

Nous avons vu des malades présenter, après divers de ces traitements, des améliorations durables; l'un deux, après avoir failli succomber en 1888, n'a eu depuis lors que des manifestations peu nombreuses et d'une extrême bénignité, bien que sa lèpre ait plus de trente ans. En eût-il été de même si l'on s'en était tenu à une simple expectation attentive et aux palliatifs? Les médecins exerçant dans les pays à lèpre peuvent seuls juger la question.

Actuellement, dans la très grande majorité des cas, la lèpre continue, malgré toutes les médications, son évolution fatalement progressive; le médecin doit donc, avant tout, s'efforcer d'empêcher la propagation de la maladie: or, une seule mesure peut être à cet égard regardée comme efficace, c'est l'isolement; c'est grâce à lui, grâce aux léproseries dans lesquelles les sujets étaient internés que la lèpre du moyen âge s'est en grande partie éteinte dans nos contrées; c'est grâce à lui que la situation s'améliore considérablement en Norvège: il y a donc lieu de réclamer cet isolement, non seulement dans les pays où la maladie existe à l'état d'endémie, mais aussi dans notre Europe centrale que nos communications incessantes avec ces pays menacent de plus en plus de nouvelles contaminations. Si l'état actuel de nos mœurs rend difficile l'emploi de cette mesure pour les malades de la ville, tout au moins doit-elle être mise en œuvre pour ceux qui sont hospitalisés. En Norvège, on l'applique rigoureusement à tout lépreux pour lequel elle n'a pas été mise en œuvre spontanément dans des conditions satisfaisantes.

Il y a lieu également, pour rendre possible la prophylaxie, de joindre la lèpre aux maladies infectieuses dont la déclaration est obligatoire et de faire procéder à la désinfection des vêtements.

On ne saurait trop accumuler les précautions pour épargner à notre pays une nouvelle invasion de ce terrible fléau.

Aux États-Unis, un règlement impose une quarantaine aux lépreux arrivant par navires et prescrit leur départ par les bateaux qui les ont amenés. — En cas de péril imminent, il y aurait lieu de recourir en Europe aux mêmes mesures, en appliquant ainsi à la lèpre ce qui est de règle pour la peste et le choléra.

Dans les pays à lèpre, les malades doivent être réunis dans des établissements spéciaux.

SYPHILIS (1)

La syphilis est une maladie contagieuse, caractérisée, en premier lieu, par une réaction locale, survenant après une période d'incubation,

(1) HUNTER, *Traité de la maladie vénérienne*. Trad. Richelot, Paris, 1859. — RICORD, *Traité des maladies vénériennes*, 1842. — BASSEREAU, *Traité des affections de la peau sympt. de la syphilis*, 1852. — ROLLET, *Traité des maladies vénériennes*, 1866. — HOMOLLE, art. SYPHILIS du *Dict. Jaccoud*. — BARTHÉLEMY et BALZER, art. SYPHILIDES du *Dict. Jaccoud*. — CORNIL, *Leçons sur la syphilis*, 1879. — A. FOURNIER, *Leçons*

accompagnée d'une adénopathie et connue sous le nom de chancre induré; en second lieu, par une infection généralisée, survenant après une seconde incubation et se traduisant cliniquement par une ou plusieurs poussées éruptives disséminées sur la plus grande partie de la surface cutanée et sur les muqueuses, généralement superficielles et ayant d'autant plus de tendance à se localiser qu'elles surviennent plus tardivement, en même temps que par des adénopathies multiples; en troisième lieu, par des néoplasies circonscrites, qui se multiplient localement, sont susceptibles de se localiser dans tous les tissus, mais affectent le plus souvent une affinité pour certains d'entre eux et présentent une tendance destructive.

La maladie est alors localisée en un certain nombre de foyers isolés; en dehors d'eux, les tissus se comportent comme chez des sujets sains. On ignore les raisons de cette affinité exclusive du contagion chez certains sujets pour certains tissus; il faut évidemment que seuls ils lui offrent un bon milieu de culture (H.).

La syphilis héréditaire tardive se traduit par des dystrophies multiples.

L'agent infectieux, dont la pénétration et l'évolution dans l'organisme sont, en toute évidence, les causes prochaines de cette maladie (1), est encore inconnu.

Il est avéré aujourd'hui qu'il n'est pas constitué par le parasite qu'a découvert Lustgarten.

Winkler, Leredde et Dominici ont décrit récemment des corps arrondis dont la signification précise est à déterminer (2).

Les figures vues par l'un de nous (L.) et Dominici sont des corps arrondis, réfringents, au centre desquels on trouve un point arrondi, très petit, colorable par les couleurs d'aniline et d'hématéine, décoloré par le Gram et le procédé d'Ehrlich. Ces corps, qui ont les dimensions et l'aspect de coccidies, se trouvent dans le tissu du chancre, des syphilides secondaires et dans les ganglions syphilitiques. Ils peuvent être compris dans le protoplasma des cellules.

