

tale en lymphatiques rend l'angioleucite beaucoup plus commune dans le cas de chancres de ces parties que dans celui de chancres extragénitaux. Chez l'homme, ce sont les lymphatiques du dos de la verge qui sont le plus communément atteints; ils forment un cordon facile à suivre jusqu'au pubis et à l'aîne. Chez la femme, les lymphatiques enflammés sont cachés dans l'épaisseur des petites et des grandes lèvres, et se rendent aux ganglions situés parallèlement au pli génito-crural. On les rencontre aussi au niveau du mont de Vénus sous forme de masses noueuses plongées dans le tissu adipeux de la région. Quand ils ne sont pas perceptibles au toucher, la présence des lymphatiques enflammés dans cette région se manifeste souvent par de l'œdème de la surface muqueuse ou muco-cutanée de la vulve.

## ADÉNITE.

L'adénite n'est pas en réalité une complication, mais un accompagnement nécessaire du chancre. Son existence est presque constante; Ricord avait l'habitude de dire: « Le bubon suit le chancre, comme l'ombre suit le corps (1) ». L'adénite est un des éléments les plus importants, sinon l'élément le plus important du diagnostic du chancre, et ses caractères particuliers doivent être notés avec soin.

Le bubon symptomatique du chancre a pour siège les ganglions qui sont en connexion avec les lymphatiques de la région affectée. Si le chancre est situé sur les parties génitales, ce sont les glandes de l'aîne qui sont prises, mais celles des autres régions, de la région sous-maxillaire, par exemple, restent indemnes. S'il s'agit d'un chancre buccal, ce sont les ganglions sous-maxillaires qui s'engorgent, mais ceux de l'aîne restent intacts.

Le tableau suivant, emprunté à A. Fournier, montre le siège du bubon correspondant aux chancres des différentes régions.

Siège du chancre.	Bubon correspondant.
Chancres génitaux, c'est-à-dire, du pénis, du scrotum, des grandes et petites lèvres, de la fourchette, du méat urinaire, de l'urètre, de l'orifice du vagin, etc.	Ganglions inguinaux.

(1) Fournier, sur 265 cas de chancre chez l'homme, a trouvé l'adénite 263 fois; sur 223 cas de chancre, chez la femme, il l'a trouvée 220 fois.

Siège du chancre.	Bubon correspondant.
Chancres périgénitaux: du périnée, de la région génito-crurale, du mont de Vénus, des fesses, des cuisses, etc.	Ganglions inguinaux.
Chancres de l'anus et de la marge de l'anus.	Ganglions inguinaux.
Chancres de la lèvre et du menton.	Ganglions sous-maxillaires.
Chancres de la langue.	Ganglions sous-hyoïdiens.
Chancres de la paupière.	Ganglion préauriculaire.
Chancres du doigt.	Ganglion épitrochléen; ganglions axillaires.
Chancres du bras.	Ganglions axillaires.
Chancres du sein.	Ganglions axillaires et quelquefois sous-pectoraux.
Chancres du col utérin.	Théoriquement ganglions pelviens; en général pas d'adénopathie inguinale, exceptionnellement, bubon inguinal.

L'induration des ganglions commence vers la même époque que l'induration de la base du chancre. Dans les cas rares, l'induration peut être différée, mais, selon Ricord, pas plus de quinze jours. Fournier, cependant, cite un cas dans lequel l'adénopathie n'apparut qu'au bout de vingt-sept jours après l'apparition du chancre.

Dans l'adénopathie qui accompagne les chancres génitaux, l'induration peut affecter les glandes de l'une ou de l'autre aîne ou des deux aînes à la fois. Elle se montre ordinairement du même côté que le chancre. Un ou plusieurs ganglions peuvent être intéressés. On sent au palper une *pléiade* de tumeurs olivaires ou globuleuses, d'une dureté cartilagineuse, isolables les unes des autres, mobiles sous le doigt et non adhérentes aux tissus voisins. Une de ces glandes est généralement plus développée que les autres, et peut atteindre la dimension d'une amande, tandis que les autres, de la dimension d'un pois ou d'une cerise, l'entourent comme des satellites.

L'indolence est un des caractères les plus particuliers de l'adénopathie qui accompagne le chancre. Cette adénopathie se développe insidieusement, souvent sans que le malade s'en aperçoive. La peau reste normale, il n'y a pas de douleur, mais seulement une légère sensibilité à la pression. Les caractères du bubon syphilitique sont aussi différents de ceux du bubon chancroïdal qu'il est possible de l'ima-

giner. Plus rarement on ne trouve dans l'aîne qu'une tumeur, laquelle peut être un peu plus volumineuse que lorsqu'il y en a plusieurs. Les autres caractères restent les mêmes.

