

On n'observe guère la syphilide pigmentaire que chez des sujets jeunes, plus fréquemment chez des femmes que chez des hommes, et alors souvent chez des hommes à peau fine et blanche comme celle des femmes.

La *pathogénie* de la syphilide pigmentaire est encore mal élucidée. Pour la plupart des auteurs allemands (Kaposi, Neisser, etc.), elle est le reliquat d'une éruption antérieure. Unna, ainsi que la presque totalité des auteurs français, la considère comme une altération primitive du tégument : cette opinion se base sur l'absence, cliniquement constatée dans quelques cas, de toute altération cutanée antérieure au niveau des parties atteintes par la syphilide pigmentaire. Cette lésion cutanée serait d'après Leloir, sous la dépendance d'une altération des nerfs périphériques, provoquée elle-même par l'infection syphilitique, et se rapprocherait ainsi du vitiligo par sa pathogénie. J. de Maief en fait la conséquence d'une inflammation chronique spécifique des petits vaisseaux de la peau. Unna pense que les lésions vasculaires déterminent une pigmentation diffuse et que cette pigmentation disparaît par résorption, la résorption se faisant d'abord dans les territoires où la circulation est le plus active. Le pigment occupe les fentes lymphatiques du corps papillaire au niveau des traînées brunes; il n'y en a pas dans l'épiderme (Unna).

Le *diagnostic* de la syphilide pigmentaire est facile.

Par son siège de prédilection au cou, par la persistance de taches blanches, elle se distingue nettement des diverses variétés de mélanodermies; elle diffère également, par la présence de taches blanches, par la disposition réticulée, par l'absence totale d'aspect cicatriciel, des macules dues à une éruption antérieure de syphilides (fausse syphilide pigmentaire). Elle diffère du vitiligo par la moindre étendue des zones blanches et surtout par ce caractère primordial que ces zones blanches ont la coloration normale de la peau et ne sont pas, comme dans le vitiligo, dues à une achromie.

Dans quelques cas très rares, on peut chez des sujets cachectiques, par le fait de la tuberculose, voir des pigmentations du col parsemées de taches blanches, peut-être cicatricielles, qui simulent de très près la syphilide pigmentaire. Mais, en dehors de ces faits exceptionnels, ce trouble de la pigmentation est facile à rapporter à son origine; une fois reconnu, il peut servir de signe révélateur de la syphilis ou de confirmation à un diagnostic douteux. Aussi doit-on toujours le rechercher, au même titre que les adénopathies et les lésions des muqueuses, dans tous les cas où le diagnostic présente quelque ambiguïté.

Altérations du système pileux et des ongles. — L'alopecie est une manifestation très fréquente de la syphilis secondaire; elle débute vers le 5^e ou le 4^e mois de la syphilis et se traduit d'abord par la chute de poils disséminés, plus tard par la production de taches alopeciques ayant une forme analogue à celle des clairières des forêts. Ces plaques peuvent varier de la dimension d'une lentille à celle d'une pièce de 5 francs; elles diffèrent des aires alopeciques de la pelade par l'absence de poils cassés. Elles sont disséminées sur le cuir chevelu en nombre variable, parfois très considérable, et se confondent alors les unes avec les autres. Cette alopecie en clairières, suivant la remarque de Haslund⁽¹⁾, coïncide très habituellement avec la syphilide pigmentaire du col. Sa configuration permet, à première vue, de soupçonner la syphilis; elle n'est cependant

(1) HASLUND, Alopecia leucodermica *Annales de dermatol.*, 1893, p. 410.

pas absolument pathognomonique et des maladies générales autres que la syphilis peuvent, mais bien plus rarement que celle-ci, provoquer des alopecies revêtant des caractères semblables.

L'alopecie porte non seulement sur le cuir chevelu, mais encore sur les sourcils, dont la partie externe est très souvent éclaircie, parfois même presque complètement tombée, en même temps que le cuir chevelu est alopecique.

Les poils dont la syphilis secondaire a occasionné la chute repoussent constamment et presque toujours rapidement, alors même qu'il existe un certain degré de séborrhée concomitante. En cela l'alopecie syphilitique secondaire diffère des alopecies tardives, liées à des lésions profondes et destructives du cuir chevelu.

Les poils, dans cette alopecie, sont décolorés dans leur partie profonde; contrairement aux poils peladiques, ils ne renferment pas de bulles d'air et ne présentent pas de renflements partiels (Darier). D'après Giovannini⁽¹⁾, leur chute est le résultat d'une folliculite pileuse portant principalement sur la partie inférieure du follicule, et s'accompagnant d'une dilatation très marquée des vaisseaux, principalement des veines.

