

dité à un moment donné de leur évolution, sans cause connue.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Au microscope, on constate une prolifération du corps muqueux, entre les papilles qui s'allongent et s'amincissent indéfiniment au point de se nécroser à leur extrémité, par thrombose de leur vaisseau central : telle est la nature des points noirs qu'on observe au centre des saillies mamelonnées.

La prolifération des cônes interpapillaires et leur épaissement ne s'accompagnent pas de leur multiplication ; on trouve, par suite, à leur périphérie, des cônes et des papilles couchés horizontalement, par suite du développement prédominant des régions centrales.

Le derme est peu altéré ; on y voit des lymphocytes, quelques mastzellen et de rares plasmazellen.

Tout autour de la verrue, dans les régions à couche cornée épaisse, on constate un anneau hyperkératosique. Parmi les cellules du corps muqueux, certaines restent saines, mais d'autres présentent de graves altérations décrites par Dubreuilh : elles prennent un aspect vésiculeux ; on y trouve des granulations de kérato-hyaline ; leur noyau, gros et central, se colore *en masse* par les couleurs basiques. A la périphérie de ces cellules, on peut trouver le protoplasma condensé. Par leur juxtaposition, les cellules altérées donnent à certaines régions un aspect réticulé.

La couche cornée peut offrir, de place en place, des altérations de parakératose, surtout au sommet des papilles.

Le parasite qui détermine les verrues est inconnu ; Kühnemann y a décrit un bacille qui n'a pas été retrouvé depuis. L'hypothèse d'une origine nerveuse de ces productions admise par quelques auteurs, est en contradiction avec les faits d'auto-inoculations et de contagion.

2° **VERRUES PLANES.** — Ces verrues s'observent surtout chez les enfants et les jeunes gens (*verruës planes juvéniles*). Comme les verrues vulgaires, elles atteignent surtout les parties découvertes ; elles peuvent être extrêmement nombreuses sur les mains et la face, dont elles modifient parfois la coloration, et au cuir chevelu ; Gémy les a observées sur le scrotum. Elles se multiplient par auto-inoculation : leur contagion s'observe moins souvent que celle des verrues vulgaires (1).

SYMPTÔMES. — Ce sont de petites papules qui paraissent lisses à l'œil nu et nettement limitées. Leur saillie est très faible ; elles dépassent à peine le niveau de la peau voisine. Leur couleur est d'un gris rougeâtre, d'un rose terne, ou bien elles n'ont pas de coloration propre. Leurs dimensions sont toujours médiocres et ne dépassent pas quelques millimètres ; on peut en trouver des centaines qui n'ont pas plus d'un millimètre de diamètre. En général, elles ont un con-

(1) V. DJAMDJIEFF, *Des verrues planes juvéniles* (Travaux de la clinique de dermatologie de Bordeaux, 1896-97).

tour circulaire, parfois accentué par une fine sertissure cornée. Elles tendent à confluer, à se disposer en stries linéaires dues à l'inoculation suivant les traînées de grattage, à former des plaques d'un dessin capricieux divisées par les plis de la peau et qui n'ont, comme la verrue élémentaire, aucune épaisseur. A la loupe, on constate à leur surface un état vilieux excessivement fin.

Signalons encore quelques détails concernant leurs localisations : à la face, les verrues planes peuvent avoir une couleur jaune, et, auprès des commissures buccales, une surface veloutée ; au cuir chevelu, elles sont recouvertes de squames grasses ; à la face palmaire des mains, on voit des perforations de la couche cornée, à bords nets, à fond grenu.

Ces lésions ont un développement rapide ; indolentes ou à peine prurigineuses, négligées par les malades, elles peuvent persister pendant des années, puis disparaître spontanément.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Microscopiquement, les verrues planes sont caractérisées par un épaissement du corps muqueux, sans les altérations cellulaires qu'on observe dans la verrue vulgaire ; on y constate des figures de karyokinèse dans les cellules de la couche basale, l'augmentation du nombre des couches de la granuleuse ; la couche cornée est épaisse, mais friable ; elle ne présente pas de noyaux ; elle est imbibée d'éléidine dans toute sa hauteur. Les papilles sont minces, les altérations du derme inappréciables (Darier, Herxheimer et Marx Dubreuilh).

DIAGNOSTIC DES VERRUES. — Le diagnostic de la verrue plane et de la verrue vulgaire n'offre aucune difficulté ; les deux affections peuvent coïncider ; cette circonstance est assez fréquente pour faire croire qu'elles sont voisines malgré la différence des lésions.

Les papules du *lichen plan* ne prédominent pas sur le dos des mains, encore moins à la face ; elles sont résistantes, brillantes, polygonales, et présentent des stries grisâtres.

Le diagnostic de l'*angiokératome de Mibelli* sera exposé au sujet de cette affection (Voy. *Toxítuberculides*).

TRAITEMENT. — Herxheimer et Marx, Djamdjeff, ont obtenu les meilleurs résultats du traitement arsenical. Nous avons également vu disparaître les verrues planes par l'administration de l'arsenic, et on peut l'employer dans les cas rebelles. Le carbonate de magnésie, à la dose de 25, 50 centigrammes à 1 gramme, paraît avoir donné des succès à plusieurs médecins.

