

slante dans tous les chancres; en ceci, je suis complètement d'accord, contrairement à Auspitz et Unna, avec mon collègue le professeur Neisser, de Leipzig. Quant à l'hypertrophie fibrillaire du tissu conjonctif fibreux, qu'Auspitz et Unna considèrent comme caractéristique du chancre, elle ne m'a pas paru constante, je dirais même presque, avec Neisser, qu'elle est assez rare, même dans les grosses indurations. En tous cas, elle est loin d'être caractéristique du chancre syphilitique, quand celui-ci est examiné pendant la période de début ou d'état.

Il faut, d'ailleurs, se méfier au point de vue histologique du tassement des fibres conjonctives par les cellules embryonnaires, tassement qui peut parfois singer la sclérose. Enfin, pas plus que Cornil, je n'ai pu constater au niveau de la base du chancre, la réaction violacée de Bœrensprung sous l'influence de l'iode et de l'acide sulfurique.

En somme, si vous comparez l'étude histologique du chancre à celle des syphilides à papules fortement indurées, à celle des gommès, etc., vous voyez que, au début, toutes ces lésions présentent une structure identique à peu près. Toutes se rapprochent des tumeurs de granulations de Virchow. Comme le dit Cornil, « les lésions déterminées dans le tissu conjonctif par le chancre induré, ne diffèrent pas essentiellement de celles que produit l'inflammation dans ce même tissu. » Lisez dans la nouvelle édition du manuel de Cornil et Ranvier, les chapitres : gommès syphilitiques, lésions de la peau, vous verrez qu'il n'existe pas de distinction histologique précise entre le chancre syphilitique et les gommès au début.

Lisez les descriptions histologiques des gommès telles qu'elles ont été faites par Virchow, Cornil, Malassez, Chambard, Balzer, etc..., et vous vous demanderez réellement en quoi une gomme crue diffère, au point de vue histologique, d'un chancre. Dans les

gommès, dans les papules, comme dans le chancre, ainsi que vous le montrera l'étude des travaux précédents, et ainsi que vous pouvez le constater sur mes préparations et dessins, la lésion majeure est l'infiltration du tissu par des cellules embryonnaires. Dans les gommès comme dans le chancre, les lésions vasculaires sont variables, elles peuvent manquer, elles peuvent au contraire être très accentuées. Dans les gommès comme dans le chancre, dans tous les syphilômes en un mot, les altérations des cellules fixes du tissu conjonctif sont plus ou moins prononcées.

Le chancre peut même se nécroser dans certains cas comme une véritable gomme, nous le verrons tout à l'heure. En un mot, le chancre sec, le chancre cru, passez-moi l'expression, est comparable à la gomme crue. Le chancre nécrotique est comparable à la gomme nécrobiotique. Nous voyons donc que, dès le début, le premier syphilôme présente une structure semblable à celle des syphilômes des autres périodes, avant qu'ils ne se nécrosent. Le premier syphilôme est identique aux autres, nous verrons même que, dans certains cas, il peut devenir non résolutif (1).

#### B. Lésions de l'épiderme à la surface du chancre.

(1) Cette analogie, cette identité de structure existe aussi au point de vue plus délicat de la recherche des éléments spécifiques, des microbes, dans les syphilômes des différentes périodes. Les recherches toutes récentes de Lustgarten (*Medizinische Jahrbücher der Kaiserlichen Gesellschaft der Aerzte*, Vienne 1885), ont montré que, dans le chancre, les papules des périodes secondaires, les gommès, les tubercules, il existe un bacille très analogue morphologiquement au bacille de la tuberculose et de la lèpre, mais en différant par certaines réactions histo-chimiques. Ce bacille se trouve dans l'intérieur de cellules rondes, ovales, ou polygonales, d'un volume double à celui des globules blancs. Le prof. Dautrelepoint de Bonn et le Dr Jos. Schütz (*Deutsch medicinische Wochenschrift*, n° 19, 1885) ont vérifié les recherches de Lustgarten, ils sont arrivés à colorer les bacilles par un pro-

Ces lésions sont d'une grande importance : 1<sup>o</sup> elles nous expliquent l'érosion du chancre, les différents aspects de cette érosion, et les chancres pustuleux, croûteux, diphthéroïdes, etc.

2<sup>o</sup> Elles se rapprochent de très près de celles que l'on observe à la surface des autres syphilômes cutanés ou muqueux ; papules, papulo-pustules, etc. Je dirai plus, ces lésions ne sont pas même spéciales aux syphilômes en général, vous observerez ces mêmes lésions dans les différentes lésions élémentaires de la peau et des muqueuses. Il importe donc de les étudier en détail, non pas seulement au point de vue des syphilides cutanées ou muqueuses, mais des lésions élémentaires de la peau en général. Quand on examine une coupe de chancre infectant, on constate que, ainsi que vous le voyez sur ces préparations et dessins :

a) Sur les bords du chancre en *g* (*fig. 5*), il y a hypertrophie de l'épiderme, du corps muqueux de Malpighi en particulier, et de ses prolongements interpapillaires ; parfois hypertrophie de la couche granuleuse, dont les cellules sont plus riches en éléidine.