L'histoire clinique de la syphilis est aujourd'hui fort avancée, et cependant nous n'en connaissons sans doute pas encore toutes les manifestations: le cadre de cette maladie, comme celui de la tuberculose, tend constamment à s'élargir; c'est ainsi que, par exemple, la mise en lumière de ses relations avec le tabès et la paralysie générale

sur la syphilis, 1877. — JULLIEN, *Traité prat. des mal. vénériennes*, 1871. — BALZER, *Traité de médecine* de BROUARDEL et GILBERT. — KAPOSI, LANG, FINGER, A. FOURNIER, *Traité de la syphilis*.

(1) Les notions que nous possédons actuellement sur la pathogénie des maladies infectieuses ne laissent aucun doute à cet égard; il n'en était pas de même pour les générations précédentes, et lorsque, il y a vingt et un ans, dans sa thèse sur le mercure, et dans une communication à la Société de biologie, l'un de nous (H.) formulait cette théorie, il soulevait, chez des maîtres éminents, les plus vives résistances.

(2) LEREDDE et DOMINICI, *Soc. de biol.*, octobre 1898.

a montré des liens étroits avec des affections dont les lésions paraissent offrir une structure absolument distincte de celle qui appartient en propre à ses néoplasies.

Le cadre d'un traité de dermatologie ne comporte pas l'étude générale de la syphilis, mais seulement celle de ses manifestations cutanées. Nous indiquerons en outre, cependant, les caractères des lésions muqueuses de la période secondaire, utiles à rappeler au point de vue du diagnostic, et les symptômes généraux de la maladie à la période d'infection sanguine.

ÉTIOLOGIE DE LA SYPHILIS. — L'inoculation syphilitique de la peau ou des muqueuses se traduit constamment, sauf dans les cas héréditaires, par une réaction locale des mieux définies, le *chancre syphilitique*.

Les lésions dont elle provient sont, en première ligne, le chancre lui-même, puis les affections secondaires des muqueuses, et celles de la peau lorsqu'elles sont *ouvertes* (par suppuration, macération, traumatisme, peu importe...). Le vaccin des syphilitiques à la période secondaire est susceptible de transmettre la vérole. Le sang du syphilitique peut être contagieux pendant un laps de temps indéterminé, peut-être pendant une grande partie de la période secondaire, certainement au moment des premières poussées. Ce fait essentiel révèle l'infection sanguine au début de la syphilis.

On admet que les accidents tertiaires ne sont pas contagieux. Quelques auteurs ont protesté contre cette doctrine; il est presque impossible de résoudre cliniquement le problème, et on ne peut le faire expérimentalement. Au moins, peut-on affirmer que cette contagiosité, si elle existe, est des plus exceptionnelles. Mais on sait aujourd'hui que des lésions secondaires contagieuses, les plaques muqueuses, peuvent se reproduire et transmettre encore la maladie au bout de six, huit, dix (Feulard), et même dix-sept, dix-huit années (Fournier). En règle générale cependant, la syphilis n'est plus contagieuse au bout de quatre à cinq ans, souvent beaucoup plus tôt.

La contagion ne peut-elle se produire qu'à la faveur d'une érosion? Il est certain que tout individu qui a des rapports sexuels avec une femme atteinte de lésions contagieuses n'est pas nécessairement inoculé; l'érosion paraît donc nécessaire, mais elle peut rester imperceptible pour le clinicien, fait fréquent aux organes génitaux où l'épiderme est des plus minces: aussi cette discussion n'a-t-elle pas un grand intérêt pratique.

Toute lésion ouverte des téguments peut servir de porte d'entrée: il en est ainsi des herpès, des lésions acariennes, des chancres mous, des balanites, des excoriations labiales.

La contagion est *directe* ou *médiate*. L'origine vénérienne est la plus commune, mais l'origine non vénérienne tient une place importante dans l'étiologie de la syphilis: nous signalerons la contagion de nourrissons à nourrices ou de nourrices à nourrissons, la

contagion par les baisers, les morsures, la succion de la plaie dans la pratique de la circoncision, le toucher vaginal. Il faut en rapprocher la transmission indirecte par les objets qui peuvent être imprégnés du virus syphilitique, par exemple le *rasoir*, les peignes, les brosses chez le barbier; on a signalé encore la transmission par le cathéter de la trompe d'Eustache (plus de vingt cas par un seul spécialiste!), le spéculum, l'abaisse-langue, le crayon de nitrate d'argent, les lancettes, les canules vaginales, les aiguilles des tatoueurs, les objets de ménage et de toilette, le biberon, les verres, les fourchettes, le linge, les éponges, les vêtements, les cannes à souffler le verre (Rollet), les pipes, les cigares, les instruments de musique, les cabinets d'aisance..., etc. (1).

Syphilis congénitale. — L'enfant d'une mère syphilitique n'est pas nécessairement infecté; lorsque la mère est atteinte de l'accident initial à cinq mois de grossesse, l'enfant échappe parfois à la maladie.

Mais, lorsque la grossesse se développe au cours de la période secondaire et surtout au début de celle-ci, l'infection manque bien rarement: elle se traduit d'habitude par l'avortement ou l'accouchement prématuré; si l'enfant survit, il est atteint de lésions généralisées qui surviennent du premier au troisième mois et offrent, à quelques détails près, sur la peau et les muqueuses, les mêmes caractères que les lésions secondaires de l'infection vulgaire. L'enfant peut être en apparence indemne, mais des accidents de syphilis héréditaire révéleront, à un moment ou à un autre, parfois tardivement, l'existence de l'infection.

