

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

dégénérescence particulière, laquelle aboutit à la formation de la matière jaunâtre, puis liquide, qui occupe le centre de la gomme.

Les lésions artérielles qui accompagnent ou mieux précèdent la gomme ont été bien étudiées par Balzer, Marfan et Toupet; elles consistent en une endopériartérite avec tendance à l'oblitération vasculaire. Elles tiennent sous leur dépendance le développement de la gomme, et agissent pour la produire en tant qu'artérite douée, de par son origine syphilitique, de propriétés spécifiques.

On a cherché, en raisonnant par analogie avec les notions fournies par l'étude des diverses maladies infectieuses, à déterminer le mécanisme de production des lésions syphilitiques tertiaires. Ces hypothèses sont quelque peu prématurées. Il suffira de faire remarquer à ce propos que, si les manifestations tertiaires localisées, à repullulations indéfinies, semblent en rapport avec la persistance d'un agent virulent vivant, susceptible de présenter des phases d'activité pathogène, par contre les lésions diffuses, à point de départ vasculaire, paraissent plutôt relever de l'action de produits solubles circulant avec le sang.

Les lésions dont il vient d'être question sont manifestement sous la dépendance du virus syphilitique ou des produits élaborés par ce virus; leur nature syphilitique n'est contestée actuellement par aucun observateur, et l'influence manifeste que le traitement antisiphilitique exerce sur elles, leur guérison, parfois rapide sous son action, confirment cette opinion.

Mais, à côté de ces lésions syphilitiques d'origine et de nature, il en est nombre d'autres que leur développement chez des sujets ayant été atteints de syphilis, et exclusivement chez eux, que leur coexistence avec des manifestations syphilitiques indubitables obligent à rattacher à la syphilis et dans lesquelles cependant on ne trouve pas les caractères anatomiques, macroscopiques ou histologiques de la syphilis, et qui surtout résistent à l'action du traitement spécifique. C'est à ces accidents que Fournier a donné le nom d'accidents *parasiphilitiques*. Parmi eux se trouvent le tabes dorsal, dont les relations avec la syphilis ont été bien établies par Fournier, Erb, Ziemssen et sont admises aujourd'hui par la grande majorité des auteurs, la paralysie générale progressive qui paraît encore plus étroitement liée à la syphilis, et quelques autres affections chroniques du système nerveux.

LÉSIONS VISCÉRALES DE LA SYPHILIS TERTIAIRE

Aucun viscère, aucun organe n'est à l'abri des atteintes de la syphilis tertiaire. Les plus fréquentes portent sur le système nerveux, sur les voies respiratoires supérieures, sur la langue, sur le foie et surtout sur le système artériel, qui est très souvent touché; mais elles peuvent aussi s'observer au niveau du poumon, du cœur, de la rate, de l'estomac, de l'intestin, du testicule, des ovaires, de la glande thyroïde, etc. L'étude de ces différentes manifestations rentre dans celles des affections des différents viscères. Nous ne pouvons donner ici qu'un court aperçu général de leurs caractères.

Les lésions viscérales sont souvent sous la dépendance des altérations artérielles que provoque la syphilis.

Se développant insidieusement et se traduisant, à l'exception de certaines lésions des centres nerveux, par des symptômes à évolution lente et progressive, les lésions viscérales de la syphilis tendent à persister pendant un temps fort

long. Le traitement spécifique a sur elles une action incontestable et énergique; cependant il reste sans effet sur certains de leurs symptômes: lorsque, par suite du développement d'une gomme ou d'une oblitération vasculaire, un fragment d'organe a été détruit ou nécrosé, lorsque la cicatrice qui succède à la gomme a cessé d'être une lésion syphilitique pour devenir un tissu scléreux et cicatriciel banal, on n'a plus à espérer que le tissu détruit se régénérera et reprendra ses fonctions, si énergique et si prolongé que soit le traitement antisiphilitique.