b) Au milieu du chancre, là où se fait l'érosion chancreuse en *e* (*fig. 5*), il se produit des lésions épidermiques aboutissant à la destruction plus ou moins complète de cet épiderme. Les processus présidant à cette

---

édé beaucoup plus simple que celui de Lustgarten. — Si donc nous sommes bien réellement ici en présence des « bacilles » de la syphilis, ce que la culture et l'inoculation expérimentale pourront seules démontrer, il restera à déterminer s'il est possible de distinguer entre eux les différents syphilômes d'après la plus ou moins grande quantité de bacilles qu'ils contiennent, d'après la disposition de ces bacilles, et d'après leur richesse plus ou moins grande en spores. Quoi qu'il en soit, le fait signalé par Lustgarten est vrai ; j'ai pu le constater après cet auteur et après Doutrelopont et Schütz en employant les procédés de ces deux auteurs. Mais s'agit-il ici réellement du « bacille de la syphilis » ? Attendons le criterium de culture et d'inoculation expérimentale.

destruction plus ou moins complète sont : ou bien la désagrégation moléculaire (atrophie interstitielle) analogue à celle que j'ai étudiée après Larroque dans certains cas de lupus non excedens (Leloir et Vidal. *Anatomie pathologique du lupus*. Société de Biologie, 1882) ; elle est plus fréquente à la surface des gomme qu'à la surface du chancre ; ou bien la nécrose de coagulation de Weigert. Mais bien plus souvent, le processus qui amène l'érosion épithéliale du centre du chancre est l'altération que j'ai étudiée, en 1878, sous le nom « d'altération cavitaire » altération qui préside à la formation des vésicules, pustules et productions diphthéroïdes sur les muqueuses et sur la peau. Je ne puis ici vous décrire en détail cette altération dont je vous ai déjà parlé. Les préparations et dessins que je fais passer sous vos yeux vous rendent un compte suffisant de ce processus. Je me borne à renvoyer ceux d'entre vous, que cette question intéresserait, aux articles que j'ai publiés en 1878, 1879 et 1880, dans les *Archives de physiologie*, etc. (altération spéciale des cellules épidermiques ; structure et mode de formation des vésicules et pustules sur les muqueuses et sur la peau ; structure et développement des productions pseudo-membraneuses sur les muqueuses et sur la peau, etc.), différents travaux dont les résultats ont été complètement vérifiés et admis tant en France qu'à l'étranger.

Ce processus se résume en deux mots : sous l'influence de l'altération cavitaire, qui, débutant autour du noyau (*fig. 6, A*) dans la zone hyaline périnucléaire de Ranvier, transforme la cellule épithéliale en une cavité, et lui fait prendre l'aspect d'une cellule végétale (*fig. 6, B*) ; une partie plus ou moins étendue de l'épiderme cutané ou muqueux se trouve transformée en un réticulum, dont chaque maille est constituée par une cellule épithéliale ayant subi mon altération cavitaire. (Le schéma suivant tiré de mon mémoire à la Société

de Biologie, mars et novembre 1878, et que mon maître Cornil m'a fait l'honneur de reproduire dans ses leçons

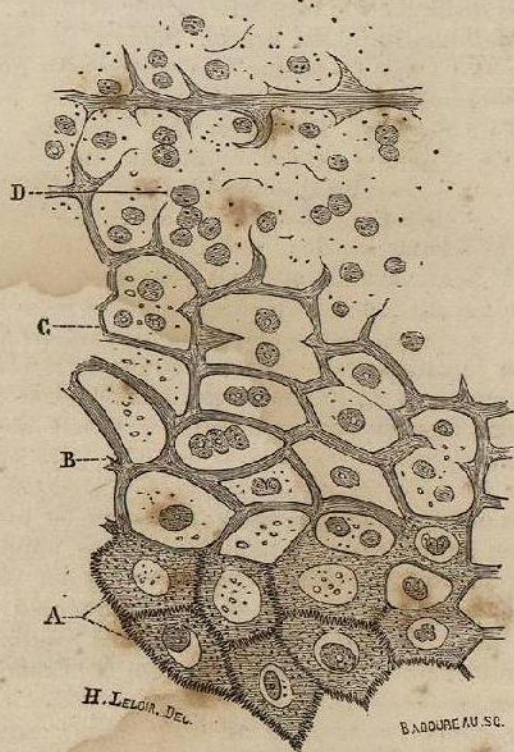


Fig. 6. — Schéma des altérations de l'épiderme à la surface du chancre, (figure extraite de mon mémoire de 1878. In comptes rendus de la Société de Biologie et intitulé: *Altération spéciale des cellules épidermiques*). A. Début de l'altération cavitaire. B. Cellules épidermiques ayant subi en entier l'altération cavitaire et prenant l'aspect de cellules végétales. Formation du reticulum épithélial primaire. C. Ouverture les unes dans les autres des cellules cavitaires, par disparition de leurs cloisons. Formation du reticulum épithélial secondaire. D. Destruction du reticulum épithélial. Formation des cavités plus ou moins grandes pleines de globules de pus, de fines granulations, de minces filaments de fibrine. Ces cavités sont bordées par les débris anfractueux des parois cellulaires désagrégées.