L'enfant d'un père syphilitique peut être infecté alors que la mère paraît saine. On admet que le germe a été contaminé directement; cependant, la mère, pouvant, dans ce cas, nourrir son enfant sans être infectée par lui (*loi de Colles-Baumès*), est immunisée contre la syphilis et par conséquent atteinte d'une syphilis atténuée, qui d'ordinaire continue à rester indéfiniment latente, mais qui peut aussi donner lieu à des accidents syphilitiques plus ou moins tardifs.

Comme toute maladie infectieuse, la syphilis peut récidiver (2), mais c'est là un fait des plus rares; la plupart des cas qui ont été publiés à l'étranger sont sujets à contestation; A. Fournier n'en a pas observé un exemple authentique.

On a admis que les syphilitiques héréditaires étaient immunisés contre l'infection syphilitique (*loi de Profeta*), mais il y a de nombreuses exceptions, et on a observé, chez ces sujets, des chancres indurés (L.).

SYPHILIS PRIMAIRE

Le chancre syphilitique traduit la réaction inflammatoire qui se produit au point d'inoculation; mais, lorsqu'il apparaît, l'infection

(1) BALZER, art. SYPHILIS du *Traité de médecine* de BROUARDEL et GILBERT.

(2) DU CASTEL, A. D., 1898.

syphilitique a déjà dépassé la zone où il se développe : en effet, les tentatives d'ablation destinées à prévenir l'infection générale ont toujours été suivies d'insuccès.

Le chancre peut manquer, dans des cas exceptionnels, en général à la suite d'une inoculation directement intradermique (Barthélemy, E. Besnier).

La durée de l'*incubation* du chancre est, en moyenne, de trois à quatre semaines, elle peut être réduite à quinze jours, s'étendre jusqu'à quarante-deux jours; A. Fournier considère comme sujets à revision les faits de durée moindre ou plus longue; cependant, l'un de nous a vu, chez un de ses collègues d'internat qui s'observait rigoureusement, l'accident initial ne survenir que le soixante-dixième jour après le coït infectant (H.).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le chancre induré a été décrit par Cornil comme une lésion due à l'agglomération de cellules migratrices autour de vaisseaux profondément altérés dans leurs tuniques externe et interne, et rétrécis parfois jusqu'à l'oblitération. L'épiderme persiste à la surface et même le corps muqueux s'hypertrophie; en certains points, celui-ci s'infiltré de cellules migratrices.

Cette description n'est pas en contradiction avec les recherches d'Unna; mais cet auteur a profondément remanié l'histologie du chancre, surtout en analysant les caractères des cellules qui composent l'infiltration dermique. Le chancre syphilitique est caractérisé, pour lui, par l'intrication étroite d'un fibrome et d'un plasmome, c'est-à-dire d'une hyperplasie fibreuse et d'une agglomération de plasmazellen. Suivant lui, ces cellules ne sont pas migratrices; il les fait dériver des cellules fixes; Neisser a soutenu l'opinion contraire : le problème n'est pas tranché.

Dès le *début*, et avant toute érosion, cette structure générale du chancre est manifeste. En même temps, on constate des lésions vasculaires, épaissement des parois, prolifération de l'endothélium, où l'on observe des figures de karyokinèse. Les vaisseaux dilatés sont bourrés de leucocytes qui n'émigrent pas. Le corps de Malpighi s'épaissit, prolifère, et les cônes interpapillaires s'allongent.

Lorsque les lésions sont au maximum, à la *période d'état* du chancre, le derme apparaît divisé par des travées conjonctives denses en un certain nombre de territoires qui présentent à leur centre des vaisseaux sanguins. Ces travées contiennent des lymphatiques dilatés; elles s'observent également à la limite de l'induration et déterminent l'endroit précis où elle s'arrête; au delà, on constate encore des lésions, mais elles ne sont plus enclavées.

Les territoires décrits par Unna sont remplis de plasmazellen, petites, cubiques, tassées les unes près des autres et formant des files régulières. A côté d'elles et entre elles, on observe quelques mastzellen, de rares leucocytes et des cellules conjonctives à noyau clair, sou-

vent en karyokinèse. Finger a montré que ces agglomérations cellulaires envoient, à distance de l'induration et des lésions macroscopiques, des prolongements rubanés susceptibles de se bifurquer.

Enfin, les altérations vasculaires deviennent excessives. L'épaississement fibreux porte sur toutes les tuniques des artères et des veines; le calibre est, comme nous l'avons indiqué déjà, rétréci jusqu'à l'oblitération, soit par suite de végétations de l'endartère, soit, plus souvent, par multiplication cellulaire dans l'épaisseur des parois.

Autour du plasmome enclavé, on trouve des cellules étoilées à prolongements multiples; les vaisseaux sont altérés, entourés de manchons cellulaires.

L'*épiderme*, au niveau de l'érosion, est réduit à deux ou trois couches formées par le corps muqueux et la couche cornée, mêlées de cellules migratrices.