Le diagnostic de ces différentes lésions repose, d'une façon générale, moins sur leurs caractères symptomatiques, qui sont le fait de localisations anatomo-topographiques, que sur leur marche, sur leur coexistence avec d'autres manifestations syphilitiques, sur la connaissance d'antécédents de syphilis et souvent, en dernier lieu, sur les résultats du traitement antisiphilitique. Aussi, dans tous les cas où les symptômes d'une lésion viscérale ne répondent pas à une entité morbide bien définie, doit-on rechercher avec soin ces antécédents; souvent même, alors qu'on ne les rencontre pas (syphilis ignorées), le traitement antisiphilitique administré avec une énergie suffisante permet d'amener les symptômes et d'affirmer l'origine des lésions. Il faut cependant remarquer à ce propos que la syphilis n'est pas seule impressionnée par le traitement mercuriel et ioduré, et que d'autres affections, telles que l'actinomyose, peuvent être guéries par la médication iodurée qu'on a administrée à titre antisiphilitique; de même certaines lésions tuberculeuses, telles le lupus, peuvent être considérablement améliorées par le mercure et par les préparations iodurées. Pour pouvoir être réputée décisive, l'action thérapeutique doit être rapide et complète.

Les os sont souvent altérés dans la syphilis tertiaire: hyperostoses, gommès, nécrose, telles sont leurs lésions, dont l'évolution est accompagnée de douleurs à exacerbations nocturnes importantes au point de vue du diagnostic et suivie de déformations, telles que les inégalités de la surface du crâne et les effondrements du squelette du nez avec déformation en lorgnette qui peuvent être utilisés pour reconnaître l'existence de la syphilis.

Les muqueuses des voies digestives et respiratoires supérieures sont fréquemment le siège de lésions tertiaires, dont l'étude sera faite à l'occasion des maladies de la langue et du pharynx.

LÉSIONS CUTANÉES DE LA SYPHILIS TERTIAIRE

Ces lésions ont le plus souvent une tendance ulcéreuse prononcée; malgré leur siège qui les expose à des infections secondaires, leur suppuration est le plus souvent la conséquence de leur évolution naturelle. Ces lésions ont une tendance à se localiser en des points limités du tégument sur lesquels elles se reproduisent parfois pendant un temps fort long. Elles ont généralement une forme arrondie.

Gommès. — Ce sont les lésions cutanées les plus caractéristiques de la période tertiaire. Presque toujours, elles occupent le derme et l'hypoderme et débutent ordinairement par l'hypoderme. On peut les observer sur toute la surface cutanée: elles sont particulièrement fréquentes aux membres inférieurs et se développent de préférence dans les points où la peau recouvre directement les os.

Au début, elles forment une tumeur de petit volume, ayant à peu près la consistance d'un ganglion lymphatique, fixée à la face profonde de la peau lorsqu'elles siègent dans le derme, mobile sous la peau lorsqu'elles occupent l'hypoderme. Leurs dimensions augmentent peu à peu et elles peuvent atteindre le volume d'une noix ou celui d'un œuf, conservant toujours une forme arrondie ou offrant des bosselures et des prolongements qui leur donnent leur forme irrégulière. Les gommies cutanées peuvent être uniques, ou disséminées en nombre variable en différentes régions; elles sont plus souvent groupées et affectent une disposition circinée. Au bout d'un temps variable, la peau qui les recouvre se tend, s'amincit, rougit en même temps que la consistance de la tumeur diminue et qu'elle devient fluctuante; puis la peau se rompt, il s'écoule un liquide filant, de consistance gommeuse, et il se produit une perforation arrondie, profonde, cratériforme, à bords nettement taillés. Les perforations peuvent être multiples, se réunir en une ulcération de forme irrégulière, à bords festonnés, profonde. La surface des ulcérations est d'abord inégale et couverte de fragments encore adhérents du bourbillon gommeux; puis elle se recouvre de bourgeons charnus, se comble, et, au bout d'un temps variable, se ferme, laissant à sa place une cicatrice déprimée, d'abord rouge, puis décolorée, souvent bordée d'une zone pigmentée lorsqu'elle siège aux membres inférieurs. Les gommies peuvent guérir avant l'évacuation de leur contenu, alors même qu'elles sont ramollies; elles disparaissent alors sans laisser de traces autres qu'une dépression inconstante de la peau.