sur la syphilis (1879) vous en donne une bonne idée). Le réticulum s'infiltré de liquides et de pus venus du derme. Ses mailles se rompent par places, et constituent ainsi des cavités secondaires provenant de la fusion des cavités primaires. La vesico-pustule est formée, c'est le chancre pustuleux, puis par dessiccation, croûteux de la peau (chancre ecthymateux, fig. 6, C. D.) Si la couche cornée est enlevée par macération ou autrement, comme cela se produit sur les muqueuses ou les régions de la peau qui, par leur humidité constante, se rapprochent des muqueuses, le réticulum, au lieu d'être soulevé et distendu par les liquides venus du derme et de former une vésico-pustule, s'affaisse. Il constitue une pseudo-membrane. C'est le chancre gris ou diphthéroïde. Si cette fausse membrane est enlevée en partie ou totalement, le chancre prendra, aux points où cette pseudo-membrane d'origine épithéliale manque, l'aspect rouge, ou chair musculaire. C'est le chancre rouge (1).

Ces lésions épithéliales sont-elles uniquement secondaires aux troubles de nutrition que produit dans l'épiderme le développement du syphilôme, comme le pense Cornil? Oui, en partie, mais je pense que l'on ne peut dire en entier. Je pense que l'action locale du virus syphilitique produit à la fois des lésions épidermiques et dermiques. En effet, au début, le chancre est surtout une lésion épidermique, une érosion, une produc-

(1) Il importe également d'étudier les modifications de la couche granuleuse et de l'épiderme dans l'épiderme qui recouvre le chancre. (Voir fig. 5). Au niveau de l'érosion, la couche granuleuse disparaît en général, parfois cependant ses cellules subissent l'altération cavitaire, dans les chancres ecthymateux superficiels par exemple. Sur les bords du chancre, la couche granuleuse est souvent épaissie et contient beaucoup plus d'éléidine. Il se passe ici un phénomène analogue à celui que l'on observe dans certaines papules cutanées.

tion de vésico-pustulation. Ce n'est que plus tard, que l'on voit des lésions dermiques, néoplasiques, l'induration, le syphilôme, l'emporter sur les lésions épidermiques.

## SEPTIÈME LEÇON.

SOMMAIRE. Chapitre III. — Du syphilôme primaire. — (Chancre syphilitique). Suite. (Leçon faite le 20 février 1885). Description clinique du chancre. — A. Chancre au début. On le voit très rarement à cette période. Pourquoi? C'est une lésion insignifiante. — Observation d'un chancre syphilitique étudié 12 heures après son apparition; excision du chancre. B. Chancre à sa période d'état. 1<sup>o</sup> Etude de l'érosion chancreuse. a. Étendue. — Étendue ordinaire. — Étendue anormale en grand (chancre géants); en petit (chancre nains). — Chancre herpétiforme de Dubuc. b. Forme. — Contours. — Le Chancre syphilitique n'a pas de bords. c. Fond. — Plat. — Creux. — Bombé. — Exceptionnellement ulcération. d. Couleur. — Chancre gris ou diphthéroïde; son anatomie, son aspect. — Parfois piqueté hémorrhagique du fond du chancre. — Raison anatomique du fait. e. Sécrétion du chancre. — Très peu abondante, claire, transparente. — Distinction pratique entre la sécrétion du chancre et celle de l'herpès érodé chancreux ou non. Examen histologique de la sérosité du chancre. 2<sup>o</sup> Etude du syphilôme, du néoplasme chancreux (Induration). a. Sa fréquence. — Elle peut échapper. — On retrouve le syphilôme quand on pratique l'examen histologique, dans les cas où l'induration fait cliniquement défaut; exemple. — b. Siège de l'induration. Moyen de la percevoir. c. Variétés de l'induration: lamelleuse (foliacée, papyracée, parcheminée); noueuse; annulaire. Raisons anatomiques de ces variétés. d. On ne peut déterminer d'une façon précise les conditions qui font varier l'intensité de l'induration. Opinions diverses émises à cet égard (siège anatomique, nature du virus, etc.) 3<sup>o</sup> Troubles fonctionnels. Presque nuls. — Le chancre est indolent; il est aphlegmasique. Le chancre ne devient douloureux et enflammé que par une cause surajoutée (irritation, etc.). — Troubles fonctionnels dépendant du siège spécial du chancre.

DESCRIPTION CLINIQUE DU CHANCRE.

A. Chancre au début.

Messieurs,

Au début, qu'est-ce que le chancre? il est très rare, pour ne pas dire exceptionnel, de voir le chancre à ce moment. Et cela se conçoit, car, dans les premiers jours, le chancre constitue une lésion tellement minime, tellement insignifiante, qu'elle passe inaperçue. Dans les descriptions de chancres consécutifs à l'inoculation expérimentale, nous voyons qu'au début, dans les premiers jours, le chancre est une petite saillie tégumentaire légèrement érodée à sa surface, ou une papule minuscule. — Au point de vue clinique le chancre a été rarement vu à son début, mais enfin il l'a été. Or qu'était-il dans les 4 ou 5 premiers jours de son apparition? C'était, dit Fournier, dans les quelques observations qu'il nous en rapporte, une légère rougeur, une érosion insignifiante. C'était, comme le disent les malades, un bobo minuscule, moins que rien. J'ai vu un chancre syphilitique 12 heures après son apparition. J'ai communiqué cette observation au Congrès international des Sciences médicales de Copenhague en 1884. La voici brièvement résumée, car elle est très instructive et presque unique dans son genre. (Voir Leloir *Vierteljahreschrift für Dermatologie und Syphiligraphie* 1884, p. 451.)