Les verrues vulgaires peuvent être cautérisées directement, par le galvanocautère. On peut également les toucher tous les trois jours, soit avec l'acide nitrique, soit avec l'acide acétique pur, qui a l'avantage de ne pas altérer la couleur de la peau et peut être, de ce fait, recommandé de préférence pour le visage, soit avec la solution concentrée d'acide chromique, qui est le caustique de choix pour ces

productions, mais à l'inconvénient de colorer fortement les tissus et ne doit être employé, par crainte d'intoxication, que sur des surfaces restreintes; il faut avoir soin, en outre, de ne pas en laisser de gouttes saillantes et ne pas atteindre la peau voisine; on peut également faire des applications quotidiennes de collodion, chargé d'acide salicylique (1 p. 10) ou de sublimé (1 p. 300).

Altschul recommande des applications de petites rondelles d'emplâtre de Vigo additionné de 5 p. 100 d'acide arsénieux.

Les verrues planes peuvent être traitées par des applications de savon noir, dont on laisse une couche pendant la nuit. Ces applications seront cessées provisoirement s'il se produit quelque irritation. A la face, on emploiera plutôt des pommades salicylées et résorcinnées, suivant par exemple, la formule suivante :

Vaseline.....	20 grammes.
Acide salicylique.....	1 gramme
Résorcine.....	0 ^{gr} ,20. (L.)

PAPILLOMES GÉNITAUX BÉNINS

A côté des verrues se rangent naturellement les productions papillomateuses qui s'observent sur les régions génitales et dans leur voisinage et auxquelles on donne le nom de *végétations*. Malgré la fréquence de ces lésions, leur origine microbienne est ignorée; en revanche, elles sont bien connues dans leurs caractères cliniques.

ÉTILOGIE. — Les végétations peuvent, à titre exceptionnel, se développer sans lésion antérieure; presque toujours, les sujets qui en sont atteints ont un passé pathologique local et souvent banal: par exemple, les végétations se développent chez des hommes dont le prépuce est long, qui ne prennent pas de soins de propreté, qui ont été atteints de balanites, etc; la blennorrhagie, les chancres indurés, les plaques muqueuses prédisposent de même à leur développement. Chez la femme, les causes locales, telles que la vaginite, la vulvite, interviennent de même. L'un de nous a montré récemment qu'elles peuvent se greffer sur des syphilomes végétants (1). La grossesse en favorise également la production; les végétations qui s'observent chez les femmes enceintes prennent souvent un développement monstrueux.

Les productions sont essentiellement récidivantes. On ne sait encore d'une manière certaine si elles sont contagieuses.

SYMPTÔMES. — Elles se présentent à l'observation sous des formes diverses qui sont souvent réunies chez un seul individu. La lésion élémentaire est une *saillie* hémisphérique, légèrement résistante, sans coloration propre, finement mamelonnée à sa surface. Les *plaques*

1) HALLOPEAU et LÉRI, S. F. D., 1899

végétantes sont des productions dues à la cohérence de ces saillies; leur surface est aplatie, mais très irrégulière, chagrinée, et à contours très irréguliers. Souvent, les végétations deviennent exubérantes, et on trouve des productions papillomateuses irrégulières, qui ont toutes les formes possibles; composées de filaments agglomérés [sur une plus ou moins grande partie de leur hauteur, elles constituent des masses aplanies lorsqu'elles naissent dans un pli, plus ou moins pédiculées (crêtes de coq) lorsqu'elles se développent librement. Parfois, on observe de véritables tumeurs (choux-fleurs); leur surface, très irrégulière, est découpée par des sillons profonds.

Chez l'homme, les végétations s'observent surtout à l'extrémité de la verge, même dans la fosse naviculaire; le fourreau et le scrotum sont rarement envahis.

Chez la femme, l'urètre et toutes les régions génitales, même le col utérin, peuvent être atteints. On peut voir d'énormes bourrelets occupant toute la hauteur des grandes et des petites lèvres, les commissures et les plis inguino-cruraux et se propageant jusqu'à l'anus qu'elles entourent.

Les végétations peuvent s'étendre à toute la rainure interfessière. L'anus en est un des sièges de prédilection; le volume des lésions peut y devenir considérable. Quelquefois, on a observé des auto-inoculations sur la région interne des cuisses.

Les végétations sont souvent compliquées d'inflammations secondaires qui se traduisent par de la suppuration, des ulcérations, des phénomènes douloureux, des tuméfactions ganglionnaires. Parfois, celles qui se développent sur le prépuce le perforent et végètent ensuite largement au dehors.

L'accroissement des lésions est quelquefois rapide; en général, elles s'arrêtent lorsqu'elles ont atteint un certain volume. Chez la femme, après l'accouchement, elles diminuent dans des proportions considérables.

DIAGNOSTIC. — Les syphilides végétantes des régions génitales s'observent à la période secondaire, et, presque toujours, on trouve concurremment des lésions syphilitiques de la peau, de la muqueuse buccale, etc. Mais on doit faire le diagnostic par les caractères mêmes des lésions; les végétations syphilitiques ont une base large, infiltrée, souvent de couleur foncée; leurs contours sont arrondis, leur surface est beaucoup moins irrégulière. Lorsqu'on étale un papillome bénin entre deux doigts, on y constate la présence de sillons nombreux et profonds; au contraire, s'il s'agit de syphilis, les sillons ne s'ouvrent pas, l'état papillomateux est beaucoup plus superficiel.