L'induration ganglionnaire a ordinairement atteint son apogée dans l'espace d'une semaine ou deux. Si on administre le mercure, elle peut diminuer, mais pour réapparaître au moment de l'apparition des symptômes secondaires ou généraux. Elle peut durer de plusieurs semaines à cinq ou six mois, ou plus longtemps. L'adénopathie syphilitique se termine très rarement par suppuration. Bassereau n'a vu que 16 cas de bubon suppuré sur 383 cas de syphilis, Alf. Fournier 2 seulement sur 265 cas.

L'importance de ce caractère, l'absence de suppuration du bubon syphilitique, se montre dans les cas de lésions douteuses, apparaissant à une période éloignée. Si le malade raconte qu'il a eu des ulcères vénériens accompagnés de bubon non suppuré, on peut admettre la syphilis comme très probable. Mais si les ulcères vénériens ont été suivis de bubons suppurés, la probabilité, bien que beaucoup moins grande, est en faveur du chancroïde. C'est la règle ordinaire, quoique non invariable, qu'un bubon ouvert n'est pas suivi de syphilis.

L'adénite syphilitique est facile à confondre avec un engorgement strumeux. Les commémoratifs et les symptômes concomitants doivent servir à établir le diagnostic. L'indolence et l'absence d'inflammation la distingueront du bubon simplement inflammatoire et du bubon virulent (1).

## Diagnostic du chancre.

Le diagnostic du chancre est quelquefois facile, et d'autres fois très difficile, mais il est toujours très important, tant au point de vue du pronostic, qu'au point de vue du traitement à instituer.

Une des premières questions qui se posent est la suivante: A quelle date un diagnostic positif peut-il être établi? Il n'est pas rare que des malades viennent trouver le médecin avec une abrasion de date récente, n'ayant peut-être pas encore vingt-quatre heures d'existence, et demandent une réponse catégorique à leur question sur la nature de cette lésion. Il n'y a qu'une réponse à faire: il est impossible de dire, à une date si rapprochée du début, ce que peut être

(1) Voir Auspitz, *Bubons de la région inguinale* (Arch. f. Derm. und Syph., 1873).

la lésion en litige. Le chancre le plus virulent, précédant les formes les plus malignes de la syphilis constitutionnelle, est, dans les premiers jours de son apparition, la plus bénigne des lésions. Une éraflure d'épingle a un air plus menaçant. En fait, quand on fait une erreur de diagnostic, elle consiste, neuf fois sur dix, à prendre le chancre pour une abrasion. Il faut avoir cette situation bien présente à l'esprit; elle permet de se souvenir des caractères habituels du chancre, quand il fait son apparition. Ce n'est pas un ulcère; c'est une abrasion, une éraflure en apparence.

Un peu plus tard, quand le chancre commence à se distinguer des lésions de même apparence, deux éléments diagnostiques de grande valeur se présentent. C'est l'*induration* et l'*engorgement ganglionnaire*. Tous les autres signes diagnostiques sont illusoire. Le contour de la lésion, sa forme, sa couleur, l'aspect de sa surface, etc., sont des traits variables, inconstants et auxquels on ne peut se fier. Mais la palpation de la base de la lésion suspecte révélera presque invariablement une résistance particulière, une induration des tissus, qui, lorsqu'elle existe, est un signe presque certain de chancre. Aucune autre lésion susceptible d'être prise pour un chancre ne présente cette base ferme; pourtant les caustiques ou les agents irritants développent souvent une induration inflammatoire difficile à distinguer de l'induration du chancre (1). De même, si la lésion suspecte dure depuis quelque temps, une ou deux semaines, la présence d'une adénopathie, c'est-à-dire d'un groupe de petits ganglions tuméfiés, indolents, de la dimension d'une balle dans l'aîne, indiquera presque sûrement l'existence d'un chancre.

Après la simple abrasion ou l'éraflure, la lésion qu'il est le plus facile de prendre pour un chancre, et *vice versa*, c'est l'herpès génital. Il est souvent très difficile de distinguer les deux lésions l'une de l'autre. Un des premiers signes diagnostiques est que l'herpès est presque toujours accompagné, au moment où il apparaît, d'une sensation de chaleur ou de brûlure, tandis que le chancre est complètement indolent et ne donne lieu à aucune sensation. Ce signe, bien qu'ayant de la valeur, dépend des sensations subjectives du malade; on ne peut par conséquent s'y fier complètement dans beaucoup de cas. Bien plus certains sont les signes

(1) Quand on examine une ulcération suspecte, il faut toujours demander au malade si quelque topique n'a pas déjà été employé.