Un étudiant vient, en 1882, me consulter épouvané dans mon cabinet alors que je pratiquais à Paris. Ce jeune homme me raconte qu'il a eu des rapports, un jour auparavant, avec une femme, laquelle, d'après le dire de ses amis (le malheureux ne l'a appris que trop tard) était syphilitique. Je vis la femme

et elle portait en effet des papules érosives de la vulve. Malgré les instances de l'étudiant qui voulait absolument savoir si oui ou non il avait la vérole, je ne pouvais répondre qu'une seule chose à ce pauvre garçon: Laissez passer la période d'incubation; sachez attendre, car actuellement je ne puis rien vous dire; mais tout en attendant, observez-vous minutieusement et au moindre bobo suspect venez me trouver. La recommandation fut exécutée d'une façon scrupuleuse, plus que scrupuleuse même. L'étudiant armé d'une énorme loupe achetée pour la circonstance, passait son temps à examiner ses organes génitaux. Il les examinait avant de se coucher, la première chose qu'il faisait le matin en se levant était de prendre sa loupe et de passer une inspection minutieuse des régions suspectes. A chaque instant dans la journée, nouvelle inspection pour voir si le fameux bobo n'était pas apparu. L'étudiant était devenu un véritable fakir dont le regard renforcé par un instrument grossissant était constamment dirigé vers les organes génitaux. Cet état de monomanie dura 20 jours. Le 22<sup>e</sup> jour vers 2 heures de l'après-midi, il entre effaré dans mon cabinet, il était déjà venu deux fois le matin pour me voir, et la première chose qu'il fit en m'abordant fut.... de me montrer sa verge. Sur le bord libre du prépuce se trouvait une érosion saillante, grande comme une petite tête d'épingle, je dis érosion, c'était plutôt une simple petite tache rouge. D'induration, nulle trace. Pas d'adénopathie inguinale. Or ce bobo, Messieurs, s'était montré dans la nuit qui avait précédé la visite de l'étudiant, et cela après minuit, car ce jeune homme rentré chez lui la veille plus tard que de coutume, avait inspecté minutieusement ses organes génitaux et n'avait rien trouvé. Ce n'est que le matin à son réveil qu'il avait vu cette érosion minuscule. J'examinai avec soin tout le restant de la surface tégumentaire du sujet et je ne trouvai rien, absolument rien, ni ce

jour-là, ni dans les semaines qui suivirent. Supposant que cette érosion insignifiante pouvait être le chancre au début, en train d'éclorre, j'excisais largement un morceau grand comme une pièce de 0,50 du prépuce sur lequel reposait cette petite érosion. La plaie se cicatrisa rapidement sans qu'il se produisit d'induration à son niveau. Mais quelques jours après les ganglions inguinaux commencèrent à s'engorger et environ 6 semaines après l'étudiant était en pleine syphilis secondaire (roséole, alopecie, papules érosives).

Donc, dans le cas actuel, le chancre, environ 14 heures après son apparition, était la plus insignifiante des érosions. Je reviendrai plus tard sur cette observation quand je vous parlerai de la destruction du chancre comme moyen abortif de la syphilis.

Elle présente une grande analogie avec une observation publiée par le D<sup>r</sup> Rasori (de Rome) et une observation du professeur Fournier. Ce fait vous montre, Messieurs, que dans les 4 ou 5 premiers jours le chancre est la plus insignifiante des lésions. Comme il est donc impossible, à cette époque, d'en faire un diagnostic précis, sa nature ne pourra être soupçonnée que s'il y a eu confrontation.

Donc, votre devoir de médecin doit être de mettre en garde le client contre toute érosion minuscule, contre tout hobo survenu après un coït suspect; de lui dire que ce n'est peut-être pas une vésicule d'herpès ou une écorchure du coït, comme il le pense, mais peut-être un chancre au début.

B. *Chancre à sa période d'état.* Etudions, maintenant, le chancre à sa période d'état. Comme le dit M. Fournier, cette période d'état est caractérisée par les deux phénomènes suivants: l'extension de l'érosion, l'apparition de l'induration. Si nous étudions alors un chancre typique, un chancre modèle, il se présente à nous avec les caractères suivants. Le chancre est:

une érosion de petite étendue, ronde ou ovale, sans bord, à fond lisse et uni, de coloration rouge ou grise. Cette érosion repose sur une induration plus ou moins accentuée, elle est indolente, aphlegmasique. (Fournier.)

