsi dire la transition entre les lésions secondaires et les lésions tertiaires, on observe à la paume de la main et à la plante des pieds, des infiltrations à extension serpiginieuse qui se résorbent sans laisser de cicatrice apparente; la périphérie de ces infiltrations est formée par un rebord arrondi ou polycyclique, recouvert de squames et qui finit, en progressant graduellement, par envahir toute la surface de la paume de la main, gagnant aussi la face de flexion des doigts; lorsque les doigts sont serrés les uns contre les autres, on dirait que l'infiltrat passe directement d'un doigt au doigt voisin.

Plus tard, à une période plus avancée de la syphilis l'aspect est différent: c'est un épaissement diffus, bien marqué de l'épiderme; cet épaissement, assez étendu, est limité par un bord convexe et se compose de lamelles épidermiques épaisses, brillantes, qui plus tard se détachent pour se reproduire ensuite (*S. palmaire et plantaire cornée*). On peut souvent apercevoir la zone d'infiltration, mais seulement à la limite de ces amas épidermiques; cette zone prend une extension serpiginieuse, à direction centrifuge. C'est une forme très tardive qui survient parfois des dizaines d'années après l'infection. Il arrive parfois que ces infiltrats s'ulcèrent.
— L'affection n'a pas une disposition aussi régulièrement



symétrique que le psoriasis secondaire ; souvent même elle est unilatérale. Quand elle est unilatérale elle atteint plus souvent la main droite que la gauche. Comme dans beaucoup d'autres manifestations de la syphilis, l'irritation manifeste son influence sur la localisation du mal. Dans un cas, LEWIN a constaté de véritables productions cornées. Le diagnostic n'est pas facile : le *psoriasis vulgaire* est facile à éliminer ; il est rare qu'il ait cette localisation et lorsqu'on le rencontre à la paume de la main et à la plante du pied, on trouve toujours sur d'autres régions des efflorescences caractéristiques. — C'est surtout avec l'*eczéma sec, desquammatif* que l'affection qui nous occupe peut présenter de grandes analogies. Ce qui permet de les distinguer c'est encore une fois l'existence d'un rebord infiltré à marche serpentineuse qui n'existe pas dans l'eczéma chronique.

5. — SYPHILIDE ULCÉREUSE

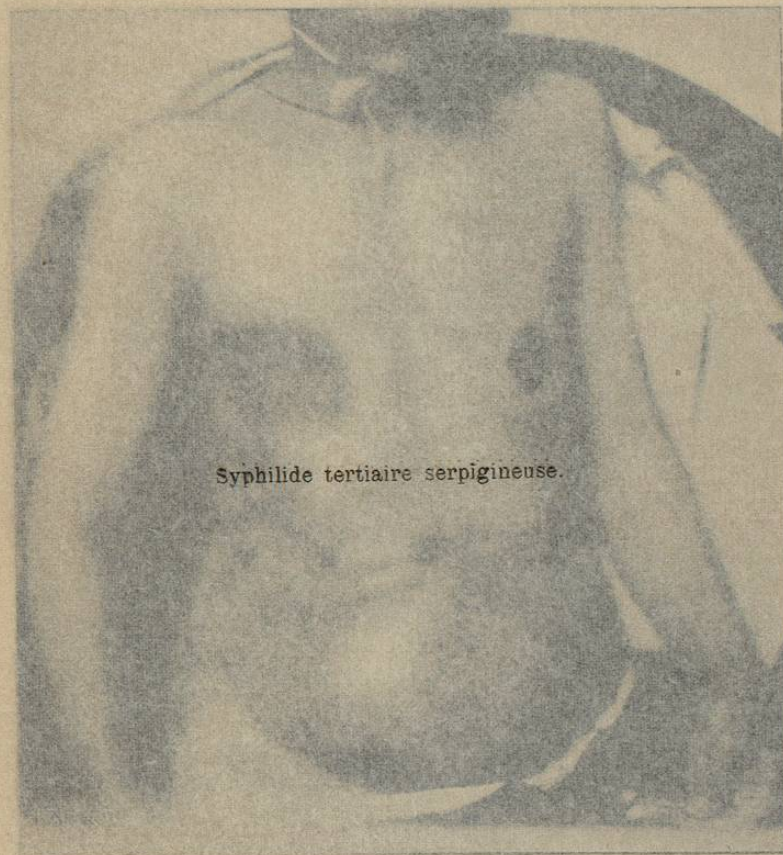
La papule tertiaire passe souvent à l'*ulcération* ; il en est de même de la gomme syphilitique dont nous aurons bientôt à nous occuper ; ces deux manifestations donnent ainsi naissance à des **ulcères syphilitiques cutanés**, à la **syphilis ulcéreuse**. Ces ulcérations ne forment donc pas une entité distincte, mais sont la résultante des lésions primitives que nous venons de citer ; elles sont en réalité le stade ultime d'évolution de ces dernières ; néanmoins, il nous paraît utile, en raison des caractères cliniques bien tranchés que ces ulcérations présentent, d'en faire l'objet d'une description spéciale.