TRAITEMENT. — On peut recourir, pour l'extirpation des végétations, quand elles sont étendues, à l'anesthésie par la cocaïne; on en injecte dans les parties superficielles du derme, autour des productions mor-

bides, quelques gouttes d'une solution à 1 p. 100. On peut encore, et cette pratique est préférable en raison de la nocuité possible de la cocaïne chez des sujets prédisposés, recourir au jet de chlorure d'éthyle. On enlève alors les végétations, au ras de la peau, avec de fins ciseaux courbes et on cautérise la surface d'insertion avec le galvanocautère. Si le pédicule est très large, mieux vaut employer la curette; après curettage, on touche également au galvanocautère. L'opération doit être précédée de lavages antiseptiques soignés; à la suite, on saupoudre avec du salol et on recouvre de coton hydrophile sec. Si les végétations siègent dans la rainure balano-préputiale, ce qui est la règle, on recommande au malade de tenir toujours le prépuce rabattu sur le gland; tous les jours, on pratique des lavages avec l'eau bichlorurée à 3 p. 100.

Les malades réclament souvent des cautérisations au moyen des caustiques chimiques; ils ont l'inconvénient d'agir lentement et souvent de ne pas amener la guérison complète. Berdal recommande particulièrement l'acide acétique pur, l'acide phénique; s'il s'agit de petites végétations, on peut employer l'acide chromique en solution concentrée, aqueuse à 1/6, avec les précautions indiquées précédemment (Voy. p. 410).

Le traitement par la résorcine paraît le meilleur de tous ces procédés. Lorsque les végétations sont isolées, on étale chaque jour sur chacune, avec un pinceau, une couche de résorcine pure: au bout de quelques jours, la végétation tombe.

Lorsque les végétations occupent une surface étendue, on lave la région avec de l'alcool à 60° chargé de sublimé (1 p. 1000), puis on applique le collodion suivant:

Collodion riciné	80 grammes.
Résorcine.....	20 —

Au bout de trois applications, les végétations sont tombées: les érosions sous-jacentes sont traitées par le salol, le dermatol.

Lorsque les végétations occupent le scrotum ou la face externe des grandes lèvres, on peut employer un collodion résorciné à 50 p. 100 (Silbermintz). (L.)

VERRUES SÉBORRHÉIQUES

Synon.: *Verrues séniles.*

SYMPTÔMES. — Les verrues séborrhéiques se développent surtout à partir de la cinquantième année; cependant, on en a observé chez des adultes. Elles se présentent sous forme de saillies, arrondies ou allongées, souvent nombreuses, voisines les unes des autres, dont le volume atteint souvent celui d'une pièce de cinquante centimes; elles peuvent être plus petites, rarement plus volumineuses; elles peuvent cependant prendre les dimensions d'une pièce d'un

franc. Leur coloration est grisâtre, jaunâtre, verdâtre, souvent presque noire. Leur surface est aplatie, irrégulière, et recouverte d'une matière grasse et adhérente que l'on peut détacher, et qui présente, à sa partie profonde, de fines saillies pénétrant le corps muqueux.

Les verrues séborrhéiques des vieillards s'observent surtout au visage et au tronc; on en trouve aussi au voisinage de la rainure vertébrale; l'un de nous (H.) les a vues disposées en séries linéaires parallèles aux espaces intercostaux. Elles se transforment assez fréquemment en épithéliomes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Balzer (1) a constaté l'hypertrophie du corps muqueux et le développement irrégulier des papilles. Autour des vaisseaux du derme, il existe des cellules en grand nombre.

Suivant Unna (2), les verrues séborrhéiques ne diffèrent des nævi mous que par la présence de graisse en abondance. Les cellules épithélioïdes à gros noyau vues par Pollitzer dans les papilles, sont de véritables cellules épithéliales. Le corps muqueux, ainsi que les follicules pileux, sont hypertrophiés. La couche cornée, épaisse, chargée de débris d'origine extérieure, pénètre profondément les orifices folliculaires. Les cellules des glandes sudoripares sont chargées de graisse; on trouve également celle-ci à l'état libre dans les fentes conjonctives du derme.

Les verrues séborrhéiques devraient, d'après ces faits, être distraites des maladies parasitaires de la peau et classées dans les maladies de développement.

DIAGNOSTIC. — Il est facile: les verrues séborrhéiques ne peuvent être confondues avec les verrues vulgaires, du fait de leur siège, de leur couleur, de l'état gras de la surface.

TRAITEMENT. — En général, les malades ne demandent pas à être débarrassés de ces productions; le cas échéant, on les enlèverait par le curettage, en ayant soin d'opérer très largement, comme on doit faire lorsqu'il s'agit de lésions susceptibles de se transformer en épithéliomes. (L.)

CHANCRE SIMPLE

Synon.: *Chancre mou, Chancroïde, Chancrelle.*

Le chancre simple est une lésion ulcéreuse, d'origine vénérienne, due à un bacille décrit par Ducrey (1887).

Ce chancre a été longtemps rattaché à la vérole: on doit à Basse-reau d'en avoir établi la nature non syphilitique, en démontrant sa réinoculabilité au porteur, et l'absence, à sa suite, de tout accident syphilitique. Plusieurs auteurs ont considéré ces lésions comme une lésion banale, une variété locale d'ecthyma; la présence d'un bacille

(1) BALZER, A. D., 1881.

(2) USNA, *Histo-pathologie*, p. 1082.

bien différencié, la reproduction, au moyen du pus, de lésions toujours semblables à la lésion d'origine, permettent de considérer définitivement le chancre simple comme une affection spécifique.