fournis par les ganglions, la présence ou l'absence d'induration, et les contours de la lésion. L'engorgement ganglionnaire n'existe pas quand il n'y a qu'un ou deux groupes d'herpès disséminés, mais quand l'herpès est confluent et de quelque étendue, il détermine un engorgement ganglionnaire, qui diffère cependant de celui du chancre; ce n'est qu'une légère tension sub-inflammatoire des ganglions. L'induration du chancre est bien marquée; celle de l'herpès, quand par hasard elle existe, n'est qu'une très légère fermeté inflammatoire des tissus sous-jacents. A. Fournier insiste fortement sur les contours de la lésion, qui fournissent un des signes différentiels les plus certains et les plus satisfaisants de l'herpès et du chancre. Le contour d'un chancre est représenté soit par un cercle d'un diamètre plus ou moins grand, soit par un oval, soit par une figure géométrique irrégulière. Les contours d'une large plaque d'herpès, d'autre part, ont une configuration toute spéciale et curieuse; ils sont faits d'une série de cercles incomplets (fig. 62). Cette forme *polycy-*

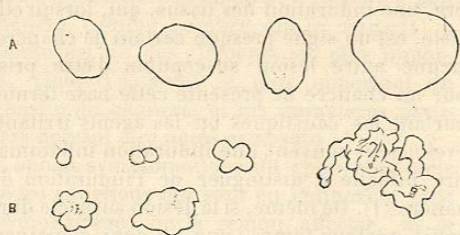


Fig. 62. — Contours de chancres et de plaques d'herpès; contours polycycliques de l'herpès: a, chancre; b, herpès.

*clique*, comme Alf. Fournier l'appelle, n'est pas accidentelle; elle résulte de la fusion d'un certain nombre de lésions circulaires indépendantes, et est pathognomonique de l'herpès. Naturellement le chancre ne présente pas ce caractère particulier, puisqu'il n'est pas constitué de la même manière.

A ces signes diagnostiques entre l'herpès et le chancre, auxquels on peut s'en rapporter quand le diagnostic est possible au premier coup d'œil, on en peut joindre un autre qui demande du temps, je veux parler de l'évolution ultérieure de la lésion, laquelle est naturellement le criterium *par excellence*. S'il s'agit d'herpès, la réparation se fait vite, la cicatrisation est rapide, et on n'observe aucun symptôme consécutif. S'il s'agit d'un chancre, le processus de réparation est lent dans la plupart des cas.

La lésion s'étend un peu, ou plus fréquemment reste stationnaire dans ses dimensions, prenant toujours une apparence de plus en plus caractéristique; l'adénopathie qui se développe chasse tout équivoque. Naturellement, toute incertitude cesse, quand, au bout de quelques semaines, les symptômes constitutionnels entrent en scène.

Une cause d'erreur est possible et doit être mentionnée à ce moment; c'est la coexistence fortuite de chancres et de plaques d'herpès dans la même région. Le fait n'est pas aussi rare qu'on pourrait le supposer. Fournier dit qu'il est assez fréquent chez les femmes. Il peut être dû à l'inoculation du virus syphilitique sur une ulcération herpétique, ou bien une éruption d'herpès peut être le résultat de l'irritation de voisinage déterminée par le chancre.

Chez les femmes, on peut confondre le chancre avec la vulvite érosive, surtout chez les petites filles (1). Ordinairement le caractère diffus et superficiel de la vulvite est suffisant pour la distinguer de la forme circonscrite qui se montre quelquefois autour d'un chancre. Parfois cependant, au lieu de se présenter sous l'aspect d'érosions confluentes et desquamatives, cette forme de vulvite détermine des lésions discrètes et quelquefois excavées, d'une coloration rouge vif ou d'un gris pultacé, et dans ces cas l'affection ressemble tellement à un chancre qu'il est presque impossible de distinguer les deux affections à première vue. L'importance de ce fait, au point de vue médico-légal, est très grande dans le cas où on soupçonne qu'une petite fille a été la victime d'un attentat criminel. A. Fournier dit que dans ces cas il se fait une règle invariable de ne jamais diagnostiquer le chancre par le chancre, c'est-à-dire de ne jamais fonder son diagnostic sur les caractères extérieurs de la lésion elle-même.

Alfred Fournier (2) publie, à ce propos, le cas suivant:

Une petite fille de six ans est amenée à l'hôpital pour des chancres qu'on dit lui avoir été donnés dans une tentative de viol. L'examen montre une vulvite intense, les grandes lèvres tuméfiées ont la dimension du quart d'une orange, sont œdémateuses, rouges, et douloureuses; elles suppurent abondamment. De plus, il existe de l'intertrigo érosif des plis génito-cruraux et des parties supérieures et internes des cuisses et des aines; on trouve trois ulcérations sur

(1) Voir Gougenheim, *Des folliculites vulvaires externes* (Ann. de dermat. et de syph., avril 1880).