Les *ulcères syphilitiques de la peau* sont caractérisés par leurs rebords nettement découpés, tombant à pic, par leur fond excavé, toujours couvert de pus ; parfois ce pus se concrète, forme une croûte qui comble la perte de substance et dépasse même la peau normale. Ils ont une forme particulière dont nous allons nous occuper. Comme ces ulcérations dérivent toujours d'infiltrats, papules ou gommes, grâce à un processus destructif qui a débuté au centre de la nodosité, on les trouve séparés de la peau normale par un rebord rouge, surélevé qui représente la partie la plus jeune de l'infiltration, celle qui n'est pas encore détruite. Parfois cependant le processus ulcératif a une marche tellement rapide qu'il est impossible de retrouver aucun vestige de l'infiltration ; l'ulcération paraît alors être creusée au milieu de la

peau saine. Cette particularité se rencontre surtout dans la syphilis à marche rapide, dans la syphilis « galopante. »

La forme de l'ulcère dépend évidemment de celle de l'infiltration qui lui a donné naissance; dans la syphilis papuleuse principalement, l'ulcération prend une forme semi-circulaire ou festonnée. Le second élément qui détermine la forme qu'aura l'ulcère, est la tendance qu'il présente à *s'étendre à la périphérie* tout en se cicatrisant au centre. Il est rare de rencontrer des ulcères en forme d'anneaux réguliers: car l'extension du processus ulcérateur n'est ordinairement pas uniforme, égale dans toutes les directions; ordinairement l'activité destructive s'épuise en un point tout en continuant à progresser dans les autres directions. C'est ainsi que se produisent les ulcérations si caractéristiques en *forme de fer à cheval* ou de *rein*, dont le hyle indique l'endroit où l'extension de l'ulcère s'est arrêtée. Quand ces demi-cercles se réunissent, il se forme des ulcères festonnés, à liséré d'ulcération, à envahissement graduel, ordinairement rompu par places comme les infiltrations correspondantes de la papule tertiaire et qui atteignent souvent des dimensions considérables.

Le fond de l'ulcère sécrète un pus abondant qui le couvre d'un enduit épais. La sécrétion ne diminue d'abondance que lorsque la guérison commence; il se forme des granulations rouges et le liséré cicatriciel s'avance des bords vers le centre. Ce pus, aussitôt sécrété, se dessèche; aussi les ulcères syphilitiques sont-ils en général recouverts d'une croûte; ces croûtes, leur forme exceptée, n'ont elles-mêmes rien de caractéristique; de sorte que pour faire le diagnostic, il est nécessaire de les enlever. Citons cependant une variété spéciale dont l'aspect résulte du mode d'extension de l'ulcère: ce sont des croûtes concentriques qu'on a comparées à une écaille d'huître et dont les diverses couches s'empilent les unes sur les autres. Il est facile de comprendre par quel mécanisme elles arrivent à prendre cette forme: l'ulcère, en s'agrandissant, forme des croûtes de plus en plus larges, celles-ci prennent naissance sous les croûtes préexistantes et les soulèvent; c'est le même mécanisme qui, dans le favus, donne naissance aux couches concentriques du scutulum. Quand il existe un grand nombre d'ulcérations recouvertes de ces croûtes, on donne à l'exanthème le nom de *Rhypia* ou *rupia syphilitique*.