ÉTILOGIE. — Tout chancre simple est consécutif à un chancre simple. La contagion se fait en général dans les rapports sexuels. Le chancre paraît après deux ou trois jours. Le bacille conserve sa virulence dans le pus, jusqu'à dessiccation complète. La contagion peut, exceptionnellement, se produire en dehors des actes vénériens. L'affection est rare dans les classes aisées. A l'hôpital, le chancre mou est d'observation beaucoup moins commune que le chancre syphilitique, mais sa fréquence est sujette à de grandes variations et augmente à la suite des grands mouvements de population (Mauriac), en particulier des expositions universelles.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Bacille de Ducrey*. — On obtient aisément ce bacille en raclant le fond d'un chancre à la période de début ou d'état; il se colore par les couleurs d'aniline (méthodes de Kühne, de M. Nicolle, thionine), mais se décolore par le Gram. Il a de 1-3 μ de long sur 0,3-0,5 μ de large; ses extrémités sont arrondies. Lorsque la coloration n'est pas trop intense, la partie centrale reste incolore, au moins dans le pus; dans les coupes, il se colore intégralement, est plus petit, et non arrondi à ses extrémités. Fréquemment, il se groupe en strepto-bacilles, formant de longues chaînettes; il n'est pas rare de voir plusieurs chaînettes groupées parallèlement les unes aux autres. Ce bacille se retrouve dans les lésions phagédéniques (Unna). La culture de ce bacille a été obtenue récemment par Lenglet.

Les lésions du chancre mou ont été étudiées par un grand nombre d'auteurs, surtout par Cornil, Ch. Nicolle, Unna (1). On constate, au niveau du point d'inoculation, un amas de globules blancs, où on retrouve les bacilles. Cet amas grandit et envoie des traînées cellulaires dans le derme. Les cellules du corps muqueux subissent la transformation cavitaire; des cellules lymphatiques envahissent les cavités, et l'ulcération se produit.

Le fond de celle-ci est tapissé de globules blancs, de globules rouges et de fibrine; on y trouve des capillaires à parois minces, entourés de leucocytes; les cellules endothéliales prolifèrent; les fibres élastiques sont détruites.

L'extension en surface se fait sur une grande distance; l'épiderme s'exfolie, les bords se décollent.

À cette période, se trouvent partout des bacilles libres ou englobés dans des cellules. Au moment de la réparation, la phagocytose est évidente; des néocapillaires se forment, entourés de cellules

(1) CORNIL, *Leçons sur la syphilis*. — CH. NICOLLE, Th. de Paris, 1893. — UNNA, *Histo-pathologie*.

mono-nucléaires (Ch. Nicolle). La réapparition des papilles est tardive.

A toutes les périodes, on trouve dans les lésions un grand nombre de mastzellen. Unna décrit au-dessous de l'ulcération un véritable plasmome (amas de plasmazellen), qui se forme dès le début du chancre.

Quelle est l'origine du bubon? Parfois le bacille de Ducrey existe dans le pus de l'abcès, lorsqu'on vient à l'ouvrir; plus souvent il y manque, et l'on n'y constate que des microbes d'infection secondaire, ou aucun microbe. On peut admettre dans ce cas que le bacille a été tué par la suppuration qu'il déterminait ou que les lymphatiques ont transmis dans les ganglions, non le bacille spécifique, mais de vulgaires microbes pyogènes (H.).

Du reste, le pus, alors même qu'à l'origine il ne contient pas le bacille et n'est pas inoculable, peut s'infecter secondairement, et produire alors, par inoculation au bras, un chancre mou.

SYMPTÔMES. — Le chancre mou n'a pas d'incubation à proprement parler. Au bout de quatre jours, ses caractères sont au complet; c'est à cette période que le malade s'en aperçoit après le coït. Les phénomènes initiaux peuvent s'étudier aisément dans l'inoculation expérimentale; on les observe rarement aux organes génitaux chez le malade qui se présente au médecin: c'est d'abord, au deuxième jour, une petite tache rouge au niveau de la piqûre; puis se produit une saillie, tandis que la congestion s'étend; au troisième jour, paraît une pustule; au quatrième jour, elle est ulcérée.

Nous prendrons pour type de description de la période d'état le chancre de la rainure balano-préputiale, le plus fréquemment observé.

L'ulcération est arrondie, ovale, ou fissuraire; elle devient polycyclique, lorsque plusieurs chancres entrent en confluence, une aréole d'un rouge violacé l'entoure: son bord est légèrement saillant et taillé à pic; à sa limite, on constate un étroit liséré jaune, et, en dehors, un liséré linéaire rouge.

Si l'on fait glisser le bord et si on introduit une spatule au-dessous de lui, on constate qu'il y existe toujours un décollement; parfois, on peut ainsi faire pénétrer la spatule à plusieurs millimètres de distance.

Le fond de l'ulcération est d'un gris jaunâtre; il est mamelonné, inégal; parfois on y voit des ondulations régulières. Il n'y existe pas, contrairement à ce qui a été dit, de fausse membrane adhérente (Berdal).

Parfois, l'ulcération est masquée par une croûte; au-dessous, on trouve du pus. Lorsque la croûte est absente, il est facile de constater l'existence d'une suppuration abondante; le pus a les caractères d'un détritit sanieux.

Lorsqu'on prend le chancre entre les doigts, on provoque une douleur quelquefois vive; on ne perçoit aucune induration des bords où de la base; c'est du moins ce qu'on observe dans le chancre mou typique; mais souvent, dans certaines régions telles que la rainure balano-préputiale, où il est irrité, où le pus est stagnant, le chancre s'indure, et, bien que l'induration n'ait pas les caractères que l'on trouve dans le chancre syphilitique, elle peut néanmoins prêter à des erreurs de diagnostic.