(2) A. Fournier, *op. cit.*, 2<sup>e</sup> édit., p. 203.

les grandes lèvres. Une de ces ulcérations est de la dimension d'un noyau d'abricot, les deux autres sont circulaires et ont la dimension d'une lentille. Ces lésions sont grisâtres et couvertes d'une membrane d'apparence diphthérique; elles sont superficielles, ont une surface plane; l'une d'elles est un peu surélevée. Elles sont indolentes et ont une base un peu indurée. Finalement, on trouve dans les deux aines des ganglions tuméfiés, indolents, multiples et roulant aisément sous le doigt.

En présence de ces lésions, A. Fournier diagnostiqua sans hésiter un chancre accompagné de vulvite, mais, fidèle à sa règle dans les cas médico-légaux, il refusa de donner une opinion formelle devant le tribunal avant un délai de quelques jours. Heureusement pour l'accusé, l'aspect des choses changea complètement pendant ce temps. Dans l'espace de quelques jours, sous l'influence d'un pansement simple, la vulvite et les ulcères disparurent comme par enchantement, les ganglions perdirent leur induration, et la malade guérit sans présenter aucun signe consécutif d'infection pendant plusieurs mois qu'elle resta en observation à l'hôpital et fut soumise à un examen quotidien.

J'ai cité cette observation parce qu'elle montre de la façon la plus frappante comment le syphilographe le plus distingué actuellement vivant peut se tromper complètement dans un diagnostic porté à première vue. En publiant cette confession avec une bonne foi caractéristique, Alf. Fournier ajoute la morale suivante (1):

Cette observation montre, avant tout, que des lésions communes purement inflammatoires peuvent revêtir l'apparence, le masque, l'empreinte, pour ainsi dire, des chancres, au point d'en imposer à l'observateur le plus attentif et le plus expérimenté, et de passer pour la lésion initiale de la syphilis. Elle démontre encore que le diagnostic médico-légal du chancre ne doit pas être fait sur un examen unique de la lésion suspecte, mais par la réunion des signes confirmatifs, dont le premier en date constitue le premier terme, et les symptômes secondaires, généralisés, constitutionnels apparaissant à une date prévue, le terme final.

C'est donc d'abord les formes érosives et desquamatives du chancre qui peuvent être confondues avec d'autres lésions. Mais quand le chancre s'est plus ou moins ulcéré, c'est avec le chancroïde qu'on peut le plus aisément le confondre. Le diagnostic différentiel du chancre et du chancroïde a été exposé par le Dr Sturgis (2); je ne m'étendrai donc pas sur ce sujet; je me contenterai de donner le tableau suivant, fait avec ceux de Belhomme et Martin et de Alfred Fournier, et qui présente en abrégé les divers points à considérer dans la différenciation des deux lésions, tâche qui n'est pas très difficile ordinairement.

(1) Alfred Fournier, *Op. cit.*, 2<sup>e</sup> édit., p. 203.

(2) Voir Sturgis, *Ulcère vénérien simple* in *Encycl. internationale de chirurgie*. Paris, 1883, t. 1, p. 607.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE LE CHANCRE ET LE CHANCROÏDE.

Chancre.	Chancroïde.
1. Incubation moyenne de quinze à trente-cinq jours.	1. Pas d'incubation.
2. Provenant de la contagion d'un chancre, d'une lésion syphilitique secondaire sécrétante, ou, dans quelques cas, du sang d'un individu atteint de syphilis secondaire.	2. Provenant de la contagion d'un chancroïde ou d'un bubon chancroïdal suppuré.
3. Ordinairement simple, rarement multiple, jamais confluent.	3. Presque toujours multiple, souvent confluent.
4. Non inoculable sur le malade.	4. Indéfiniment auto-inoculable. Le pus du bubon suppuré est également inoculable.
5. Commence par une érosion simple, ou dans quelques cas par une papule.	5. Commence par une vésico-pustule.
6. Arrivé à son plein développement, le chancre est une ulcération superficielle à bords inclinés se confondant insensiblement avec les tissus voisins, le centre couvert en partie d'une fausse membrane, les bords d'un rouge vif ordinairement réguliers; suppuration très peu abondante.	6. Arrivé à son plein développement, le chancroïde est un ulcère d'une certaine profondeur dont la base est couverte d'une sorte de détritibus organique mêlé à du pus. Les bords sont presque perpendiculaires, et nettement délimités.
7. Le chancre est rarement douloureux.	7. Le chancroïde est presque toujours douloureux.
8. Sur quatre-vingt-dix-huit cas sur cent, la base est indurée; c'est une induration élastique, cartilagineuse, n'ayant aucun des caractères de l'induration inflammatoire.	8. Le chancroïde s'accompagne souvent d'une dureté inflammatoire, mais jamais de l'induration syphilitique.
9. Les ganglions lymphatiques du voisinage augmentent de volume, deviennent durs et cartilagineux, et ne suppurent pas; les vaisseaux lymphatiques s'indurent aussi quelquefois.	9. Le chancroïde s'accompagne souvent d'adénite ou de lymphangite phlegmoneuse, suppurant quelquefois, et pouvant fournir un pus inoculable.
10. Le chancre est une lésion qui donne naissance à une réaction locale très peu marquée; il tend à guérir spontanément; il	10. Le chancroïde est une lésion locale assez sérieuse; il a une grande tendance à s'ulcérer; il suit une marche très ré-

ne s'ulcère que légèrement; il se termine rarement par phagédénisme ou gangrène; il suit une marche régulière.

gulière et n'a pas de tendance à guérir comme le chancre. Le phagédénisme et la gangrène sont des complications relativement fréquentes du chancre.