Le diagnostic des gommies cutanées est généralement facile. Avant leur ramollissement et leur ulcération, elles ne pourraient être confondues avec des tumeurs cutanées et sous-cutanées, telles que les fibromes ou avec un ganglion lymphatique. Une fois ulcérées, elles se distinguent facilement de toutes les ulcérations d'autre nature.

Cependant, la confusion est parfois difficile à éviter aux jambes avec les ulcères variqueux: mais ceux-ci ont leur lieu d'élection à la face interne des jambes et n'ont pas succédé à une production saillante comme les gommies; dans les cas douteux, l'administration du traitement antisyphilitique éclairera le diagnostic.

Les furoncles, avec lesquels les gommies offrent une grande analogie, s'en distinguent par leur marche plus rapide et infiniment plus inflammatoire.

Les gommies scrofulo-tuberculeuses risquent d'être prises pour des gommies syphilitiques, mais elles en diffèrent par leur limitation moins nette, la coloration plus livide des téguments qui les recouvrent, leur résistance au traitement spécifique, enfin par l'état général des malades qui, au cas de gommies scrofulo-tuberculeuses, offrent souvent quelque autre localisation tuberculeuse.

Les nodosités de l'érythème noueux peuvent être confondues avec les gommies, d'autant plus que cet érythème n'est pas rare au cours de la syphilis (Leloir); mais leur marche rapide, leur multiplicité, leur siège de prédilection aux membres inférieurs, leur coïncidence avec d'autres formes d'érythème et leur disparition spontanée sans ulcération les font facilement reconnaître.

On voit parfois apparaître, à la suite de l'administration de l'iodure de potassium, des nodosités qui rappellent à la fois les gommies et l'érythème noueux (Ricord, C. Pellizzari, Talamon), mais différent des premières par leur coloration plus rouge, par la douleur qui les accompagne, par leur disparition

rapide dès qu'on cesse l'emploi du médicament et par leur réapparition si le malade est de nouveau soumis à ce traitement.

Le traitement local des gommies avant la période d'ulcération consiste dans l'application d'emplâtres résolutifs, à base de mercure, en particulier d'emplâtre de Vigo. Alors même que la fluctuation la plus nette fait croire à son ouverture imminente, on ne doit jamais ouvrir une gomme au bistouri ou avec les caustiques, car, même dans ces conditions, elle peut encore guérir par le traitement spécifique sans s'ouvrir à l'extérieur. Lorsque l'ouverture s'est faite spontanément, on fera des pansements antiseptiques, afin d'empêcher les infections secondaires qui prolongent la durée de la lésion, et on dirigera la réparation au moyen de cautérisations au nitrate d'argent.

Syphilides tuberculeuses. — Les syphilides tuberculeuses sont constituées par des saillies de coloration rouge sombre, cuivrée ou rouge vif, ou jaunâtre; leur surface est tantôt lisse, tantôt recouverte de squames d'apparence variable; leurs dimensions sont habituellement comparables à celles d'une lentille. Ces éléments diffèrent des papules en ce qu'ils reposent sur une base infiltrée, nettement circonscrite, donnant à la palpation la sensation d'un corps dur inclus dans le derme; ils diffèrent également des papules par ce caractère qu'ils laissent toujours après eux une dépression cicatricielle, alors même qu'ils ne sont pas ulcérés. La cicatrice des syphilides tuberculeuses est, pendant assez longtemps, le siège d'une pigmentation brune. Les syphilides tuberculeuses peuvent être disséminées en nombre plus ou moins considérable sur une région quelconque du corps. Le plus souvent elles se réunissent en groupes arrondis ou irréguliers, au milieu desquels les éléments peuvent rester nettement distincts ou au contraire se réunissent les uns aux autres pour former des plaques étendues, à la périphérie desquelles on voit des papules isolées. Les éléments situés au centre des groupes ou des plaques sont souvent affaissés et remplacés par une dépression cicatricielle et pigmentée alors que des éléments nouveaux sont en voie de développement sur leur pourtour. Il en résulte que les éléments en activité forment des contours circinés ou demi-circulaires, autour d'un centre cicatriciel.