Le chancre mou ne saigne pas très facilement; lorsqu'il en est ainsi, le sang se mêle au pus, en formant un liquide brunâtre.

L'adénopathie, qui exceptionnellement peut faire défaut, se limite à un ganglion qui devient gros, douloureux; on constate de l'empatement; la suppuration est alors la règle; il se produit un bubon.

La durée du chancre simple varie essentiellement suivant le traitement qui lui est apporté. Lorsque l'ulcération a perdu son caractère spécifique, elle bourgeonne, la suppuration cesse, il se produit une cicatrice qui peut être indélébile, pigmentée ou non, toujours déprimée.

Les ulcérations chancrilleuses sont, en général, multiples, par le fait d'inoculations multiples et d'auto-inoculations, et on trouve, à côté les uns des autres, plusieurs chancres, à diverses périodes de leur évolution: on a constaté chez la femme jusqu'à 75 chancres concomitants.

Les caractères objectifs du chancre simple sont modifiés par ses localisations, et nous devons en mentionner diverses variétés.

Chancres génitaux et anaux. — Les chancres mous génitaux occupent de préférence, chez l'homme, le prépuce et surtout sa face interne, la rainure balano-préputiale et le filet; dans ces régions, où le pus reste stagnant, des infections secondaires se produisent facilement; c'est là l'explication la plus plausible du phimosis qui est une complication banale et qui gêne le diagnostic. Le gland est recouvert par le prépuce rosé, tuméfié, douloureux à la pression; on voit couler par l'orifice préputial du pus grumeleux, mélangé de sang. Quand on cherche à découvrir le gland, on peut trouver des chancres mous à l'orifice préputial; ce sont les chancres primitifs ou des chancres d'auto-inoculation; quelquefois, leur base s'indure et ils deviennent saillants, mais les caractères de l'ulcération persistent et permettent de reconnaître sa nature.

Tout phimosis d'origine chancrilleuse prédispose à la gangrène (Voy. *Complications*). Les chancres du filet amènent fréquemment des hémorragies, la perforation, la destruction du filet et même l'ouverture de l'urètre. Les chancres de la rainure balano-préputiale sont généralement multiples; ils s'allongent dans le sens de la rainure et peuvent l'occuper entièrement; souvent leur base s'indure.

Le chancre du fourreau est rare; il peut atteindre des dimensions

étendues; l'ulcération, cachée sous les croûtes, a ses caractères essentiels, irrégularité du fond, décollement des bords.

Le chancre simple de l'urètre se révèle par un écoulement, de couleur blanc jaunâtre ou brunâtre, et souvent mêlé de sang ou de grumeaux; la palpation du méat détermine une vive douleur; l'ulcération occupe une des lèvres, et, en général, on peut la voir en faisant bâiller le méat.

Sur les régions génitales externes de la femme, on constate souvent une tuméfaction érysipélateuse unilatérale, prononcée surtout au niveau de la grande lèvre qui est douloureuse; on y trouve un ou plusieurs chancres mous, de forme irrégulière. L'aspect de l'ulcération est parfois anormal: ainsi, tout en restant très petite, elle peut se creuser, devenir cratériforme (chancre folliculaire de la grande lèvre) ou s'étendre, s'étaler, former une exulcération étendue; ce dernier type s'observe sur les petites lèvres (Berdal).

Les chancres du col utérin sont souvent multiples; les ulcérations présentent généralement leurs caractères essentiels; cependant, parfois, le col se tuméfie à leur niveau et elles sont alors surélevées; d'autres fois, elles se recouvrent d'une fausse membrane diphtéroïde. La rapidité avec laquelle guérissent les chancres mous de cette région est un de leurs caractères essentiels.

Le chancre simple de l'anus est surtout fréquent chez la femme; il siège habituellement au niveau des plis radiés entre lesquels il forme une ulcération allongée, fissuraire et assez profonde; les régions voisines sont tuméfiées, douloureuses; souvent, ce chancre s'indure. Il peut pénétrer profondément dans l'anus et provoquer de vives douleurs au moment de la défécation. Souvent, les chancres de cette région s'auto-inoculent en grand nombre et l'on trouve ainsi l'anus entouré de nombreuses ulcérations.

Chancres extra-génitaux. — Le chancre mou extra-génital, très rare, ne diffère pas du précédent par ses caractères objectifs. On peut l'observer sur toutes les parties du corps; sur l'abdomen, il tend à s'étaler; sa guérison est plus lente que sur les autres régions du tégument.

Le chancre mou de la face a été plusieurs fois observé (Eudlitz). L'ulcération offre la forme, le fond, l'aspect général qu'on lui trouve aux parties génitales; un bubon peut se développer; Bassereau l'a vu devenir phagédénique.

Emery et Sabouraud ont rapporté un fait de chancre mou de la langue; il s'agissait d'une ulcération à fond pultacé, non douloureuse; nettoyée, elle offrait un fond uni, d'un gris rosé; sa forme était irrégulièrement arrondie, à contours nets; ses bords étaient rouges, taillés en biseau, un peu surélevés, décollés.

Le chancre mou des doigts n'a parfois aucun caractère propre et peut alors simuler une plaie banale.

Ces chancres extra-génitaux sont parfois remarquables par leur multiplicité; il en est ainsi quand ils se développent sur une surface antérieurement excoriée, soit par le fait d'une dermatose telle que l'eczéma, soit par une intervention médicamenteuse telle que l'application d'un vésicatoire.

Le diagnostic positif de ces ulcérations à siège anormal peut se faire, soit par l'inoculation, soit par la constatation du bacille de Ducrey dans le pus.