Avant de quitter ce sujet, je dois appeler l'attention sur une circonstance qui peut rendre le diagnostic difficile ou impossible, du moins pendant un certain laps de temps, je veux parler de la présence simultanée du chancre et du chancreoïde sur le même individu. Quoique rare, cette coïncidence se présente pourtant de temps en temps, beaucoup plus souvent chez les femmes que chez les hommes. Une prostituée qui a des rapports avec beaucoup d'individus dans un court espace de temps, peut aisément contracter un chancre de l'un et un chancreoïde d'un autre, chacune des deux lésions suivant sa marche indépendante. Le temps et une observation répétée serviront à différencier les lésions dans des cas semblables.

Quant aux caractères diagnostiques particuliers des chancres de certaines régions, par exemple, des chancres de l'urèthre, du sein, du vagin et du col, on se reportera à la description que nous en avons donnée (1).

#### Pronostic du chancre.

Comme lésion locale, le chancre n'est pas ordinairement une lésion sérieuse. Dans quelques cas pourtant, soit à cause de son siège ou de quelque complication, de quelque circonstance extraordinaire, le chancre peut compromettre la structure anatomique ou la fonction de quelque organe et avoir ainsi une influence indirecte sur la santé générale. Le phagédénisme peut produire une mutilation du gland, ou une fistule uréthrale chez l'homme, la perte du clitoris, ou une destruction plus ou moins complète des lèvres chez la femme, un rétrécissement rectal dans l'un et l'autre sexe. Un peu plus fréquents et tout à fait sérieux sont les troubles de la nutrition que peuvent déterminer les chancres de la bouche, et les hémorrhagies que peut produire le phagédénisme.

La difficulté de la mastication et la douleur qui résulte du passage des aliments, surtout

(1) Voir aussi Ch. Mauriac, *Diagnostic du chancre syphilitique* (Ann. de dermat. et de syph., n. s., t. I, p. 788) et *Leçons sur les maladies vénériennes*. Paris, 1883.

quand le chancre occupe le dos de la langue, ainsi que l'ingestion possible des liquides septiques, produits par la surface ulcérée, condamnent quelquefois les malades à une abstinence volontaire. Il peut en résulter de l'anémie et des troubles gastriques dangereux non seulement en eux-mêmes, mais parce qu'ils diminuent la résistance de l'organisme à l'infection générale.

A propos des hémorrhagies, Ory (1) cite le cas d'une jeune fille qui portait un chancre de la lèvre supérieure, lequel devint phagédénique et détruisit une portion considérable de la lèvre. La partie atteinte devint le siège d'hémorrhagies répétées : la malade devint exsangue et avait des faiblesses au moindre exercice. On ne put lui conserver la vie que par les soins les plus assidus, et sa convalescence fut extrêmement lente.

On a souvent discuté la question de savoir si la bénignité ou la malignité d'une syphilis dépend de la qualité du virus ou de la nature du terrain. Le premier point de vue, celui de la variabilité de la malignité du virus, a pour lui un fait : la diminution graduelle de la gravité de la syphilis, depuis sa première apparition sous forme épidémique grave aux quinzième et seizième siècles. Aujourd'hui la syphilis est, dans ses premières étapes du moins, une maladie beaucoup plus bénigne qu'autrefois. On a prétendu que ce fait était dû à l'atténuation graduelle du poison pendant sa transmission de générations en générations; mais je crois tout aussi probable que les progrès de l'hygiène et de la thérapeutique ont joué le rôle le plus important en diminuant la gravité de la maladie. Même aujourd'hui, il y a des parties du monde, comme Mexico et la Chine, où la syphilis maligne continue à exister.

L'autre point de vue, à savoir que la gravité de la maladie dépend du terrain dans lequel elle est implantée, c'est-à-dire de la constitution du malade, héréditaire ou acquise, et des conditions hygiéniques, ce point de vue, disons-nous, a en sa faveur le témoignage de la clinique.

Jullien (2) cite le cas suivant :

Une jeune femme fut contaminée par son mari immédiatement après ses couches. Ce dernier souffrait d'une très légère attaque de syphilis; la mal-

(1) Ory, *De l'étiologie des syphilides malignes précocees*, thèse. Paris, 1876.