Sur les bords de l'érosion, au contraire, on le trouve proliféré comme au premier stade, envoyant de longs prolongements intradermiques qui peuvent même être isolés de leur implantation épidermique.

Unna n'a pas rencontré les formations cavitaires intraépidermiques qui ont été signalées par Leloir

A la période de *cicatrisation*, quand l'induration seule persiste, on trouve (Unna) un nodule profond du derme, formé de faisceaux conjonctifs, et comprenant un très grand nombre de cellules géantes. Combien de temps se prolongent ces lésions? Nous l'ignorons : toujours est-il que l'on voit souvent se développer, dans le tissu ambiant, des syphilides secondaires et tertiaires. L'un de nous (H.) a établi que les manifestations secondaires peuvent offrir, dans le voisinage de l'accident primitif, une intensité plus grande que partout ailleurs : ces faits ne peuvent s'expliquer que par la persistance, dans le lieu primitivement envahi, d'éléments infectieux doués d'une plus grande activité que ceux qui se disséminent dans l'organisme (H.) (1).

SYMPTÔMES. — CHANCRE SYPHILITIQUE. — *Période de début*. — Les auteurs les plus expérimentés sont en désaccord sur le mode de début du chancre : c'est que l'on a bien rarement l'occasion de surprendre la lésion dans sa phase initiale.

D'après A. Fournier, elle est constituée, à la peau, par un tout petit bouton légèrement papuleux, lenticulaire, rougeâtre, desquamatif; sur les muqueuses, par une érosion insignifiante, arrondie ou fissuraire, plane, rougeâtre, offrant parfois à la palpation une très légère résistance.

D'après Lang, au contraire, l'induration est le phénomène initial, dans les cas où l'infection syphilitique est seule en jeu; l'érosion lui

(1) HALLOPEAU, *Sur la localisation et le développement anormal de syphilides érythémateuses et papuleuses en nappes autour de chancres indurés* (S. F. D., 1898). — HALLOPEAU et BRICET, *Sur une vaste syphilide ulcéreuse précoce à progression excentrique développée au pourtour d'un chancre induré* (S. F. D., 1899).

est consécutive; il est vrai qu'elle survient d'une manière très précoce, d'où l'interprétation inverse. Ne peut-on se demander si l'érosion simple, ne signifiant « moins que rien » d'A. Fournier, n'est pas simplement l'expression du traumatisme qui fournit au contagion une porte d'entrée?

Période d'état. — A sa période d'état, le chancre syphilitique est une lésion des mieux caractérisées au point de vue clinique comme au point de vue histologique. S'il offre des variétés nombreuses que nous aurons à étudier, il présente des symptômes constants. C'est une néoplasie aplatie, intradermique, en général érodée à sa surface, se terminant normalement par une cicatrice superficielle, qui souvent disparaît plus tard. Habituellement unique, le chancre peut être multiple.

Caractères généraux. — *a. Érosion chancreuse.* — L'étude histologique montre que l'épiderme ne disparaît pas tout à fait à la surface du chancre; aussi n'y constate-t-on pas, à vrai dire, une ulcération. Vue de profil, l'érosion dessine une ligne incurvée se continuant directement avec les parties saines; la courbure est parfois très faible; sa partie centrale est à peine déprimée au-dessous de ses bords. La cavité érodée prend à peu près la forme « sans ressaut, sans arrêt (1) » d'un godet. Les bords sont, à ce niveau, marqués par le passage de la coloration de l'érosion à celle de la région épidermée, qui a elle-même la couleur de la peau normale ou présente un anneau hyperémique; exceptionnellement, la limite exacte est mise en évidence par un mince liséré hémorragique. La forme de l'érosion est géométrique, ronde ou ovale, sauf dans les plis où elle s'allonge et où elle offre, à de rares exceptions près, deux moitiés symétriques.

La couleur de la surface érodée, dans les régions où il ne se forme pas de croûtes, ou quand on les a enlevées, est presque caractéristique; elle varie un peu cependant; tantôt, elle est grise et on la compare à celle du vieux lard (A. Fournier); tantôt, elle est rouge et offre la teinte de la chair musculaire; parfois, elle est sombre au centre, un peu violacée et plus claire à la périphérie. Enfin, la surface offre souvent, quelle que soit sa couleur, un aspect poli, vernissé. Elle peut être parsemée de petites hémorragies: c'est la forme *pétéchiale* d'A. Fournier.

b. Induration chancreuse. — La masse indurée a une forme semblable à celle de l'érosion à laquelle elle est sous-jacente et qu'elle déborde plus ou moins. Elle est ferme, — il est difficile de plier le chancre, — mais parfaitement élastique. L'épaisseur de l'induration est en général constante en tous les points, c'est un véritable disque plat qu'on perçoit très bien en prenant le chancre entre les doigts à ses deux extrémités; la forme hémisphérique est rare. Tantôt, l'épaisseur est faible et ne dépasse pas celle d'un parchemin ou d'une pièce

(1) A. FOURNIER, *Chancre syphilitique génital chez la femme* (Musée de l'hôpital Saint-Louis, 3^e fascicule.)

de cinquante centimes; tantôt, au contraire, elle atteint plusieurs millimètres.

c. Rapports de l'érosion et de l'induration. — L'induration déborde régulièrement l'érosion, parfois de quelques millimètres. Ce fait peut se traduire cliniquement: on constate, autour de l'érosion, une surface légèrement saillante, un anneau qui dépasse le niveau de la peau saine. Dans certains chancres, l'induration entière fait une saillie, à bords abrupts (*ulcus elevatum*); l'érosion qui occupe la région centrale est alors plus évasée qu'elle ne l'est dans les chancres plats. L'anneau épidermé, qui limite l'érosion, présente, soit les caractères de la peau normale, soit une teinte hyperémique, soit au contraire de la pâleur; il semble que l'épiderme soit sectionné obliquement, et que la pente de la section continue celle de l'érosion.

