

panaris, par exemple; mais il a une évolution moins aiguë, est moins douloureux, ne s'accompagne pas de fluctuation. A l'amygdale, le chancre a été pris souvent pour un abcès ouvert; ici encore l'évolution du chancre est plus lente, plus torpide, généralement apyrétique et surtout il s'accompagne d'une adénopathie sous-maxillaire beaucoup plus considérable que n'en peut donner un phlegmon péri-amygdalien.

**Traitement.** — Le traitement du chancre syphilitique doit être des plus simples : supprimer toute cause d'irritation, assurer la propreté et autant que possible l'asepsie de sa surface, telles sont les deux indications à remplir.

Des lavages, et au besoin des injections dans les cas de chancres de la vulve, et dans les cas de chancres du gland recouverts par un prépuce en état de phimosis, seront faits avec des liquides soit émollients, soit antiseptiques, suivant que les parties seront ou non enflammées : de l'eau de guimauve dans le premier cas, de l'eau boriquée, une solution faible de sublimé ou la liqueur de Labarraque étendue dans le second. S'il y a de la balanite, des injections de nitrate d'argent en amèneront la disparition et faciliteront la réparation du chancre.

Après les lavages, on prescrira des pansements avec une solution de sublimé, une solution légère de nitrate d'argent, etc., ou mieux encore avec des poudres de sous-nitrate de bismuth, de dermatol ou d'oxyde de zinc, mais on s'abstiendra de tout topique irritant, même de salol. Le calomel en poudre ou en pomade, qui est prescrit d'une façon banale pour le pansement des chancres syphilitiques, doit être abandonné, en raison des phénomènes irritatifs et de l'induration qu'il provoque souvent.

Dans les chancres croûteux, on aura soin de faire tomber les croûtes au moyen de pulvérisations tièdes, ou de pansements humides ou de cataplasmes.

S'il y a des phénomènes inflammatoires, quelques pansements avec des solutions antiseptiques faibles, telles que la solution de sublimé au 5000<sup>e</sup>, les feront disparaître. Si le chancre est exubérant et si la cicatrisation se fait attendre, des cautérisations au nitrate d'argent pourront la favoriser.

La destruction ou l'ablation du chancre ont été préconisées par certains auteurs comme moyen abortif de la syphilis : nous renvoyons, pour l'exposé de cette question, de même que pour celle de l'opportunité du traitement général pendant la durée du chancre, au chapitre du traitement de la syphilis en général.

## SYPHILIS SECONDAIRE

### PHÉNOMÈNES GÉNÉRAUX DE LA SYPHILIS SECONDAIRE

Dès que le chancre est développé, ou tout au plus quelques heures après qu'il est devenu apparent, l'infection syphilitique est réalisée. Se traduisant tout d'abord par la tuméfaction et l'induration des ganglions lymphatiques correspondant à la région occupée par le chancre, elle n'a pour ainsi dire plus d'autre expression apparente pendant la période qui sépare le chancre des premières éruptions cutanées et à laquelle on a donné le nom de *seconde incu-*

*bation*; mais alors apparaissent une série de troubles de l'économie tout entière qui se déroulent plus ou moins rapidement et persistent pendant un temps variable.

Les éruptions cutanées et les lésions des muqueuses sont souvent les plus apparents de ces troubles, mais sont loin d'être les seuls. Certains se traduisent par des troubles fonctionnels dont le malade a conscience, d'autres ne se révèlent qu'à un examen attentif et complet.

L'un des plus caractéristiques de ces troubles, un de ceux qui rapprochent le mieux la syphilis des maladies infectieuses aiguës, est la *fièvre*. Elle est sans doute constante à la période secondaire; le plus souvent elle est assez légère pour passer inaperçue si on ne prend pas systématiquement la température de tous les syphilitiques; mais le thermomètre monte chaque soir de quelques dixièmes et peut atteindre 38°, et même 38°,5. Dans certains cas, bien étudiés par Bäumlér, Fournier, Janowski, etc., la fièvre atteint une intensité plus considérable, la température peut s'élever à 39° et 40°. La fièvre syphilitique revêt alors l'un des 5 types suivants : 1<sup>o</sup> accès intermittents, le plus souvent quotidiens et vespéraux; 2<sup>o</sup> fièvre continue avec exacerbations, ressemblant à la fièvre catarrale et parfois à la fièvre typhoïde avec laquelle elle a été plus d'une fois confondue, les taches de roséole ayant été prises pour des taches rosées lenticulaires et le chancre ayant passé inaperçu; 3<sup>o</sup> accès fébriles irréguliers.