Ces lésions récidivent très fréquemment *in situ* ou au voisinage.

Le diagnostic des syphilides tuberculeuses est généralement facile. C'est surtout avec le lupus qu'elles risquent d'être confondues; mais les tubercules lupiques ont une coloration tirant davantage sur le jaune, une consistance beaucoup moindre; ils ont une marche bien plus lente, une durée plus longue et tendent à s'ulcérer.

Les lésions anatomiques des syphilides tuberculeuses, bien étudiées par Unna, diffèrent peu de celles des syphilides papuleuses; mais les vaisseaux et les capillaires sont plus larges, leurs parois sont plus épaisses, les cloisons conjonctives sont également plus épaisses, l'intrication du tissu fibreux et des cellules d'infiltration est moins intime que dans le chancre; les papilles présentent des lésions de sclérose; les fentes lymphatiques du derme sont larges et béantes; le tissu élastique a disparu. Dans l'infiltration on trouve peu de mastzellen et de leucocytes.

Les syphilides tuberculeuses n'exigent aucun traitement local; cependant lorsqu'elles tardent à entrer en résolution, on peut activer celle-ci au moyen des applications d'emplâtres mercuriels.

Syphilides ulcéreuses et crustacées. — Les syphilides tuberculeuses peuvent, dans quelques cas, s'ulcérer, constituant une variété *tuberculo-ulcéreuse*, caractisée par des ulcérations irrégulières, peu profondes, recouvertes de croûtes jaunâtres ou noirâtres. Ces lésions, qui peuvent revêtir une forme serpiginieuse, occupent souvent le visage.

Les **syphilides pustulo-crustacées et ulcéro-crustacées** sont caractérisées par la présence de croûtes de forme arrondie, larges comme de grosses lentilles ou comme des pièces de 20 centimes, de coloration jaune ou grisâtre, quelquefois très épaisses et stratifiées, reposant sur une surface ulcérée et suppurante, dont la réparation laisse des cicatrices déprimées et arrondies, parfois chéloïdiennes. Ces syphilides occupent souvent les parties latérales du tronc; elles se réunissent en groupes plus ou moins étendus, et récidivent avec une facilité désespérante; à chacune de ces récurrences, les lésions se groupent à la périphérie des cicatrices antérieures, de sorte qu'elles affectent une sorte de marche serpiginieuse, grâce à laquelle elles finissent par envahir de grandes étendues de la surface cutanée.

Les syphilides ulcéreuses sont généralement d'un *diagnostic* facile : elles sont cependant parfois confondues avec les formes ulcéreuses de la tuberculose cutanée; mais, dans celles-ci, les ulcérations sont moins profondes, plus fongueuses, saignantes, le tissu sur lequel elles reposent est plus mou, leurs bords sont décollés, l'affection évolue plus lentement.

Les *lésions anatomiques* des syphilides ulcéreuses rappellent celles des papules et des tubercules; elles en diffèrent par l'existence de lésions épidermiques aboutissant à l'ulcération et par l'infiltration leucocytaire abondante que provoquent les infections pyogènes de leur surface.

Les diverses variétés de syphilides ulcéreuses nécessitent un *traitement local* consistant en pansements antiseptiques, applications d'emplâtres; cautérisations au nitrate d'argent ou au nitrate acide de mercure.

Formes superficielles des syphilides tertiaires. — Les autres manifestations cutanées de la syphilis tertiaire peuvent présenter des analogies avec certaines des syphilides secondaires et en particulier on peut rencontrer à cette période les variétés tardives des syphilides papuleuses.