Complications du chancre simple. — Nous avons déjà signalé, parmi ces complications, le phimosis, la destruction du filet, l'ouverture de l'urètre; il en est d'autres sur lesquelles nous devons insister.

On donne le nom de *chancre phagédénique* à un chancre dont l'ulcération, recouverte d'un détritit sanieux, tend à s'accroître d'une manière continue, en surface et quelquefois aussi en profondeur (phagédénisme térébrant); le phagédénisme peut également se développer d'un bubon chancreux.

L'ulcération en surface se limite à la peau; elle peut atteindre des dimensions considérables, envahir l'abdomen, la cuisse. Parfois, les régions prises les premières guérissent, alors que de nouvelles sont envahies; ses bords sont très irréguliers, violacés, largement décollés et sanieux; le détritit putrilagineux qui en tapisse le fond est difficile à enlever complètement et se reproduit très rapidement; le pus a souvent une couleur grisâtre ou brunâtre. L'ulcération en profondeur peut détruire des portions considérables des organes génitaux. Parfois, l'ulcération évolue rapidement et a une marche suraiguë.

Les douleurs sont intenses et térébrantes; elles semblent dues surtout à la progression du mal dans les parties saines.

Le chancre phagédénique est devenu assez rare à Paris; il paraît surtout lié à l'infériorité du milieu organique, quelle qu'en soit l'origine; nous l'avons vu survenir sous l'influence de l'alcoolisme. Il est grave par sa durée, qui peut atteindre plusieurs années, par les complications locales telles que les hémorragies qui peuvent survenir, par l'abondance de la suppuration, par les troubles que subit en pareil cas la nutrition générale sous l'influence de la suppuration prolongée.

On ne trouve, dans le pus et les tissus de l'ulcération, d'autre microbe constant que le bacille de Ducrey. L'inoculation d'un chancre phagédénique à un individu normal produit le chancre simple sans phagédénisme (Rollet); l'inoculation du chancre simple à un sujet porteur de chancre phagédénique peut donner un chancre phagédénique: il s'agit donc du même microbe dont la virulence se trouve exaltée.

La *gangrène* (1), avons-nous dit, complique surtout les chancres qui

(1) BALZER, *Méd. mod.*, 1893.

ont déterminé du phimosis; elle peut cependant survenir aussi lorsque le chancre est découvert; on observe, dans le cas de phimosis, des taches ecchymotiques sur le prépuce; bientôt, elles prennent une couleur bronzée, tandis qu'un liquide séro-sanguinolent, d'odeur fétide, s'écoule par l'orifice préputial; les lésions s'étendent, entourées d'une aréole érysipéatoïde; les douleurs sont excessives; des signes d'infection grave se développent; la température monte à 40°; il se produit un état typhoïde.

L'escarre se limite, puis se détache; suivant son extension, on observe une perforation du prépuce ou une destruction de toute cette membrane, quelquefois de la peau de la verge et même des régions voisines, ou bien du gland, de l'urètre et même des corps caverneux.

La cause bactériologique de ces gangrènes est inconnue; l'hypothèse la plus vraisemblable est celle de l'oblitération des petits vaisseaux par des accumulations microbiennes (H.).

Contrairement au parasite de la syphilis, le bacille de Ducrey ne détermine pas d'infection générale, mais il envahit facilement les vaisseaux lymphatiques et détermine fréquemment, comme nous l'avons déjà dit, la suppuration du premier ganglion auquel il aboutit (*bubon*). Parfois, la lymphangite est perceptible cliniquement: on peut constater la présence sur la verge de cordons lymphatiques volumineux, sensibles à la pression; la lymphangite diffuse des régions péri-chancereuses, caractérisée par de l'œdème et une rougeur superficielle, est commune; elle n'est pas nécessairement l'effet du bacille de Ducrey; parfois, il se forme un abcès, puis une ulcération qui prend les caractères d'un chancre mou.

Le bubon se développe plus ou moins rapidement: un des ganglions de l'aîne, en général du même côté que le chancre, devient gros et douloureux; les tissus qui l'entourent s'infiltrent et on en constate l'empatement; la suppuration est alors fréquente: la tumeur devient fluctuante, la peau rougit et s'ulcère pour livrer passage à un pus, tantôt liquide, filant, tantôt épais. L'ulcération peut prendre, ou non, par infection primitive ou secondaire, les caractères du chancre mou.

Il existe des faits exceptionnels de bubon sus-pubien, dû à une anomalie de siège des ganglions.

La guérison est difficile, même le pus évacué; l'ulcération est irrégulière; ses bords sont décollés; parfois ils deviennent violacés, déchiquetés et putrilagineux; le chancre inguinal est dès lors phagédénique; il peut alors prendre une grande extension, envahir toute la région ainsi que les parties voisines de l'abdomen et de la cuisse: on l'a vu descendre jusqu'au genou. Des complications graves ont été signalées, telles que l'ouverture des gros vaisseaux de l'aîne. Galliard a vu survenir une adénite iliaque suivie d'une phlegmatia.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic du chancre simple repose sur l'en-

semble de ses caractères : la mollesse ne suffit pas à indiquer la nature d'une ulcération des organes génitaux ; certains chancres simples sont durs du fait d'irritations, de préférence dans certaines régions que nous avons mentionnées. Les seuls signes absolus, dans les cas difficiles, sont la constatation du bacille de Ducrey ou l'inoculation ; or celle-ci ne réussit pas toujours et le bacille disparaît dans les cas anciens. Les signes objectifs les plus importants sont l'absence d'induration, le décollement des bords taillés à pic, la suppuration du fond, l'adénopathie suppurée lorsqu'ils existent ; ajoutons la sensibilité à la pression et l'absence d'incubation.