A ces symptômes objectifs généraux du chancre, ajoutons l'*indolence* qui est de règle (quand elle manque, c'est que la surface du chancre est infectée secondairement ou irritée, comme il arrive souvent dans les chancres urétraux et buccaux) et un signe expérimental, la non-inoculabilité sur le porteur. Celui-ci n'est pas aussi absolu qu'on l'a cru: cliniquement, on peut voir (Besnier) un chancre se développer sur la face interne des cuisses, consécutivement au chancre génital. Mais, en fait, la non-inoculabilité *expérimentale* est constante.

Caractères particuliers. — *a. Forme.* — Dans les plis, le chancre s'allonge, devient fissuraire; quelquefois, il s'étale des deux côtés et prend la forme en feuillet de livre.

Lorsque deux chancres indurés sont au contact l'un de l'autre, ils peuvent confluer et alors l'érosion, l'induration, n'ont plus leur forme géométrique normale.

b. Dimensions. — Les dimensions moyennes du chancre sont celles d'une pièce de vingt centimes; parfois plus petites, elles peuvent atteindre celles d'une pièce d'un franc: en deçà et au delà, il existe, d'une part, des chancres nains, de l'autre, des chancres géants.

Les chancres nains ont les dimensions d'une lentille ou même d'une grosse tête d'épingle. Souvent multiples, ils rappellent l'herpès par l'érosion et le suintement léger dont ils sont le siège (*chancres herpétiformes*).

Les chancres géants peuvent dépasser les dimensions d'une pièce de cinq francs. Mais, si la surface s'élargit, l'induration n'augmente pas nécessairement en profondeur; le chancre peut garder les caractères de disque plat que nous avons signalés. D'autres fois, au contraire, l'épaisseur devient très considérable; on voit, dans le musée de Saint-Louis, deux chancres jumeaux du menton, mesurant chacun les dimensions d'une pièce de cinq francs, former un relief de plus de 14 millimètres.

c. État de la surface. — Parfois l'érosion est absente. Le chancre fait alors une saillie légère, indurée, d'un rouge sombre ou d'un rouge

violacé, un peu desquamative. Cette anomalie ne s'observe que dans des endroits où il ne se produit ni infection, ni macération; ou bien il s'agit de chancres un peu anciens déjà, dont l'érosion a guéri hâtivement.

Examinée sur les muqueuses, dans les régions où elle est recouverte par la peau, telles que le prépuce, le gland et dans les aisselles (1), la surface est celle que nous avons décrite; parfois, elle est sèche, vernissée.

Plus rarement, il se fait une ulcération superficielle, sans doute due à une infection légère; l'érosion devient pultacée et se recouvre d'un enduit mou, peu épais, adhérent; ou bien, il se produit une exsudation fibrineuse anormale, et alors c'est une véritable fausse membrane également adhérente (*chancres diphtéroïdes*).

La surface du chancre suinte légèrement à la pression; le liquide est séreux et *non purulent*. Si on presse davantage, si on essue un peu énergiquement la surface, on détermine un faible saignement.

Parfois semblable au chancre muqueux, le *chancre cutané* se présente quelquefois dépourvu d'érosion, ayant du reste la couleur et l'induration typiques, et le plus souvent recouvert d'une croûte adhérente brunâtre ou foncée (*chancre ethymateux*): tantôt, cette croûte est régulière et recouvre toute la surface érodée; tantôt, elle est épaisse, saillante, régulière encore; parfois elle est fendillée. Dans les régions couvertes de poils, les croûtes deviennent irrégulières, très épaisses; quand on les enlève, on constate un peu de pus. Dans la variété que A. Fournier appelle *cupuliforme*, l'ulcération est évidée en forme de lampion, son pourtour forme une crête saillante de 2 à 4 millimètres et l'ulcération peut elle-même se creuser jusqu'à 4 ou 5 millimètres au-dessous de la peau saine.

Enfin, à côté des chancres cutanés, on décrit des chancres *cutanéomuqueux*, tels que ceux qui sont situés à cheval sur la face externe et interne du prépuce: sur la face externe, le chancre prend le caractère ethymateux; sur la face interne, il est érodé. Il en est de même des chancres qui occupent la face cutanée et la face muqueuse des grandes lèvres, etc.

d. *Induration*. — L'érosion chancreuse peut manquer exceptionnellement: l'induration, qui traduit l'infiltration cellulaire et la réaction du derme, ne manque jamais; parfois, elle déborde très largement l'érosion et peut alors déterminer la rougeur de la surface; parfois, elle se développe en profondeur; elle n'est plus aplatie, mais arrondie, hémisphérique.