Syphilide tertiaire serpiginieuse.

peau saine. Cette particularité se rencontre surtout dans la syphilis à marche rapide, dans la syphilis « galopante. »

La forme de l'ulcère dépend évidemment de celle de l'infiltration qui lui a donné naissance; dans la syphilis papuleuse principalement, l'ulcération prend une forme semi-circulaire ou festonnée. Le second élément qui détermine la forme qu'aura l'ulcère, est la tendance qu'il présente à s'étendre à la périphérie tout en se cicatrisant au centre. Il est rare de rencontrer des ulcères en forme d'anneaux réguliers: car l'extension du processus ulcéral n'est ordinairement pas uniforme, égale dans toutes les directions; ordinairement l'activité destructive s'épuise en un point tout en continuant à progresser dans les autres directions. C'est ainsi que se produisent les ulcérations si caractéristiques en forme de fer à cheval ou de rein, dont le hyle indique l'endroit où l'extension de l'ulcère s'est arrêtée. Quand ces demi-cercles se réunissent, il se forme des ulcères festonnés, à liséré d'ulcération, à envahissement graduel, ordinairement rompu par places comme les infiltrations correspondantes de la papule tertiaire et qui atteignent souvent des dimensions considérables.

Le fond de l'ulcère sécrète un pus abondant qui le couvre d'un enduit épais. La sécrétion ne diminue d'abondance que lorsque la guérison commence; il se forme des granulations rouges et le liséré cicatriciel s'avance des bords vers le centre. Ce pus, aussitôt sécrété, se dessèche; aussi les ulcères syphilitiques sont-ils en général recouverts d'une croûte: ces croûtes, tout forme exceptée, n'ont elles-mêmes rien de caractéristique; de sorte que pour faire le diagnostic, il est nécessaire de les enlever. Citons cependant une variété spéciale dont l'aspect résulte du mode d'extension de l'ulcère: ce sont des croûtes concentriques qu'on a comparées à une écaille d'huître et dont les diverses couches s'empilent les unes sur les autres. Il est facile de comprendre par quel mécanisme elles arrivent à prendre cette forme: l'ulcère, en s'agrandissant, forme des croûtes de plus en plus larges, celles-ci prennent naissance sous les croûtes préexistantes et les soulèvent; c'est le même mécanisme qui, dans le favus, donne naissance aux couches concentriques du scutulum. Quand il existe un grand nombre d'ulcérations recouvertes de ces croûtes, on donne à l'exanthème le nom de *Rhypia* ou *rupia syphilitique*.



Dans certaines formes rares, le fond de l'ulcère se recouvre d'excroissances papillaires, qui non seulement arrivent à combler la perte de substance, mais dépassent même notablement le niveau de la peau normale (*frambæsia syphilitica*). D'ordinaire ces excroissances s'observent aux régions pileuses, au cuir chevelu et à la barbe. Ces productions ressemblent beaucoup à une affection contagieuse qu'on rencontre sous les tropiques (*Yaws, Piawns, polypapillôme des Tropiques, CHARLOUIS*); beaucoup d'auteurs ont même identifié les deux affections; mais d'après les observations précises de Charlot, ces deux maladies sont bien distinctes, le même individu pouvant être atteint successivement par chacune d'elles.

La syphilis ulcéreuse n'a en général, aucune tendance à gagner en profondeur; il est rare qu'elle atteigne des organes profonds et les détruise; nous ne parlons évidemment pas des cas dans lesquels, en même temps que l'ulcère cutané, existent des lésions spécifiques des tissus profonds, tels que les muscles et les os; seuls, les organes constitués par la simple duplication de la peau, les ailes du nez, les paupières par exemple, peuvent subir de grandes pertes de substance.

Les cicatrices du visage peuvent, il est vrai, entraîner de graves déformations, telles l'ectropion et le symblépharon; on a vu les paupières être complètement réunies par cicatrisation graduelle de leur bord libre à partir des angles (*ankyloblépharon*). On a constaté aussi des lésions cornéennes avec perforation et perte de l'œil, mais comme le pronostic de la syphilis ulcéreuse convenablement traitée, est tout-à-fait favorable, ces conséquences fâcheuses ne s'observent que lorsqu'on est intervenu trop tard. Les ulcérations consécutives à la destruction des gomme ont d'ordinaire plus de profondeur, en raison même de la localisation moins superficielle de la tumeur gommeuse; aussi, dans la gomme ulcérée, les organes profonds, les os par exemple, sont-ils plus souvent envahis que dans les autres processus ulcératifs. Il est exceptionnel d'observer des destructions étendues, comme conséquence d'un *processus gangréneux* entraînant la nécrose et l'élimination de vastes portions de tissus.

Les ulcères syphilitiques ne peuvent guérir qu'en laissant une cicatrice, le derme étant toujours détruit. Plus tard la cicatrice devient assez souvent hypertrophique. Parfois, quand le travail ulcérateur dure très longtemps, le tissu sous-cutané, surtout aux