Le *chancre syphilitique* a une incubation longue ; il n'est pas douloureux ; il est souvent unique ; c'est d'ordinaire une érosion régulière, en godet, reposant sur une induration aplatie qui a exactement, dans les cas typiques, les mêmes dimensions que l'érosion ; son fond ne suppure pas ; il est vernissé ; quelquefois une fausse membrane le tapisse. Les ganglions sont toujours intéressés, non douloureux ; l'un d'eux est particulièrement dur et volumineux. Mais parfois le chancre syphilitique peut s'ulcérer et devenir douloureux ; souvent il est alors associé au chancre mou (le *chancre mixte* sera décrit au chapitre *Syphilis*).

Il est important de ne pas laisser passer un chancre syphilitique inaperçu : aussi, lorsqu'un malade, atteint d'ulcération des organes génitaux, vient voir le médecin peu de jours après un coït, faut-il faire, dans tous les cas, des réserves, car un chancre syphilitique ne se révèle quelquefois qu'au bout de vingt jours et plus et même, si l'incubation a été courte, il peut s'agir cependant d'un chancre mixte. On attendra dans tous les cas le temps suffisant.

L'*ecthyma* des régions génitales est moins rare qu'on ne le croit, surtout chez la femme ; il se distingue du chancre simple par sa base rouge et ferme, par sa forme habituellement acuminée, par les contours réguliers de son ulcération ; on constate d'ordinaire simultanément des pustules sur les régions extra-génitales.

La *balanite pustulo-ulcéreuse* (Du Castel) est caractérisée par des pustules et des ulcérations secondaires, à éléments multiples, les unes en voie de guérison, d'autres en voie de développement ; ces ulcérations restent superficielles ; leurs bords ne sont pas décollés ; elles ne sont pas inoculables au porteur.

La *balano-posthite érosive circinée* de Berdal et Bataille est une affection superficielle caractérisée par des érosions étendues qu'on ne peut confondre avec les lésions du chancre simple.

L'*herpès génital* est également constitué par des lésions érosives et non ulcéreuses à bords polycycliques et microcycliques (1), sans décollement des bords, sans suppuration ; sa base est rarement résis-

(1) A. FOURNIER, *Traité de la syphilis*, 1898.

tante ; il ne pénètre qu'exceptionnellement dans les couches profondes du derme ; il est souvent précédé ou accompagné de phénomènes consistant en tuméfaction, rougeur, avec sensations de cuisson ; s'il retentit sur les ganglions, ce qui est l'exception, on trouve, dans les régions inguinales, plusieurs de ceux-ci tuméfiés ; il se cicatrise rapidement sans traitement spécifique et sans laisser de cicatrice.

Les *lésions acariennes* de la verge sont des papules prurigineuses et non douloureuses, recouvertes de croûtes qui cachent des ulcérations superficielles irrégulières ; elles prédominent sur le gland et le fourreau. Il faut rechercher les lésions de gale sur le reste du corps, et, en général, on les trouve.

Certaines *syphilides secondaires ulcéreuses* des organes génitaux peuvent se développer en l'absence d'autres syphilides et simuler le chancre mou chez la femme. Parfois même, des ulcérations tertiaires peuvent donner lieu aux mêmes difficultés. En cas de doute, il faut trancher le diagnostic par l'inoculation au bras (1), la recherche du bacille de Ducrey et le traitement antisiphilitique d'épreuve.

Les *lésions tuberculeuses* du gland occupent surtout le voisinage du méat ; elles ont un fond très irrégulier, une aréole violacée ; on peut trouver, tout autour, des granulations jaunes ; il en est de même à l'anus. Du reste, comme le dit Berdal, le diagnostic par les caractères objectifs n'est pas toujours possible : il faut rechercher le bacille de Ducrey et, en cas négatif, le bacille de Koch, puis inoculer un cobaye.

PRONOSTIC. — Il peut être considéré comme bénin si le sujet infecté ne présente pas de tare constitutionnelle, héréditaire ou acquise, prédisposant au phagédénisme et si un traitement efficace intervient en temps utile. Dans le cas contraire, la maladie peut se prolonger par le fait d'auto-inoculations successives et devenir ainsi très pénible ; il en est de même, *à fortiori*, quand il survient du phagédénisme : par sa résistance au traitement, sa tendance envahissante, les douleurs qu'elle provoque, les troubles qu'elle apporte dans la nutrition générale, cette complication présente un caractère de gravité incontestable.

TRAITEMENT. — S'il existe du phimosis, il convient de faire pratiquer par le malade des injections entre le prépuce et le gland, répétées plusieurs fois par jour et surtout lorsque le malade a uriné. On emploiera des solutions antiseptiques faibles : sublimé à 1 p. 10000,

(1) TECHNIQUE DE L'INOCULATION. — On lave la face externe du bras au savon, puis à l'éther et on laisse sécher ; on prend sur l'ulcération suspecte un peu de pus à l'extrémité d'une aiguille, ou mieux on racle la surface détergée de l'ulcération et on introduit obliquement l'aiguille sous la peau, en s'arrêtant avant de faire saigner. On recouvre d'un verre de montre protégé par une bande de diachylon. Parfois l'inoculation de pus non chancreux produit une pustule et une érosion ; mais, si l'érosion ne s'agrandit pas, il ne s'agit pas de chancre mou et, du reste, on ne trouve pas le bacille de Ducrey. Dès que les caractères de l'ulcération ont permis de poser le diagnostic, on la détruit par le thermo ou le galvanocautère, ou la pâte sulfo-carbonée.

acide borique à 3 p. 100, acide phénique à 1 p. 100. Souvent les solutions hydro-alcooliques au tiers sont préférables; on formulera par exemple :

Alcool à 60°.....	66 grammes.
Eau.....	30 —
Acide borique.....	3 —

Mais il ne faut pas se dissimuler que ces topiques, utiles pour enlever le pus et combattre la balanite concomitante, n'ont aucune action spécifique sur l'agent infectieux; les lavages doivent donc être immédiatement suivis d'une injection d'huile de vaseline saturée d'iodoforme.