Les *ongles* peuvent, dans le cours de la syphilis secondaire, s'altérer, devenir craquelés ou s'hypertrophier, sans lésions apparentes des tissus adjacents. Plus souvent leurs lésions sont consécutives à des syphilides péri-unguéales ou sous-unguéales, avec tuméfaction inflammatoire apparente du derme de ces régions et parfois hyperkératose (périonyxis).

LÉSIONS DES MUQUEUSES

Les muqueuses sont fréquemment atteintes au cours de la syphilis.

Leurs lésions peuvent se traduire par des aspects analogues à ceux que revêtent les syphilides cutanées. C'est ainsi qu'on peut y voir des érythèmes, des pustules; mais le plus ordinairement elle revêtent l'aspect connu sous le nom de *plaques muqueuses*.

Tantôt constituées par une érosion superficielle du derme muqueux qui prend à ce niveau une coloration rouge ou opaline spéciale et caractéristique, elles sont d'autres fois formées par une saillie papuleuse arrondie, sur laquelle repose l'érosion. Dans certaines régions, comme la vulve, à la suite de frottements répétés et d'irritations prolongées ou de l'absence de soins de propreté, elles deviennent encore plus volumineuses, forment des saillies considérables, occupant de larges surfaces, parfois recouvertes de végétations d'apparence fongueuse ou papillomateuse et donnant lieu à une sécrétion abondante. D'autres fois, elles s'ulcèrent plus ou moins profondément ou bien encore, à la suite d'infections secondaires par des microbes divers, spécialement par le streptocoque, elles se recouvrent d'un exsudat pseudo-membraneux, diphthéroïde. D'ailleurs, leur aspect varie suivant les régions où elles se développent et leur description complète ne doit pas trouver place ici : elles seront étudiées avec les détails nécessaires dans les chapitres consacrés aux maladies de la bouche, du pharynx, etc.

Les plaques muqueuses se reproduisent le plus ordinairement à plusieurs reprises dans le cours de la syphilis secondaire; leur développement est très

(1) GIOVANNINI, Delle alterazioni istologiche dell'alopecia sifilitica, ecc. *Verhandlungen des II internationalen dermatologischen Congresses*. Vienne, 1892, p. 607.

souvent sous la dépendance d'irritations locales, telles que l'action du tabac, l'usage des aliments épicés, etc., pour la bouche.

Les lésions anatomiques des plaques muqueuses sont identiques à celles des régions analogues des téguments et consistent essentiellement en une infiltration de cellules embryonnaires dans le derme avec hyperplasie épithéliale considérable.

SYPHILIS TERTIAIRE

La syphilis tertiaire est caractérisée par des lésions soit viscérales, soit tégumentaires, n'ayant pas de tendance naturelle vers la résolution.

Ces lésions commencent à se développer à une époque variable de l'infection syphilitique. Chez certains sujets, elles sont particulièrement précoces, se montrent au bout de quelques mois, alors que les manifestations habituelles de la syphilis secondaire ont à peine eu le temps de se produire. Le plus habituellement, les manifestations tertiaires se développent à partir de la 5^e ou de la 4^e année du chancre; elles peuvent dès lors se reproduire à intervalles variés, pendant 5 à 6 ans, puis cesser définitivement de se montrer; d'autres fois, elles se succèdent à court intervalle et même s'enchevêtrent les unes dans les autres de façon à ne laisser au malade aucun répit. Inversement, on peut voir les manifestations tertiaires se produire pour la première fois, voire même sans avoir été précédées d'aucune manifestation secondaire, un grand nombre d'années après le chancre: 52 ans (Fournier, Thibierge), 55 ans (Fournier). Enfin, les accidents tertiaires peuvent faire complètement défaut: bon nombre de syphilitiques, après avoir présenté des accidents précoces plus ou moins graves, restent définitivement indemnes de toute manifestation. Le tertiarisme est donc le terme ultime, mais non le terme fatal de l'infection syphilitique.

D'une façon générale, les accidents tertiaires ont une évolution plus lente et une localisation plus étroite lorsqu'ils se développent tardivement que lorsqu'ils se montrent d'une façon précoce.