1<sup>o</sup> *Etude de l'érosion.* — a) *Etendue de l'érosion.* — En général l'érosion est de petite étendue, du diamètre d'un centime ou d'une pièce de cinquante centimes. Elle peut être beaucoup plus grande, par exemple le chancre érosif de notre malade n<sup>o</sup> 5 de la salle Saint-Damien, qui recouvrait la moitié externe, le bord libre et la face interne de la grande lèvre gauche dans toute sa hauteur. (Obs. 13 du registre des femmes.) Vous avez vu récemment dans notre salle des vénériens un chancre du scrotum grand comme une pièce de 5 fr. (n<sup>o</sup> 201 du recueil d'observations hommes). Tel est encore le moulage d'un chancre double du menton que je vous fais passer sous les yeux et qui provient d'un malade du service de M. le professeur Trélat. Le D<sup>r</sup> Mauriac parle d'un chancre de 8 centimètres de diamètre. Dans d'autres cas, au contraire, l'érosion peut être excessivement petite, de l'étendue d'un pépin de pomme, d'une tête d'épingle, c'est le chancre nain. Je vous en fais passer sous les yeux un bel exemple provenant d'un malade (n<sup>o</sup> 58 du Recueil d'observations) de notre salle des vénériens. L'excellent moulage que vous avez en main a été fait, comme vous le savez, par mon élève M. Havrez, dont le talent artistique vous est connu. Ces chancres nains sont en général solitaires comme vous venez encore de le constater chez deux malades de la salle des vénériens atteints de chancres grands comme des pepins de pomme (n<sup>os</sup> 213 et 202 du Recueil d'observations hommes). Quand ils sont multiples ils constituent alors le chancre herpétiforme décrit en 1874 par Dubuc.

b) La forme de l'érosion est en général ronde ou ovale. Elle est régulière, et présente deux moitiés symétriques superposables, comme vous pouvez le constater

journallement dans nos salles et comme vous pouviez le voir d'une façon frappante chez un sujet atteint de chancre de la commissure labiale, constituant un bel exemple de « chancre en feuillet de livre. » Parfois la forme du chancre est beaucoup plus allongée, c'est une fissure, une rhagade, en voici un bel exemple (n° 101 du Recueil d'observations femmes), comme cela s'observe souvent à l'anus. Parfois l'érosion est en forme de croissant, tels certains chancres de la racine de l'ongle ou de la base du mamelon. L'érosion peut ne pas présenter de contour bien limité, c'est plutôt une sorte de rougeur diffuse sans contour précis; elle constitue alors le chancre intertrigineux ou épithélial de Langlebert. Vous en avez vu plusieurs exemples ces derniers mois dans nos salles des femmes; ces chancres siégeaient sur les grandes et les petites lèvres.

Jamais, comme le fait remarquer M. Fournier, ou tout au moins pourrait-on dire très exceptionnellement, le chancre ne présente de contours polycycliques ou géographiques. Ce fait est très important au point de vue du diagnostic avec l'herpès. Le chancre ne présente pas de bords. En effet, le chancre étant très rarement une ulcération, mais le plus souvent une érosion, comme l'a, le premier, bien remarqué Bassereau, le chancre ne peut avoir de bords. Ses bords se continuent de plein pied avec le fond comme vous pouvez le constater sur ces malades, ces préparations et ces moulages. Vous voyez que loin de présenter des bords taillés à pic, le chancre se présente à nous sous forme d'une cupule, d'un godet, et quelquefois même d'une papule (chancre papuleux).

c) Fond du chancre. Il résulte de l'absence de bords du chancre que le fond de celui-ci n'est jamais situé profondément. Le chancre peut avoir un fond plat, au niveau des parties avoisinantes, il s'agit alors en général d'un chancre à peine induré, chancre parcheminé et à érosion très superficielle. C'est le chancre plat érosif

ou épithélial de Langlebert. Il simule souvent une balanite simple. Sa durée est courte. Besnier et Doyon lui donnent avec raison le nom de chancre maculeux (Besnier et Doyon, Note à leur traduction de Kaposi). Nous conserverons cette expression. Le chancre est en général un peu creux, c'est une érosion en godet, en coup d'ongle, en fissure. Par opposition au chancre creux, au chancre érosif, nous avons le chancre bombé de Charles Bell. Ce chancre n'est autre chose qu'une papule érodée à sa surface. C'est l'ulcus elevatum des anciens auteurs, le chancre nummulaire, condylomateux. Ce chancre simulant quelquefois à s'y méprendre la plaque muqueuse, on conçoit comment il se fait que certains auteurs aient considéré la plaque muqueuse comme étant parfois l'accident initial de la syphilis. Je vous ai montré, dans mes cliniques, plusieurs chancres papuleux des plus caractéristiques dont voici quelques moulages faits par M. Havrez.

Le fond du chancre, Messieurs, surtout lorsqu'il est dépouillé de sa fausse membrane, est lisse, uni, vernissé. Il diffère, par conséquent, notablement du fond du chancre simple qui est irrégulier, alvéolaire. Exceptionnellement le chancre est ulcéreux. Cependant, dans certains cas, où les parties superficielles du syphilôme s'ulcèrent, le godet du chancre peut s'approfondir, atteindre la couche papillaire, et le derme lui-même. Alors le chancre se présente sous l'aspect d'une cupule plus profonde et même d'un petit entonnoir comme vous en avez vu un exemple. Cependant, jamais dans ces cas, le chancre ne présente de bords taillés à pic. Il n'a pas de bords. C'est toujours un godet plus ou moins profond. Il n'en est pas de même, ainsi que nous le verrons, dans les chancres profondément ulcéreux que nous étudierons avec les chancres anormaux ou atypiques.