(2) Jullien, *Traité pratique des maladies vénériennes*. Paris, 1879.

heureuse femme pourtant ne s'en tira pas à si bon marché. Après une incubation extrêmement courte, de quinze jours, apparut un chancre qui détruisit une grande partie de la vulve, et vers le troisième mois, en dépit d'un traitement énergique, des tumeurs gommeuses apparurent en divers points. En moins d'un an la face avait été détruite par des ulcérations phagédéniques. On peut citer d'autres exemples, qui montrent que la gravité de la maladie dépend de l'élaboration subie par le virus sous l'influence de l'organisme dans lequel il a été implanté.

La période d'incubation est jusqu'à un certain point un indice de la gravité probable de la maladie. Moins l'organisme offre de résistance, plus la pénétration du virus est rapide, plus courte, par conséquent, est la période d'incubation, et habituellement aussi plus malins sont les symptômes consécutifs. Les caractères extérieurs de la lésion initiale, du chancre lui-même, sont regardés par beaucoup d'auteurs comme donnant des indications sur la marche future probable de la maladie. Les chancres bénins, dit-on, sont suivis d'éruptions bénignes et de lésions non suppuratives des différents tissus; les chancres phagédéniques de syphilides pustuleuses et d'ulcérations graves, et à une période plus avancée, d'exostoses, de nécroses et de caries. Je ne pense pas que ces faits puissent être rigoureusement formulés en loi; il y a trop d'exceptions. J'ai vu maintes fois des accidents syphilitiques graves suivre les chancres les plus bénins et les plus insignifiants en apparence.

Des diverses conditions qui peuvent influencer l'évolution de la syphilis, le tempérament scrofuleux ou lymphatique est peut-être une des plus importantes. « Craignez la syphilis des blonds », a dit Diday. L'âge avancé, l'alcoolisme, la débilité constitutionnelle ou acquise, la grossesse (1), une mauvaise hygiène, tels sont les éléments du pronostic du chancre (2).

#### Traitement du chancre.

Le traitement abortif c'est-à-dire la destruction du chancre en vue de prévenir le développement consécutif des symptômes généraux, a été discuté par les syphilographes pendant

(1) Voir Cernatesco, *De la marche et de la durée du chancre syphilitique et des syphilides vulvaires pendant le cours de la gestation*. Paris, 1878.

(2) Voir Ch. Mauriac, *Pronostic et traitement de la syphilis primitive*. (Ann. de dermat. et de syph., n. s., t. I, p. 295, et *France médicale*) et *Leçons sur les maladies vénériennes*, 1883.

Encycl. de chirurgie.

des années, sans qu'on soit arrivé à une opinion unanime en ce qui concerne le succès de cette intervention. A l'époque où la distinction entre le chancre et le chancreoïde n'était pas encore bien établie, des observateurs comme Hunter et Ricord soutinrent que, si le chancre était cautérisé à fond avant le quatrième jour après la contagion, aucun symptôme constitutionnel n'apparaissait par la suite. Mais le chancre ne fait pas en général son apparition avant la troisième semaine, et presque jamais avant le dixième jour. Par conséquent, les chancres qu'on faisait avorter avant le quatrième jour après la contagion, n'étaient pas du tout des chancres, mais quelque autre chose — des chancreoïdes, de l'herpès par exemple. Plus récemment plusieurs observateurs, au nombre desquels Auspitz (1) et Kölliker (2), ont extirpé des chancres au moyen de l'instrument tranchant; mais quand on analyse avec soin leur statistique, et qu'on rejette les cas douteux, on voit que les preuves favorables à ce traitement abortif ne sont pas satisfaisantes. Ces auteurs ne démontrent pas d'une manière concluante, dans les cas où ils disent avoir réussi, que la syphilis constitutionnelle se serait montrée, si l'extirpation n'avait pas été pratiquée (3).

Quant à la cautérisation et à l'extirpation du chancre considéré comme lésion locale, je pense qu'il ne faut pas y avoir recours, à moins de phagédénisme. La lésion tend ordinairement à guérir spontanément, et des pansements irritants ou trop stimulants ne peuvent que déterminer de l'irritation et compliquer l'état des choses. Le pansement le plus simple est le meilleur.

La continence doit être expressément ordonnée au porteur d'un chancre, qu'il s'agisse d'un homme ou d'une femme, non seulement pour éviter l'irritation qui vient du coït, mais aussi, et plus encore, pour prévenir la transmission de la maladie. Beaucoup d'individus, quand ils ont contracté un chancre, se soucient peu d'en contagionner d'autres ou non. Les femmes, chez qui le chancre n'est d'habitude qu'une lésion

(1) Auspitz, *Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.*, IV, 1877, 1 et 2, p. 101.

(2) Kölliker, *Centralbl. f. Chir.*, 30 nov. 1878, p. 801.