Dans quelques cas rares, les syphilides tertiaires sont superficielles et résolutive à la manière des syphilides secondaires précoces. Elles forment, dans ces cas, des taches rouges, arrondies ou irrégulières, ou encore des contours annulaires, s'effaçant en partie par la pression, quelquefois légèrement squameux, occupant généralement une étendue assez considérable de la surface des membres ou du tronc. Fournier, Besnier, Hallopeau ont cité des exemples de cette forme de syphilides. Unna qui considère ces lésions comme la traduction sur la peau d'une lésion nerveuse (neurosyphilide) et les compare sous certains rapports aux lésions cutanées de la lèpre nerveuse, a constaté à leur niveau une sclérose superficielle des vaisseaux superficiels, sans cellules plasmiques ni cellules géantes; il y a rarement infiltration leucocytaire prononcée. Ces éruptions, malgré leur superficialité, sont assez résistantes au traitement antisiphilitique.

PRONOSTIC DE LA SYPHILIS ACQUISE

L'évolution de la syphilis est profondément modifiée en bien par le traitement, qui en fait presque toujours disparaître facilement les manifestations et sans doute en entrave le développement. Néanmoins, la syphilis peut présenter une évolution grave et même aboutir à la mort, soit d'une manière précoce par les troubles généraux et la cachexie qu'elle provoque, soit à toute époque, même dans les premières périodes, mais plus souvent à une époque reculée, par les lésions qu'elle détermine dans les organes essentiels à la vie.

Comme toutes les infections, la syphilis laisse après elle des lésions multiples, en particulier des lésions artérielles qui sont l'origine de troubles et de lésions viscérales : ces troubles et ces lésions, mis banalement sur le compte de l'artériosclérose, considérée elle-même comme banale, devraient être en réalité mis sur le compte de la syphilis et augmenteraient la proportion de ses méfaits.

La syphilis présente encore une gravité d'un autre ordre : transmissible par hérédité, entravant le développement du fœtus, causant la mort des enfants, elle est une cause puissante d'abaissement et d'anéantissement de la race.

D'une façon générale, et considérée seulement au point de vue du porteur, elle est moins grave chez les sujets jeunes, les nouveau-nés exceptés, que chez ceux plus avancés en âge; chez les vieillards, elle a le plus souvent une gravité spéciale et peut être une cause de mort rapide.

La scrofulo-tuberculose aggrave le pronostic de la syphilis : les manifestations hybrides, auxquelles Ricord avait donné le nom de scrofulate de vérole, offrent une gravité considérable. C'est surtout chez les sujets tuberculeux ou tout au moins lymphatiques qu'on voit la syphilis évoluer sous la forme à laquelle on a donné le nom de syphilis maligne précoce et dans laquelle des lésions du type de celles de la syphilis tertiaire, à tendance ulcéreuse rapide, se montrent dès les premiers mois de l'infection.

Les diverses causes générales de déchéance organique, l'alcoolisme, l'impudisme, le diabète, les excès vénériens ou autres, la grossesse tendent aussi à rendre plus intenses, plus tenaces, plus multipliées les manifestations de la syphilis. Dans les climats chauds, la syphilis est plus grave que dans les climats tempérés : les excès de toutes sortes, la malpropreté, l'absence de toute hygiène ont sans doute une part dans le pronostic fâcheux des syphilis exotiques; la gravité des attaques de la maladie chez les sujets qui en sont l'origine donne peut-être aussi à la graine siphilitique une activité anormale.

Les prédispositions héréditaires aux maladies de certains organes ou systèmes, leur surmenage jouent également un rôle dans le développement des manifestations siphilitiques intéressant ces organes ou ces systèmes : il en est ainsi surtout chez les sujets à hérédité nerveuse ou dont le système nerveux est épuisé par les fatigues et les préoccupations.

Les données précédentes fournissent des probabilités sur la marche que pourra affecter une syphilis; elles sont loin de permettre une affirmation.

La forme revêtue par le chancre a peu d'importance et ne permet guère de préjuger ce que sera la syphilis qu'il inaugure. Cependant on a vu souvent (Mauriac) les chancres ulcéreux être suivis de lésions ulcéreuses précoces.