d) La couleur du chancre est assez variable, cepen-

dant, comme l'a bien dit M. Fournier, il en existe deux principales : la couleur grise, la couleur rouge ; le chancre gris, le chancre rouge. 1<sup>o</sup> Chancre gris ou diphthéroïde. Vous avez vu, à propos de l'anatomie pathologique générale du chancre, que cet aspect diphthéroïde résulte d'une altération particulière « altération cavitaire de l'épithélium ; altération particulière qui transforme une partie de cet épithélium en une véritable pseudo-membrane. » Cette pseudo-membrane qui recouvre une partie ou la totalité de l'érosion chancreuse, présente une teinte grisâtre, très analogue à celle de certaines membranes diphthéritiques, ou d'herpès grisâtre érosif des muqueuses, ou de certains vésicatoires couenneux. On a comparé sa teinte à celle du vieux lard ranci. Cette pseudo-membrane peut être plus ou moins épaisse. Elle peut occuper toute la surface du chancre, ou seulement certaines portions de cette surface ; ces parties ainsi privées de fausse membrane présentent alors un aspect rouge. Lorsque la fausse membrane occupe le centre seul de l'érosion chancreuse la périphérie restant rouge ; ou lorsque, au contraire, le centre restant rouge la pseudo-membrane constitue un anneau grisâtre autour de la région rouge centrale, on aura affaire à deux variétés du chancre dit en cocarde.

2<sup>o</sup> Chancre rouge. La couleur de ce chancre a été justement comparée par mon maître, M. le professeur Hardy, à celle de la tranche de jambon cru ; d'ailleurs, cette teinte rouge variée, elle est chair musculaire, fauve, cuivre rouge, ou irisée (Rollet). En général, le chancre rouge est plus luisant, plus vernissé que le chancre gris. Il n'y a pas d'altération cavitaire dans l'épithélium qui constitue le fond de l'érosion du chancre rouge. Il n'y a pas de réticulum épithélial, pas de fausse membrane comme je vous l'ai dit. Parfois, ainsi que vous le pouvez voir sur ces malades et sur ces moulages de M. Havrez, le fond du chancre présente un fin piqueté hémorrhagique comme si on l'avait moucheté avec une

aiguille très fine. Chacun de ces minuscules points rouge carmin correspond à une papille plus ou moins dépouillée de l'épithélium qui la recouvre, et parfois même plus ou moins érodée ou ulcérée. (Vous en avez devant les yeux de belles préparations histologiques provenant d'un chancre que j'ai examiné en 1880 chez M. Maurice Raynaud.) Notons en passant que les chancres génitaux des femmes enceintes, comme l'a remarqué M. Fournier, présentent souvent une teinte livide, violacée, lie de vin, due à la stase veineuse. Ils sont en outre parfois hypertrophiques, vous l'avez pu voir chez plusieurs de nos malades.

e) Sécrétion du chancre. Messieurs, la sécrétion du chancre est très peu abondante. Sur un chancre ordinaire, non enflammé et non ulcéreux, c'est à peine s'il existe à la surface du chancre un liquide transparent, clair, comparable à la sérosité vaccinale et peu abondant. Ce liquide est donc loin de présenter les caractères purulents du liquide qui s'écoule de l'ulcération du chancre simple. Comme le dit bien M. Lancereaux, en syphilis la virulence est opposée à la purulence. Lee avait justement remarqué que le chancre syphilitique ne suppure pas. Donc, premier caractère de la sécrétion, cette sécrétion n'est pas purulente.

Deuxième caractère, cette sécrétion est peu abondante. On a beau presser entre les doigts le chancre, c'est à peine si l'on augmente la légère humidité, le léger suintement qui le recouvre. Prenez au contraire une érosion d'herpès des organes génitaux, herpès solitaire, chancreiforme ou non. Pressez cette érosion entre les doigts, très souvent vous verrez la surface de l'érosion s'humecter notablement. Très souvent même vous verrez sourdre sous l'influence de cette pression une gouttelette plus ou moins grosse d'un liquide transparent légèrement ambré rappelant absolument la sérosité de l'eczéma ou la sérosité qui s'écoule



lorsque l'on rompt une vésicule ou arrache une croûte d'herpès labialis. Je vous ai montré souvent ce signe différentiel, auquel j'attache une grande importance et que les auteurs semblent avoir passé sous silence. J'ai proposé de lui donner le nom de *signe de l'expression du suc*.

Ce phénomène particulier me paraît dépendre de la différence des lésions histologiques que l'on observe dans le derme, dans le chancre et dans la vésicule d'herpès. D'un côté, il y a néoplasme. De l'autre côté, il y a inflammation hyperémique du derme avec troubles vasculaires d'origine nerveuse très accentués (1).