(3) Au nombre des auteurs qui ont récemment traité cette question, nous trouvons Chadzynski : *Sur la valeur prophylactique de l'excision de la sclérose syphilitique initiale*. Ann. de dermat. et de syph., n. s., t. I, p. 461; ainsi que Primo Ferrari et Francesco Folinea; Jullien a cité des extraits de leurs travaux dans ce même journal, p. 362.

minime, ne croient souvent pas qu'un mal aussi insignifiant puisse transmettre une maladie, et c'est ainsi que cette maladie se propage. Il vaut donc autant, dans les conseils qu'on donnera, et en tenant compte de l'égoïsme de la nature humaine, insister sur le dommage que les malades peuvent se faire à eux-mêmes, en se livrant au coït pendant qu'ils ont un chancre sur les organes génitaux, que sur le mal qu'ils peuvent faire aux autres.

Un régime sévère, l'abstinence de vin ou de liqueurs et quelquefois de tabac, doit être observé dans le cours du traitement.

Localement la propreté la plus scrupuleuse est indispensable, surtout si le chancre est situé de façon à être exposé aux excréments naturels, comme à l'anus ou à la vulve. Des bains chauds fréquents sont utiles, surtout s'il y a quelque tendance à l'inflammation. La partie malade doit être mise à l'abri du contact ou du frottement des parties voisines ou des vêtements. A cela se bornent, dans la majorité des cas, les soins nécessaires. Quand le malade réclame un traitement plus actif, une solution étendue de chlorure de sodium, ou une poudre légèrement astringente, comme l'oxyde de zinc, peut être prescrite. Dans la majorité des cas, le chancre tend à guérir spontanément, et ne demande qu'à être laissé tranquille pour suivre une bonne marche. Quand le chancre est légèrement douloureux, il faut prescrire le repos, des bains chauds fréquents et des lotions sédatives, telles que l'eau blanche et le laudanum; on peut se servir encore de la pommade suivante, en se souvenant qu'une pommade ne convient ni à une muqueuse, ni au sillon balano-préputial.

Onguent mercuriel.....	20 grammes.
Pommade rosat.....	8 —
Teinture d'opium.....	6 gouttes.

Il semble à peine nécessaire de prémunir le médecin contre l'emploi de topiques stimulants

### PÉRIODE DES LÉSIONS SYPHILITIQUES GÉNÉRALISÉES

Les différentes périodes de l'évolution de la syphilis étaient autrefois, et sont encore fréquemment classées sous trois chefs: la période primitive, la secondaire et la tertiaire. Mais si les deux premières sont bien distinctes l'une de l'autre, il n'en est pas de même des périodes dites secondaire et tertiaire, lesquelles en pratique ne présentent pas de ligne de démarcation distincte. Je préfère donc ranger toutes les lé-

ou irritants; l'expérience apprend pourtant que des topiques de cet ordre sont journellement employés par des praticiens dans le traitement du chancre. La cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent ou le sulfate de cuivre, etc., est inutile, et fait souvent du mal. La cautérisation est justifiable dans deux conditions seulement, soit pour stimuler la surface du chancre quand celui-ci est lent à se guérir ou a de la tendance à rester couvert d'un revêtement pseudo-membraneux; on peut alors passer légèrement le crayon de nitrate d'argent sur l'ulcère à des intervalles de plusieurs jours; soit pour réprimer des granulations exubérantes pendant la période de réparation.

Quelquefois, quand le chancre est guéri, il reste un noyau d'induration lent à disparaître. L'expectation est le seul traitement qui convienne alors. Les malades désirent souvent qu'il soit fait quelque chose pour hâter la disparition de ce qui est quelquefois une difformité, et réclament l'emploi de topiques stimulants, de caustiques ou même de l'instrument tranchant. Cependant aucune intervention ne convient dans ce cas; le résultat en sera probablement toujours très mauvais. Fournier cite le cas d'un jeune homme qui avait eu un chancre du frein du prépuce, ayant laissé après lui une induration de la dimension d'une noisette. Malgré l'assurance de Ricord et de Fournier que cette induration finirait par disparaître spontanément au bout d'un certain temps, le malade persuada à un praticien ignorant ou peu scrupuleux de lui enlever ce noyau d'induration. Il s'en suivit une hémorrhagie abondante, qui ne put être arrêtée que par le cautérisation. Ensuite un noyau d'induration plus volumineux que le premier se développa graduellement à sa place, et le malade ne guérit qu'au bout de quelques mois, après avoir perdu une grande partie de son pénis, et tout cela par le fait d'une lésion qui, abandonnée à elle-même, aurait disparu sans laisser de trace!

sions syphilitiques qui succèdent au chancre dans la catégorie compréhensive de lésions généralisées. En effet le virus, qui jusqu'ici ne s'est manifesté extérieurement que dans une localité unique et son voisinage immédiat, se diffuse alors et se répand à travers l'économie tout entière pour se révéler sous forme de symptômes constitutionnels variés.