L'absence de l'induration a été signalée dans les chancres très

(1) Les lésions syphilitiques du derme, telles que les chancres, les papules secondaires, sont aisément débarrassées de leur épiderme, et s'ulcèrent. L'exulcération est de règle sur les muqueuses, — les plaques muqueuses ne sont que des papules, — et dans les plis de la peau, où la sudation amène la macération des couches superficielles peu résistantes; les caractères objectifs sont les mêmes ici que sur les muqueuses, d'où les noms, impropres du reste, de chancre muqueux de l'aisselle, plaques muqueuses interdigitales du pied.

étendus et très superficiels, occupant des régions où la peau est très fine, par exemple dans ceux du fourreau: en réalité, elle existe, mais elle est difficile à percevoir parce qu'elle est très étalée.

Variations régionales. — Le *chancre du gland* est généralement petit; son induration est peu épaisse, lamelleuse, en « carte de visite » (Fournier).

Le *chancre de la rainure balano-préputiale* est souvent un chancre fissuraire allongé; on peut en percevoir l'induration en palpant la région sans découvrir le gland; ou bien, il s'étend sur la face interne du prépuce et, quand on fait décalotter le malade, il y a un moment d'arrêt lorsqu'on arrive sur le chancre, puis, brusquement, celui-ci est mis à découvert. Parfois, l'induration est excessive; elle forme une véritable tumeur au-dessus de la rainure.

Le *chancre du filet* empiète souvent sur le gland; il se traduit par une érosion ou une simple fissure limitée au filet, tandis que l'induration s'étend sur le gland.

Le *chancre de l'extrémité libre du prépuce* est souvent allongé et ulcéré régulièrement à sa surface. Tous les chancres de ces régions, prépuce, filet, rainure balano-préputiale, gland même, se compliquent fréquemment d'un œdème assez intense pour amener un phimosis qu'on ne peut réduire; cet œdème s'étend sur le fourreau; la verge prend la forme en « battant de cloche »; par le palper, on sent une induration, et quelquefois des nodules lymphangitiques durs en dehors d'elle.

Le *chancre du fourreau* tend à entourer la verge et a souvent une forme allongée, elliptique. En raison de son étendue et de son caractère superficiel, l'induration y est souvent peu appréciable. Les bords sont fréquemment élevés et le fond pultacé.

Les *chancres du méat* et de l'*extrémité de l'urètre* peuvent passer inaperçus; cependant, ils sont souvent douloureux; au palper, on constate de l'induration, et, en ouvrant le méat, on peut voir une rougeur sombre, un état vernissé; on a observé simultanément un œdème considérable du gland. Parfois, l'infection de la surface du chancre, qui se révèle par des douleurs, amène également une suppuration, même abondante au point de simuler une blennorragie; à la suite, le méat peut être déformé, élargi ou rétréci. Par un même mécanisme, le *chancre urétral* peut être suivi de rétrécissement.

Les *chancres des grandes lèvres* amènent fréquemment un œdème intense, une déformation considérable de la région. Ils s'accompagnent fréquemment d'une induration étendue en largeur et en profondeur, sans limites précises.

Aux *petites lèvres*, le chancre est généralement petit, même nain. Parfois, elles sont entièrement envahies par l'infiltration dure.

Le *chancre du méat* s'ulcère aisément, et détermine un œdème de voisinage qui lui fait perdre ses caractères.

Le *chancre du vagin* est rare; celui du *col* est au contraire fréquent.

Il se présente sous la forme d'une exulcération régulière, lisse, de couleur pâle ou recouverte d'un enduit pultacé, blanc, gris ou jaunâtre, souvent limitée par une collerette sanguine; elle occupe habituellement une des lèvres de l'orifice utérin; plus rarement, elle l'entoure. Au doigt, on perçoit, quand on peut faire une palpation exacte, une induration manifeste. Au cours de son évolution, ce chancre devient parfois végétant et s'ulcère.

Le chancre de l'anis est souvent petit, caché au fond des plis radiés qu'il faut déplier pour le voir; il se présente sous la forme d'une exulcération allongée, étroite, à bords résistants. Il peut se développer sur des hémorroïdes. Par exception, on le voit très large; l'induration s'étend alors vers la peau.

Les caractères des *chancres intra-anal et rectal* sont ceux du chancre classique. On n'admet plus qu'ils produisent des rétrécissements.