Cette fièvre, à laquelle on a donné le nom de typhose syphilitique, peut précéder ou suivre de près le développement des éruptions généralisées. Elle s'observe le plus souvent de 4 à 6 semaines après le chancre et peut persister pendant 15 ou 20 jours. Elle est indépendante de localisations viscérales apparentes, mais des recherches hématologiques et bactériologiques précises sont nécessaires pour déterminer si les formes intenses sont l'expression de la syphilis seule, ou de la syphilis compliquée d'infections secondaires.

Les *altérations sanguines* de la période secondaire de la syphilis se montrent dès la fin du 2<sup>e</sup> mois de l'infection et atteignent rapidement leur maximum d'intensité : elles se caractérisent par une diminution du nombre des globules rouges, et de leur teneur en hémoglobine. Ces modifications du sang ont été constatées par un grand nombre d'auteurs, entre autres Grassi, Wilbouchewitch, Stoukownikoff<sup>(1)</sup>, Seleneff, Reiss, Justus, Rille, Radaeli. Leur intensité est proportionnelle à l'intensité de l'infection et de ses manifestations, mais est toujours moindre que dans la chlorose. Le nombre des globules blancs est généralement un peu élevé (Stoukownikoff, Seleneff, Reiss), soit avant les accidents secondaires, soit au moment de leur apparition; cette augmentation fait défaut d'après Radaeli, qui a constaté une élévation notable de la proportion des leucocytes; les éosinophiles sont en proportion plus considérable qu'à l'état normal (Rille, Radaeli). Les altérations sanguines sont rapidement modifiées par le traitement mercuriel qui ramène les différents éléments morphologiques et chimiques du sang à leurs proportions normales.

On observe fréquemment une *dénutrition générale* plus ou moins considérable et accusée à la fois par la perte des forces, par l'amaigrissement, la décoloration des tissus, ensemble de phénomènes auxquels on a donné le nom définitif de chlorose syphilitique. Des palpitations cardiaques, de l'oppression habituelle se produisent sous son influence, de même qu'une série de phénomènes ner-

(1) STOUKOWNIKOFF, De la chloro-anémie syphilitique et mercurielle. *Annales de dermatol.*, 1892, p. 924.



veux, abolition du réflexe rotulien<sup>(1)</sup>, douleurs dans les membres, analgésie, anesthésie et en particulier anesthésie des seins chez la femme (A. Fournier), dépression psychique, quelquefois attaques convulsives, tous dus à un état névropathique à type neurasthénique que la syphilis exagère ou réveille, mais qu'elle ne crée pas à elle seule.

La *céphalée* de la syphilis secondaire mérite une mention spéciale en raison des tortures qu'elle impose aux malades, et de l'importance diagnostique que lui donne sa fréquence. Le plus souvent, elle est profonde, consiste en une lourdeur de tête, persiste constamment, mais avec une exacerbation vespérale; d'autres fois, elle est plus violente, se traduit en différentes régions de la tête, par une sensation d'étau, qui est réveillée par les moindres mouvements et empêche tout travail; elle peut devenir véritablement intolérable au moment de ses exaspérations qui sont également presque toujours vespérales. Ses conditions pathogéniques sont multiples: tantôt d'origine osseuse ou méningée, elle reconnaît d'autres fois pour cause la nutrition imparfaite des centres nerveux ou des nerfs par un sang altéré; ou bien encore elle est sous la dépendance de la neurasthénie à laquelle la syphilis a servi d'occasion pour se manifester, et offre alors une résistance souvent considérable à la thérapeutique.