L'expression, *syphilis constitutionnelle*, a quel-

quefois été employée pour désigner la période en question, mais je crois ce terme défectueux comme impliquant le sens que le chancre est une affection locale, lequel cependant a un caractère tout aussi *constitutionnel* que toutes les manifestations subséquentes.

On peut, pour la commodité, diviser encore les lésions généralisées en *précoces* et *tardives*, en sachant bien que cette division n'est et ne peut être rigoureuse, la chronologie des différents symptômes n'étant pas la même dans tous les cas, bien que l'ordre dans lequel elles se présentent ne soit jamais interverti. Par exemple,

### ÉTAT GÉNÉRAL DE L'ÉCONOMIE AVANT ET PENDANT L'EXPLOSION DES MANIFESTATIONS GÉNÉRALES PRÉCOCES.

Le chancre, comme nous l'avons dit, est, pendant un certain temps, la seule manifestation qui trahisse l'existence de la syphilis. Pendant une certaine période, il ne se montre aucune autre lésion indiquant que l'économie recèle un virus. Cette période de *seconde incubation*, comme elle a été appelée par quelques auteurs, ce second intermède dans le drame de l'évolution de la syphilis, comme Alfred Fournier la désigne, est suivi par l'explosion des symptômes généraux. La durée est en moyenne de quarante-cinq à cinquante jours, bien qu'elle puisse varier, dans des cas exceptionnels, d'une semaine ou de dix jours en plus ou en moins (1).

Après cette période de repos apparent, les symptômes généralisés se montrent selon leur ordre chronologique, n'apparaissant jamais avant le chancre, ni sans que le chancre ait apparu le premier. Il n'existe pas de *syphilis d'emblée*, d'explosion soudaine de symptômes généralisés; un chancre, qu'il ait été découvert par le malade et le médecin, ou qu'il ait échappé aux recherches les plus minutieuses, a certainement, et de toute nécessité, précédé toute explosion générale.

### ÉTAT DU SANG DANS LA SYPHILIS.

On a longtemps admis que le sang devait subir quelque altération pendant l'évolution du virus syphilitique dans l'économie, mais les

(1) Naturellement il ne s'agit ici que des cas non traités. Le mercure donné pendant les premières périodes de la maladie retarde l'évolution des symptômes. Dans des cas rares, la seconde incubation peut être plus longue; d'après Keyes, de quatre ou cinq mois (*Op. cit.*, p. 101).

les syphilides érythémateuse, pustuleuse et gommeuse apparaissent dans l'ordre dans lequel nous venons de les énumérer, et l'apparition de chacune d'elles est habituellement séparée de celle de la suivante par un certain intervalle de temps. Mais, tandis que dans certains cas de syphilis à tendance maligne, ces éruptions se suivent rapidement, au point d'être presque contemporaines, elles ne se montrent jamais cependant dans un ordre inverse, et on ne voit jamais une tumeur gommeuse suivie d'une syphilide érythémateuse.

premières observations scientifiques à ce sujet ont été faites par Grassi, sous la direction de Ricord (1). Grassi entreprit un certain nombre d'analyses chimiques du sang pris sur des individus porteurs d'ulcères vénériens, et trouva que, lorsque ces ulcères n'étaient pas suivis de manifestations syphilitiques subséquentes (chancroïdes), le sang restait normal; tandis que dans les cas où des symptômes généralisés succédaient à l'ulcère (chancre), le sang présentait une diminution de la masse des globules et une augmentation proportionnelle des éléments albumineux. Les résultats de Grassi furent confirmés par Wilbouchewitck, de Moscou (2), qui, voulant étudier l'influence du mercure sur la composition du sang, commença par étudier sa constitution avant l'administration du médicament et pendant l'existence du chancre.

Dans dix cas étudiés par Wilbouchewitck, la diminution moyenne des globules rouges était de 638,870 (le chiffre normal étant de 4,200,000 à 6,477,000), l'accroissement des corpuscules blancs était de 550, la proportion étant d'un globule blanc pour 448 rouges, au lieu d'un blanc pour 530 rouges, la proportion normale moyenne.

Naturellement cet appauvrissement du sang doit déterminer différents symptômes caractéristiques; aussi voyons-nous dans quelques cas des troubles circulatoires, de l'irrégularité dans l'action du cœur, des bruits dans les grands vaisseaux, de la pâleur, des épistaxis, et quelque-

(1) Ricord, *Leçons sur le chancre*, 2<sup>e</sup> éd., p. 184.

(2) *De l'influence des préparations mercurielles sur la richesse du sang en globules rouges et en globules blancs* (*Arch. de Physiolog.*, pages 509 537; 1874).