Si l'on examine au microscope le liquide de la surface du chancre, on n'y trouve que très peu de globules de pus, très peu de cellules lymphatiques, comme le dit Cornil. On y trouve aussi, dit ce maître, « de fines granulations graisseuses ou protéiques; des spores très petites isolées ou réunies en chapelets, des bactéries en bâtonnets, etc. Ces diverses productions végétales ou vibroniennes sont surtout abondantes le jour de l'arrivée des malades, avant qu'ils n'aient été lavés » (Cornil). Il s'agit là, en effet, Messieurs, très probablement de microbes ne présentant rien de spécifique, de microbes de saleté, de fumier. On y trouve en outre des cellules du corps muqueux de Malpighi plus ou moins altérées. Vous avez pu vous-mêmes étudier fréquemment dans notre service ces particularités histologiques du liquide

(1) Voir H. Leloir : *Sur deux caractères cliniques d'une grande utilité au point de vue du diagnostic entre le chancre infectant et l'herpès dans les cas difficiles*. (*Journal des connaissances médicales*, 2 avril 1885).

Il faut, comme je vous l'ai montré récemment, se défier des petits chancres, à minime induration, reposant sur un tissu œdématisé. Cet œdème simple peut en effet rendre le chancre en apparence plus humide quand on l'exprime, l'érosion chancreuse constituant une porte de sortie au liquide de l'œdème. (Cas d'un malade à chancre nain et œdème simple traumatique de la verge).

qui s'écoule à la surface du chancre. Un bon moyen de faire cette étude histologique est, comme vous le savez, de prendre une lamelle couvre-objet, de l'appliquer légèrement sur la surface de l'érosion chancreuse, en un mot, d'étaler sur sa surface, par un moyen quelconque, une mince couche de ce liquide, de le fixer sur cette lamelle en le séchant par agitation dans l'air et de colorer ensuite en plaçant la lamelle dans des liquides colorants divers. (Tout récemment, Lustgarten, *loc. cit.*, signale dans la sécrétion du chancre infectant un bacille qu'il considère comme caractéristique de la syphilis. Voir pour plus de détails l'article Syphilis du récent et excellent livre de Cornil et Babès : *les Bactéries*).

2° *Le syphilôme primaire (Induration)*. Abordons maintenant l'étude clinique du syphilôme primaire, de l'induration chancreuse. L'importance diagnostique de l'induration chancreuse a été indiquée par Torella, Ambroise Paré, Jean-Louis Petit, Hunter, Rayet, et surtout accentuée par Ricord dans ses lettres sur la syphilis, lorsqu'il distingue les chancres en chancres qui s'indurent et chancres qui ne s'indurent pas. Cependant, c'est à Bassereau, en 1852, que l'on doit la distinction entre les deux chancres : le chancre syphilitique et le chancre simple. Je vous le rappelle encore une fois, il ne faut pas confondre chancre mou avec chancre simple (chancrelle de Diday); chancre syphilitique avec chancre induré.

a) *Fréquence*. Quoi qu'il en soit, l'induration est presque constante dans le chancre syphilitique. Dans 325 cas, Bassereau l'a rencontrée 301 fois. Et encore pouvait-elle avoir existé pendant un certain moment. D'ailleurs, si elle peut échapper aux cliniciens dans des cas exceptionnels, elle se rencontre toujours au point de vue histologique. C'est ainsi que vous voyez sur ces préparations le syphilôme siéger dans la couche papil-

laire du derme, bien que le chancre dont proviennent ces préparations ne présentât aucune trace d'induration clinique (1). En tous cas, au point de vue clinique, cette induration qui sous-tend l'érosion présente une grande importance diagnostique. Cette induration, comme l'a dit Hunter, est quelque chose de spécial par sa consistance, sa configuration, sa circonscription.

*b) Siège de l'induration. Moyen de la sentir.* Elle est sous le chancre, ne la dépasse pas, contrairement à l'induration inflammatoire. C'est l'assise du chancre (Fournier). En un mot, c'est un syphilome cru et dur comme une gomme crue. Messieurs, pour sentir l'induration, il faut, comme l'a dit Fournier, procéder de la façon suivante : a) Isoler le chancre des parties profondes en l'enlevant en l'air ; b) l'isoler des parties périphériques. Pour arriver à ce résultat, il faut saisir le chancre par les deux extrémités de son diamètre et non pas à distance, comme je l'ai vu faire par quelques-uns d'entre vous. Ceci fait, un petit mouvement d'opposition entre le pouce et l'index, et vous sentez l'induration.

*c) Variétés de l'induration.* Suivant que le syphilome siège superficiellement ou profondément, suivant qu'il envahit seulement la couche papillaire, ou les régions supérieures du derme, ou tout le derme, ou même tout le derme avec une partie de l'hypoderme, l'induration sera lamelleuse ou superficielle, noueuse ou profonde. L'induration lamelleuse a été divisée par Ricord en induration foliacée, papyracée, parcheminée. Il est à noter que très souvent ces chancres à indurations

(1) C'était un chancre de la petite levre (bord libre), grand comme un centime ; érosif, rouge. Malgré un examen minutieux, je n'y pouvais percevoir la moindre induration. L'examen histologique me montra les lésions du syphilome dans la couche papillaire du derme seulement. Ce chancre fut suivi d'accidents secondaires.

superficielles sont érosifs, et présentent une durée courte. Dans d'autres cas, l'induration simule un disque de carton plus ou moins épais, enchâssé dans l'épaisseur de la peau, un bouton d'os, un haricot et même une noisette. C'est l'induration noueuse. En voici de beaux exemples chez ces malades.