Des lésions graves du système nerveux peuvent se développer dans le cours de la période secondaire, parfois même dès son début: ramollissement cérébral par artérite syphilitique aiguë, méningo-myélite aiguë, névrites périphériques, paralysies par compression à la suite de lésions périostiques. De même on peut observer des lésions oculaires, en première ligne l'iritis. L'étude des diverses manifestations de la syphilis sur le système nerveux sera faite dans le volume de ce *Traité* consacré à l'étude des maladies du système nerveux. Celles qui portent sur l'appareil oculaire sont du ressort de l'ophtalmologie.

Les *ganglions lymphatiques* sont tuméfiés et indurés, et cela non plus seulement dans la région correspondant au chancre, mais encore dans les régions les plus diverses. Ces adénopathies multiples sont le plus souvent sous la dépendance d'une lésion locale de la peau ou des muqueuses, mais certaines traduisent seulement l'infection générale de l'économie par le virus syphilitique. Elles ont pour sièges de prédilection la région cervicale postérieure, où on les voit souvent faire des saillies appréciables le long des muscles de la nuque, et où elles ont pour le diagnostic de la syphilis une valeur considérable, — la région sterno-mastoïdienne, la région sous-maxillaire, où elles reconnaissent ordinairement pour cause une lésion buccale, — la région épitrochléenne où elles sont extrêmement fréquentes et où elles ont une valeur diagnostique très considérable, résultant tout à la fois de la fréquence de l'atteinte des ganglions de cette région par la syphilis et de la rareté du retentissement sur eux des autres infections, plus rarement les régions axillaires, inguinales, etc. Dans quelques cas, elles sont à peu près généralisées. Les ganglions atteints sont indolents ou à peine douloureux à la pression, ne dépassent guère le volume d'une noisette, sont durs et roulent sous le doigt; ces adénopathies multiples ne s'accompagnent presque jamais de lymphangite apparente.

L'intensité et la multiplicité des adénopathies de la période secondaire sont loin d'être toujours en rapport direct avec la gravité de la syphilis; ou plus exactement elles semblent être en rapport inverse de celle-ci. En effet, d'après

(1) ZARUBINE, Le réflexe tendineux du genou dans l'éruption primitive de la syphilis. *Annales de dermatologie*, 1895, p. 840.

Augagneur<sup>(1)</sup> et Landouzy<sup>(2)</sup>, il y aurait une certaine corrélation entre le développement de l'adénopathie et la gravité de la syphilis: les adénopathies volumineuses semblent protéger l'économie contre le virus syphilitique, tandis que l'absence de réaction ganglionnaire la laisse sans défense et l'expose à une syphilis grave.

Les *amygdales* sont très souvent hypertrophiées en même temps que les ganglions; cette tuméfaction peut être indépendante du développement de plaques muqueuses à leur surface, mais le plus souvent elle coïncide avec ces dernières: elle se termine ordinairement par résolution; les amygdales linguales sont également très souvent atteintes par la syphilis, 50 fois sur 50 d'après les recherches de Ricci<sup>(3)</sup>; leur altération explique, d'après Augagneur, la dysphagie que l'on observe assez fréquemment au cours de la syphilis secondaire.

Le système artériel est parfois altéré et, dès les premiers mois de la période secondaire, il peut révéler son atteinte par les accidents formidables de l'artérite et de la thrombose cérébrale. La phlébite syphilitique secondaire est moins fréquente: elle occupe surtout les veines superficielles, particulièrement celles des membres inférieurs, souvent sur une grande étendue, et affecte une marche subaiguë.

Comme dans le plus grand nombre des maladies infectieuses, la rate est souvent tuméfiée, au moment où se produisent les poussées éruptives et surtout lorsque la fièvre présente quelque intensité.

L'appétit est souvent diminué, parfois il y a une véritable anorexie; d'autres fois, et surtout chez les femmes névropathes, on a noté (Pincton, Bassereau, Fournier) de la boulimie. L'ictère qui accompagne quelquefois les poussées aiguës de la syphilis secondaire (Gubler, Lancereaux, Lacombe, Delavarenne, Rendu) et qui a donné lieu à des interprétations diverses sera étudié au chapitre de la pathologie hépatique.