Les causes qui président au développement de la syphilis tertiaire sont complexes et incomplètement connues. La gravité et l'intensité des manifestations pendant les périodes initiales de la syphilis ne peuvent pas renseigner sur la possibilité des manifestations tertiaires. Certaines syphilis bénignes qui n'ont donné lieu à la suite du chancre qu'à des accidents passagers, souvent méconnus, et les syphilis que l'absence de tout accident initial ou secondaire connu fait désigner sous le nom de syphilis ignorées, sont fréquemment suivies de manifestations tertiaires. L'absence de traitement, ou son insuffisance, a certainement un rôle dans le développement de ces dernières (Fournier).

L'alcoolisme, l'impaludisme, le lymphatisme, toutes les causes de déchéance organique, les excès de tous genres en favorisent également la production.

Les sujets qui contractent la syphilis à un âge avancé sont particulièrement exposés aux accidents tertiaires qui, chez eux, succèdent de très près aux accidents précoces de l'infection.

Les localisations de la syphilis tertiaire sont, dans une certaine mesure, favorisées et commandées par une altération antérieure ou par une condition de moindre résistance des tissus et des viscères sur lesquels elles se produisent: les excès de travail ou les états névropathiques prédisposent à la syphilis céré-

brale ou médullaire, l'alcoolisme ou la lithiase biliaire à la syphilis hépatique. De là résultent parfois des lésions viscérales à étiologie complexe, dans lesquelles la syphilis s'ajoute à quelque autre cause infectieuse ou à une intoxication pour produire un véritable hybride.

Ainsi s'expliquent, par une infirmité spéciale de structure, les cas où la syphilis tertiaire se localise sur un organe ou sur un tissu, ou sur un système, y poursuit ses manifestations pendant des années, avec des récurrences à courte ou à longue échéance, alors que les autres organes, tissus ou systèmes restent constamment indemnes.

Les manifestations tertiaires ne sont pas transmissibles par inoculation; cependant, cette loi, longtemps considérée comme absolue, est passible de quelques exceptions rares; ainsi, sans parler des cas où la transmission tardive s'est faite par l'intermédiaire d'accidents superficiels, de caractère secondaire, mais de persistance prolongée, il est des faits où la transmission a paru avoir pour agents les exsudats de gommages (Landouzy, etc.).

Les lésions de la syphilis tertiaire peuvent se présenter sous la forme de sclérose ou de gommages. Il convient d'y ajouter la dégénérescence amyloïde, qui peut être associée aux deux processus précédents ou évoluer à l'état d'isolement; mais, comme il s'agit d'une lésion qui n'est pas spéciale à la syphilis, sa description ne saurait trouver place ici.

La sclérose syphilitique est moins diffuse que celle qui succède à d'autres causes, elle se localise plus volontiers dans une portion d'organe, mais l'envahit le plus souvent à l'aveugle sans suivre de systématisation nette. Elle s'accompagne d'altérations vasculaires le plus souvent très prononcées, consistant en endartérite proliférante et en périartérite; ces lésions vasculaires jouent certainement un rôle dans le développement de la sclérose qu'elles semblent précéder et dont leur localisation semble commander le siège.

La sclérose peut être isolée; souvent elle est associée aux gommages, qui constituent par excellence le produit spécifique de la syphilis tertiaire.

Nées au milieu d'un tissu scléreux qui leur forme une enveloppe continue et d'épaisseur variable, les gommages sont des nodosités circonscrites, d'abord solides, qui plus tard se ramollissent; leur centre devient d'un blanc mat ou jaunâtre et opaque, d'apparence caséuse; puis, il se ramollit et se transforme en un liquide grumeleux, ressemblant à du pus, ou filant et semblable à une solution de gomme. Après l'évacuation de ce liquide, il reste une cavité qui se comble plus ou moins rapidement; la gomme peut également disparaître par résorption spontanée ou thérapeutique, même après que le ramollissement de sa partie centrale a pu faire craindre sa suppuration. Les gommages laissent ordinairement après elles une destruction des tissus qu'elles avaient envahis et une cicatrice qui, sur les viscères, présente une importance considérable au point de vue du diagnostic cadavérique de la syphilis.

Histologiquement, la gomme est constituée au début par un amas de cellules embryonnaires, constituant un nodule (follicule syphilitique de Brissaud); sa présence détermine le développement de lésions scléreuses à sa périphérie (Malassez), à moins que la gomme ne se développe au sein d'une masse scléreuse préexistante (Brissaud); on peut y trouver des cellules épithélioïdes et des cellules géantes; ses dimensions s'accroissent; mais, au bout d'un certain temps, sa nutrition étant entravée par la présence de la sclérose de voisinage, et aussi par suite de la tendance évolutive spéciale de son tissu, elle subit une