L'induration fait parfois presque complètement défaut au centre du chancre ; je dis presque, car l'histologie nous montre qu'elle ne fait jamais complètement défaut : c'est l'induration annulaire de Wallace. Il est impossible de déterminer d'une façon précise les conditions qui font varier l'intensité de l'induration. La structure spéciale de la région paraît cependant jouer un rôle. Ainsi, les régions où l'épiderme est mince, où les vaisseaux sanguins ou lymphatiques constituent un riche lacis, les régions où existent de grosses glandes, comme le gland et le prépuce, paraissent prédisposées aux grosses indurations (1). Dire que l'induration varie avec la plus ou moins grande pénétration ou diffusion du virus n'est qu'émettre une hypothèse sans valeur.

L'induration chancreuse ne fait pas plus souvent défaut sur les muqueuses que sur la peau. Et je suis étonné de voir un dermatologiste de la valeur du professeur Neisser dire, dans son article Syphilis de l'*Encyclopédie* de Ziemssen, que l'on ne voit presque jamais de chancre dur sur les muqueuses ; que sur les muqueuses le chancre infectant se montre sous forme d'ulcération ou d'érosion, sans tendance à l'induration, sans néoplasme spécifique apparent, contrairement à ce qui se passe pour la peau. Tout ce que l'on peut dire, selon moi, c'est que les chancres à grosses indurations, à indurations noueuses, paraissent plus rares sur les mu-

(1) Voir Finger: *Contribution à l'étude anatomique des organes génitaux de l'homme, dans ses rapports avec la sclérose initiale.* (Collège médical de Vienne, 9 février 1885, et *Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis*, 1885. Fasc. 1.)

queuses que sur la peau et les muqueuses voisines de la peau.

Certains auteurs avaient prétendu que l'induration manque chez la femme. Il n'en est rien, comme vous l'avez pu constater souvent chez nos malades. Langlébert et Diday avaient supposé que l'intensité de l'induration varie avec la nature du virus inoculé, que les indurations fortes sont consécutives aux inoculations au moyen du virus du chancre, que les indurations faibles sont consécutives aux inoculations au moyen du virus des papules érosives, etc. Cette opinion est loin d'être démontrée.

3° *Troubles fonctionnels.* Le chancre infectant ne s'accompagne guère de troubles fonctionnels. Vous le constatez tous les jours, le chancre infectant est indolent. Cette indolence est regrettable, car c'est une des raisons qui font que l'accident initial de la syphilis passe si souvent inaperçu. Le chancre infectant est aphlegmasique, il n'éveille pas de réaction inflammatoire dans son voisinage.

En général, le chancre infectant ne présente pas d'autres troubles fonctionnels que ceux qui peuvent résulter de son siège sur quelques points spéciaux : paupières, langue, lèvres, anus, etc. Le syphilome primaire ne devient douloureux et enflammé que lorsqu'il est irrité par une cause quelconque : cautérisations intempestives, urines, matières fécales, saletés, coït, marches, fatigues, excès, alcoolisme, grossesse, mauvais état de la santé générale, etc.

## HUITIÈME LEÇON

- SOMMAIRE. — *Formes variables du chancre syphilitique (Variétés).* — 1° Variétés d'origine épithéliale. — Deux types principaux, suivant que le chancre siège sur un tégument kératinisé ou non; suivant qu'il existe une couche cornée vraie à la surface des altérations épithéliales du chancre, ou non. — Pour bien comprendre ces variétés il nous faut partir du chancre de la peau. Chancre cutané. — A. Chancre pustuleux ou ecthymateux. — Son aspect clinique — Son anatomie pathologique. Processus de vésico-pustulation; formation d'un reticulum épidermique par altération cavitaire. — a. Comparaison clinique et anatomique du chancre diphthéroïde des muqueuses avec le chancre pustuleux. — Le chancre diphthéroïde des muqueuses — le chancre pustuleux de la peau. Le chancre diphthéroïde des muqueuses moins sa fausse membrane = le chancre ecthymateux de la peau dépouillé de sa croûte = dans les deux cas l'érosion chancreuse rouge.
- B. Chancre papulo-desquamatif. — Son aspect clinique — son anatomie pathologique. — Les lésions épithéliales de ce chancre sont des lésions de desquamation et non de vésico-pustulation. b. Comparaison du chancre papulo-desquamatif sec de la peau; avec certaines variétés de chancres érosifs rouges des muqueuses. — Le chancre papuleux sec ou desquamatif de la peau = le chancre rouge primitif ou desquamatif des muqueuses. — Dans certaines circonstances, le chancre de la peau peut prendre l'aspect du chancre des muqueuses, et réciproquement. Exemple: Raisons anatomo-pathologiques. — Les propositions précédentes ne sont pas applicables seulement au chancre; mais aux diverses variétés de syphilides et à toutes les lésions élémentaires de la peau, spécifiques ou non.
- 2° Variétés d'origine néoplasique. A. Grosses indurations. B. Le syphilome primaire peut devenir non résolutif; le chancre peut devenir ulcéreux. a. Ulcération par nécrose partielle du syphilome — aspect clinique — anatomie pathologique. — b. Ulcération par nécrose totale du syphilome primaire. — c. Ulcération par nécrose totale du syphilome primaire avec nécrose partielle