Les urines sont peu abondantes et chargées au moment des poussées fébriles; l'albuminurie est exceptionnelle; de même, la peptonurie, signalée par Poehl, est exceptionnelle (P. Raymond).

L'appareil locomoteur peut également être atteint dans la syphilis secondaire; on observe parfois des périostites plus ou moins multiples, des arthropathies caractérisées simplement par des douleurs ou accompagnées d'un léger épanchement et constituant le pseudo-rhumatisme syphilitique.

Des diverses altérations générales et viscérales que nous venons d'énumérer, les unes sont fréquentes et constituent des symptômes importants de la syphilis, d'autres s'y observent rarement et ne peuvent guère servir à en révéler l'existence. Mais, de toutes les manifestations de la syphilis, les plus importantes sont celles qui occupent le tégument externe et les muqueuses accessibles. Ce sont elles que nous devons maintenant étudier avec plus de détails.

(1) AUGAGNEUR, Signification et pronostic de l'adénopathie syphilitique à la période secondaires. *Annales de dermatologie*, 1895, p. 150.

(2) LANDOUZY, Syphilis maligne précoce sans adénopathie. *Annales de dermatologie*, 1898, p. 701.

(3) RICCI, Contribuzione allo studio delle manifestazioni sifilitiche della tonsilla linguale. *Giorn. d. Accad. di medicina di Torino*, 1897, p. 85.



## LÉSIONS CUTANÉES DE LA SYPHILIS SECONDAIRE

Les manifestations cutanées de la syphilis qu'on décrit sous la dénomination commune de *syphilides*, offrent, quelle que soit l'époque de leur apparition, un certain nombre de caractères communs qui peuvent se résumer ainsi : forme arrondie; — tendance, lorsqu'elles se groupent en des points voisins, à former des cercles ou des demi-cercles; — coloration généralement rouge, due à l'association de la congestion cutanée et d'un certain degré de pigmentation et pouvant être comparée tantôt à la couleur du cuivre, tantôt à celle du maigre de jambon; — très souvent présence, à la périphérie de la lésion, d'un léger soulèvement épidermique (collerette de Bielt); — absence de prurit, sauf les cas d'alcoolisme ou de coïncidence avec une affection parasitaire; — tendance, sauf dans les premières phases de la syphilis régulière, à détruire les tissus et à produire des ulcérations dont les cicatrices sont souvent le siège d'une pigmentation plus ou moins prononcée, pigmentation encore plus développée aux membres inférieurs par suite des conditions défectueuses de la circulation en retour, ce qui lui ôte dans cette région une grande partie de sa valeur diagnostique (A. Broca).

Les *syphilides secondaires* participent aux caractères communs des syphilides en général; elles sont en outre généralement résolutive, et résolutive à échéance assez rapide, contrairement aux syphilides de la période tertiaire, lesquelles ont tendance soit à persister longtemps sans se résoudre spontanément, soit à s'ulcérer plus ou moins rapidement. Cependant, dans certains cas dont la gravité particulière est fonction de l'état général et constitutionnel des sujets bien plutôt que de la qualité du virus syphilitique, les syphilides qui suivent à bref délai le chancre ont une tendance à la destruction et à l'ulcération rapides qui leur a valu le nom de syphilides malignes précoces.

En outre, les syphilides de la période secondaire tendent à se généraliser ou à envahir de grandes étendues de la surface cutanée, et cela d'autant plus qu'elles sont plus précoces, tandis que les syphilides tardives ou tertiaires se localisent davantage, se limitent à une région peu étendue, souvent toujours la même dans une série de récidives successives. Lorsque les syphilides secondaires se limitent à une seule région, elles offrent certains sièges de prédilection : le cuir chevelu et le front (*corona Veneris*), le cou, le tronc, les extrémités des membres, la région ano-génitale.

La morphologie des syphilides secondaires est des plus variables et on peut y rencontrer des représentants de la plupart des classes de lésions dermatologiques élémentaires : érythème, papule, squame, vésicule, pustule, macule. En outre, il est fréquent de voir simultanément des syphilides secondaires répondant à plusieurs formes dermatologiques, en un mot de voir les syphilides revêtir un aspect polymorphe.