Le chancre mammaire occupe de préférence le mamelon de l'aréole. En dehors de la lactation, il peut offrir le type ecthymateux (Jullien). Chez les nourrices, le chancre peut être bilatéral; il est rarement croûteux; l'érosion est à nu. Ce chancre érosif peut être papuleux et former ainsi une saillie de 2 à 3 millimètres; il peut entamer légèrement le derme au lieu de l'effleurer; il est alors exulcéreux. On en a observé aussi une forme nettement ulcéreuse. Ces chancres peuvent offrir des variétés de configuration: c'est ainsi que A. Fournier décrit un chancre en fer à cheval ou semi-lunaire et un chancre fissuraire du mamelon; ce dernier peut former, à la base de cet organe, une longue bande semi-lunaire, érosive ou ulcéreuse, occupant une partie plus ou moins étendue de sa circonférence; cette rhagade ulcéreuse peut offrir la disposition en feuillet de livre; parfois, elle décolle partiellement le mamelon. Ces chancres mammaires sont, d'après A. Fournier, multiples, dans environ un tiers des cas; de Beurmann en a observé jusqu'à vingt-cinq: en pareils cas, il sont petits et superficiels. Les chancres mammaires peuvent devenir *phagédéniques* et s'étendre alors, soit en surface, soit en profondeur (1).

Le chancre labial occupe surtout la ligne médiane. Il est croûteux quand il intéresse la partie cutanée de la lèvre; cette croûte peut être rupioïde. Parfois, c'est un chancre nain; en général, l'induration est très marquée, profonde; elle s'accompagne d'un œdème diffus qui soulève le chancre; celui-ci prend une forme convexe; il peut simuler une tumeur. Aux commissures, il s'étend moins; on y observe surtout le type fissuraire (2). Aux *gencives*, le chancre est généralement petit; l'érosion a la forme d'un fer à cheval qui embrasse la dent.

Le chancre de la langue atteint de préférence les bords de l'or-

(1) A. FOURNIER, *Chancre syphilitique du sein* (Musée de l'hôpital Saint-Louis, 40^e fasc.)

(2) A. FOURNIER, *Chancre syphilitique de la lèvre* (Musée de l'hôpital Saint-Louis, 50^e fasc.)

gane; il s'accompagne d'une induration très profonde et très résistante ou bien il simule une plaque muqueuse un peu large, ne s'en distinguant que par l'induration sous-jacente. On peut le confondre également avec une ulcération tuberculeuse: celle-ci en diffère par l'irrégularité et le décollement de ses bords, les anfractuosités et la couleur jaunâtre de sa surface, l'absence d'induration (ce signe n'est pas constant), l'existence des nodules de Féréol, petites tumeurs tubéreuses distribuées au pourtour de l'ulcère, et des points jaunes de Trélat; la recherche du bacille et les résultats des inoculations pourraient, s'il était nécessaire, écarter tous les doutes (1).

Nous savons aujourd'hui que le chancre de l'amygdale est commun, mais reste souvent méconnu. Dans sa forme typique, c'est une ulcération régulière, à bords réguliers; sa surface est d'une couleur jaunâtre; elle repose sur une base dure. On l'a vue être assez profonde pour simuler une gomme ou un épithéliome. On peut observer au contraire une hypertrophie extrême de l'amygdale — quelquefois elle se recouvre de fausses membranes — simulant une amygdalite vulgaire ou diphtérique. L'erreur est d'autant plus facile que les adénopathies peuvent être multiples et qu'il peut se produire des troubles de la santé générale avec réaction fébrile. On pourra parvenir au diagnostic si l'on considère que l'invasion de la maladie est moins rapide, que les lésions sont unilatérales, que l'évolution est plus lente: la recherche du bacille de Loeffler évitera toute confusion avec la diphtérie (2).

Le chancre de la paupière supérieure en amène la chute et par conséquent l'occlusion possible de l'œil (3). On connaît quelques exemples de chancre de la conjonctive bulbaire. Dans tous ces faits, l'adénopathie est préauriculaire.

Aux doigts, les chancres de la base de l'ongle ont une forme semi-lunaire dont la concavité embrasse l'ongle; quelquefois, les chancres des extrémités se compliquent de réaction inflammatoire et peuvent faire penser à un panaris. L'extension du chancre sous l'ongle amène souvent de vives douleurs; cet organe devient le siège d'une dystrophie qui peut être indélébile.

Les chancres du cou peuvent être également très volumineux; nous les avons vus prendre la forme d'ovales à grand diamètre transversal.

ADÉNOPATHIE SYPHILITIQUE PRIMAIRE. — L'infection du système lymphatique, consécutive à l'inoculation du parasite de la syphilis, est précoce et se révèle cliniquement 98 fois sur 100. Les lésions des ganglions auxquels aboutissent les vaisseaux blancs partis de la région syphilitisée se traduisent par leur accroissement de volume et leur dureté. Les tissus ambiants sont respectés, de sorte que les

(1) A. FOURNIER, *loc. cit.*

(2) FOURNIER, *Chancre syphilitique de l'amygdale* (Musée de l'hôpital Saint-Louis, 40^e fasc.)

(3) HALLOPEAU et LE SOURD, *S. F. D.*, 1899.

ganglions tuméfiés sont bien distincts les uns des autres et roulent sous le doigt. Presque toujours, le premier ganglion atteint, plus gros et plus induré que les autres, se développe concurremment avec l'induration chancreuse à laquelle il est étroitement subordonné. Ces adénopathies sont indolentes.

Il faut noter ici que les chancres de l'anus donnent lieu à la tuméfaction des ganglions inguinaux externes — tandis qu'il faut chercher à la partie interne de l'aîne les ganglions indurés qui répondent aux chancres génitaux. Le chancre du vagin amène une adénopathie rétro-pubienne : il n'a pas, non plus que celui du col, de retentissement direct sur les ganglions inguinaux.