Le malade pourra faire lui-même des injections de nitrate d'argent à 4 p. 100, une fois par jour.

Les chancres abordables seront nettoyés, débarrassés des croûtes et du pus, au moyen d'eau bicarbonatée tiède et de coton hydrophile, puis on pourra cautériser la surface au moyen de la solution suivante :

Alcool à 90°.....	10 grammes.
Acide phénique.....	1 gramme.

(DU CASTEL.)

ou du chlorure de zinc à 1/10^e (Berdal), tous les deux jours. Le pansement est fait au moyen d'une poudre. L'iodoforme est, de l'avis universel, le meilleur des antiseptiques; on peut également employer le salicylate de bismuth, le dermatol.

Les chancres de l'anus sont traités par des attouchements, de la même manière; on applique ensuite des mèches imprégnées de vaseline iodoformée. Après la défécation, on lave à l'eau boratée et on applique de nouveau la pommade. Les bains locaux (bains de siège) quotidiens ou biquotidiens rendent de grands services.

On a proposé divers moyens pour détruire le chancre. La destruction doit être complète, sinon des réinoculations se produisent, et un chancre simple, plus étendu que le chancre actuel, reparait. La pâte de Balzer a pour formule :

Chlorure de zinc.....	1 gramme.
Oxyde de zinc.....	10 grammes.
Eau distillée.....	Q. S. pour faire une pâte.

On laisse vingt-quatre heures en place.

Les cautérisations par le Paquelin doivent être réservées au cas de phagédénisme, ou à certains chancres rebelles. Lorsque le chancre s'étend sur le type phagédénique, il convient d'endormir le malade, de cautériser le fond, et profondément les bords avec le thermocautère. On fait ensuite des pansements humides (phéniqués 1 p. 100), et au bout de quelques jours on applique de l'iodoforme. L'un de nous (H.) a montré que l'on peut éviter d'en venir à cette

cure radicale en traitant l'ulcération par l'application de la solution au tiers de tartrate ferrico-potassique; pendant les premiers jours, les parties malades sont arrosées toutes les heures, sauf pendant le sommeil, avec cette solution; on les recouvre de compresses de tarlatane imprégnée du même liquide. Ces applications ont l'inconvénient d'être douloureuses pendant les deux ou trois premiers jours; il suffit, pour l'éviter, de faire tomber préalablement sur l'ulcération quelques gouttes d'alcool; elles produisent, après une douleur très passagère, une anesthésie locale qui supprime complètement la douleur provoquée par le tartrate. Au bout de peu de jours, l'irrigation continue par cette solution ne produit plus aucune sensation pénible; l'ulcération perd son caractère phagédénique, et bientôt elle se couvre de bourgeons chancreux qui se cicatrisent.

Lorsque les ganglions inguinaux se tuméfient, on les traite par des applications répétées de teinture d'iode, la compression ouatée. Welander a réussi à faire avorter les bubons à la période de rougeur par des injections de benzoate de mercure à 1 p. 100. Dès qu'il y a fluctuation, il convient d'ouvrir, après stypage. On applique ensuite un pansement phéniqué, ou de la gaze iodoformée. (L.)

ULCÈRE ANNAMITE

Synon. : *Ulcère phagédénique des pays chauds (du Gabon, de la Guyane, de Madagascar).*

Cette maladie, qu'on observe dans toute l'Indo-Chine, peut se rencontrer dans d'autres pays; les ulcères de Madagascar, en particulier, présentent les mêmes symptômes, la même étiologie que l'ulcère annamite (1).

ÉTIOLOGIE. — L'affection se développe surtout chez les débilités, les anémiés, les cachectiques, les paludéens. Elle est contagieuse et semble auto-inoculable.

Le parasite inconnu qui la détermine paraît séjourner dans l'eau, et surtout dans les eaux vaseuses et stagnantes, car l'ulcère atteint avec prédilection les soldats et les travailleurs, qui ont séjourné les jambes nues dans certaines mares, certaines rizières. Toute cautérisation ou ulcération antérieure, les piqûres de moustiques, l'ecthyma, favorisent les inoculations.

SYMPTÔMES. — L'ulcère se développe sur les pieds, les régions malléolaires, les jambes; très rarement, il occupe d'autres régions. L'évolution est d'abord aiguë; rapidement, l'ulcère atteint de larges dimensions; puis, il reste stationnaire pendant une longue période; enfin, il se répare lentement. A l'exemple de Boinet, on peut lui distinguer trois périodes : 1^o période de début et de phagédénisme

(1) BOINET, A. D., 1890. — MOTY, S. F. D., 1896. — J. BRAULT, A. D., 1897. — PRADET et LEGRAIN, *Ulcère de Madagascar*, S. F. D., 1896.