Les syphilides secondaires constituent des manifestations pour ainsi dire normales et nécessaires de l'infection syphilitique, si celle-ci n'a pas été soumise à un traitement régulier et précoce; alors même que ce traitement intervient, il est habituel de voir se développer certaines d'entre elles, la roséole particulièrement dont l'absence est tout à fait exceptionnelle. Le développement rapide et la persistance de syphilides secondaires de forme saillante, à éléments volumineux et rapprochés, l'abondance de ces éléments en certaines régions telles que le

visage où elles font habituellement défaut, reconnaissent pour cause la coexistence avec la syphilis de maladies des voies digestives, de l'alcoolisme, de la grosseur, de varices. Parfois des causes locales, des irritations prolongées, des traumatismes répétés peuvent expliquer la localisation des syphilides en certaines régions.

Nous décrirons successivement la roséole syphilitique, les plaques syphilitiques de la peau, les syphilides papuleuses, les syphilides vésiculeuses, bulleuses et pustuleuses, les syphilides ulcéreuses, la syphilide pigmentaire, les lésions du système pileux et des ongles.

**Roséole syphilitique.** — La roséole syphilitique, quelquefois appelée syphilide érythémateuse, mérite la première place, par sa fréquence, par sa précocité d'apparition et par la simplicité et la superficialité de ses lésions anatomiques.

Elle inaugure en effet la série des accidents cutanés de la syphilis et les précède tous : apparaissant vers le 45<sup>e</sup> jour qui suit le début du chancre, très rarement à une époque plus précoce, elle met un terme à cette période de latence relative de l'infection syphilitique et parfois d'incertitude diagnostique, qui a été désignée sous le nom de deuxième incubation de la syphilis. Souvent le malade constate sa présence par hasard, en faisant sa toilette, ou même le médecin est le premier à la lui révéler.

Elle débute par les flancs et les parties latérales du thorax où l'on doit en rechercher les premières traces par un examen attentif et pratiqué à contre-jour, puis s'étend au reste du tronc, à la face interne des membres dont elle occupe surtout le côté de l'extension; les extrémités des membres et la face sont rarement envahies.

Elle est constituée par des taches dont les dimensions varient de celles d'une grosse lentille à celles d'une pièce de 20 ou de 50 centimes, mais sont presque toutes à peu près égales dans un cas donné; de forme arrondie ou ovale, rarement irrégulières ou déchiquetées, ces taches sont ordinairement disséminées et non confluentes. Leur coloration d'un rose tendre au début, fleur de pêcher (Fournier), devient plus tard plus foncée, plus sombre, vineuse; lorsqu'elles tendent à disparaître, elles s'effacent en devenant d'un rose jaunâtre; la pression ne les fait complètement disparaître que dans leurs premières phases, et reste sans effet à une période avancée.

Comme toutes les éruptions érythémateuses, la roséole devient plus apparente lorsqu'on l'examine à travers un verre bleu au cobalt ou à l'oxyde de cuivre, par le procédé qu'André Broca a fait connaître<sup>(1)</sup>; au début de son apparition, alors que l'éruption est constituée seulement par des taches rose pâle, occupant particulièrement les flancs, cet artifice d'examen peut permettre de reconnaître sa présence tandis qu'elle passe inaperçue à l'œil non muni de ce verre.

Dans les cas ordinaires, la roséole syphilitique est uniquement maculeuse, plane, sans la moindre saillie, et les taches ne diffèrent de la peau saine que par leur coloration. Dans certains cas, ses éléments deviennent légèrement saillants: c'est, suivant les caractères de la saillie, la *roséole papuleuse*, la *roséole granuleuse*, la *roséole ortiée* de Fournier, dans laquelle les saillies ont une coloration moins rose et moins animée que dans l'urticaire et ne présentent ni la décolo-

(1) A. BROCA. Études physiologiques, physiques et cliniques sur la vision des éruptions cutanées. Thèse de Doctorat, Paris, 1895.