Les chancres de l'ombilic déterminent à la fois une adénopathie inguinale et une adénopathie axillaire, qu'il faut chercher sous le grand pectoral, au contact de la cage thoracique, comme celle qui est consécutive aux chancres mammaires. Enfin, il faut noter les caractères de l'adénopathie sous-maxillaire qu'on observe à la suite des chancres labiaux, linguaux et amygdaliens. En général, un seul ganglion est atteint et on le trouve à la face interne du maxillaire contre lequel il est appliqué, très volumineux, très induré. Il peut déborder le bord inférieur du maxillaire et s'accompagner d'un œdème étendu de la région qui révèle l'adénopathie.

Quelquefois, l'infection secondaire du chancre induré modifie les caractères de l'adénopathie, les ganglions augmentent de volume, deviennent douloureux, et un bubon peut se développer. Balzer l'a observé 17 fois sur 100 à l'hôpital du Midi, mais la proportion est certainement moins élevée dans d'autres milieux.

La suppuration, très exceptionnelle, en somme, du bubon syphilitique peut reconnaître trois causes :

- a. L'infection de la surface du chancre par des pyogènes vulgaires, qui peut ne pas se révéler cliniquement ;
- b. La présence d'un chancre mixte ;
- c. Une tuberculose locale : les ganglions étaient bacillaires, et l'infection syphilitique a réveillé cette tuberculose locale, d'où une suppuration qui a tous les caractères d'un abcès froid.

La lésion des lymphatiques qui se rendent du chancre aux ganglions tuméfiés peut devenir apparente : on trouve alors, roulant sous le doigt, de petits cordons durs, irréguliers ; des veines enflammées peuvent donner lieu aux mêmes sensations. Quelquefois, au niveau des lymphatiques, se forment des ulcérations qui prennent le caractère du chancre induré (Fournier). L'un de nous (L.) a vu le chancre de la face, compliqué de lymphangite réticulaire, simuler un érysipèle. Bassereau a relevé la lymphangite une fois sur cinq, proportion peut-être exagérée ; en réalité, elle est fréquente, mais en général méconnue parce qu'on ne la cherche pas.

COMPLICATIONS DU CHANCRE. — Des complications du chancre, les

unes paraissent résulter d'une évolution anormale (chancre nécrotique), les autres d'une association parasitaire (chancres mixtes, chancre vaccinal).

CHANCRE NÉCROTIQUE. — Sous ce nom, on comprend des faits où il se produit, à la surface du chancre, une ulcération qui s'étend rapidement de la surface vers la profondeur ; la nécrose peut même s'étendre en profondeur et en surface (phagédénisme nécrotique). Le noyau induré s'élimine complètement. Parfois, cette nécrose, que l'on attribue à l'oblitération complète des vaisseaux, survient alors que le chancre est en réparation, et que l'érosion a disparu ; ce fait tend à prouver que le parasitisme secondaire n'intervient pas dans ce processus anatomique.

ASSOCIATIONS PARASITAIRES. — Le chancre induré peut, comme nous l'avons déjà mentionné, être inoculé sur une lésion d'une autre nature ou en même temps qu'elle. Comme son incubation est plus longue que celle des autres lésions, on observe d'abord les caractères de celles-ci, qu'il s'agisse d'herpès, de chancre mou, etc.

D'autre part, une fois développé, le chancre peut être compliqué par une infection qui en modifie les caractères (*chancre condylo-mateux, chancre suppuré, chancre gangreneux*).

Lorsque le chancre complique une lésion ulcéreuse antérieure, il garde, parfois pendant toute sa durée, la configuration de celle-ci, et souvent l'ulcération préexistante est entretenue, de sorte que le chancre ne prend pas des caractères superficiels réguliers. L'induration seule le révèle.

La *balanite* associée, isolée, ne modifie pas nettement l'aspect du chancre, mais elle augmente l'œdème préputial, le phimosis et gêne le diagnostic parce qu'on attribue tous les symptômes à la suppuration diffuse du gland ; il est nécessaire de pratiquer la palpation de la région pour déterminer l'existence du chancre.

La notion et la description du *chancre mixte* sont dues à Rollet. Au début, la lésion a le caractère du chancre simple, mais, peu à peu, l'induration se développe. Parfois, l'inoculation du chancre mou se fait sur un chancre induré, soit que le malade ait eu à nouveau des rapports sexuels, soit qu'il soit porteur de deux chancres, l'un simple, l'autre induré, et que le pus du premier infecte le second.

Lorsque le chancre mixte est à sa période d'état, on constate, au-dessous d'une ulcération irrégulière, à fond pultacé, à bords décollés, une induration étendue. Les ganglions sont en général durs et volumineux, ils roulent sous le doigt ; ils ont alors le caractère de ganglions syphilitiques ; dans d'autres cas, ils se tuméfient, et suppurent comme le bubon vénérien vulgaire.

Le *phagédénisme* du chancre syphilitique peut s'observer quelle que soit la localisation du chancre, et même en l'absence de causes prédisposantes connues, telles que l'alcoolisme, le diabète.