

et le tronc. Grandes de quelques millimètres à un centimètre, remplies d'un liquide louche, purulent, parfois strié de sang, ces bulles sont situées au centre d'une macule rouge. Après rupture, reste soit un épiderme plissé, à demi décollé, soit une croûte verdâtre ou rougeâtre, soit encore une ulcération. Très spéciale à la syphilis, cette lésion ne sera pas confondue avec le *pemphigus simple des nouveau-nés*, bien plus tardif, et occupant principalement le tronc et le cou.

Les *gommés sous-cutanées*, les *syphilides tuberculeuses* sont rares dans l'hérédo-syphilis. Les *adénopathies* y sont exceptionnelles, mais la rate est souvent grosse. Très précoce et très commune, la *syphilis des muqueuses* offre des caractères propres, particulièrement le *coryza*, qui se traduit par un *jetage* séro-purulent, strié de sang, parfois fétide, formant des croûtes à l'orifice des narines et sur la lèvre supérieure, gênant la respiration et très rebelle au traitement. Les *plaques muqueuses* buccales occupent surtout les commissures; les bords des lèvres sont coupés de *fissures radiales multiples* tenant la lèvre supérieure écartée de l'inférieure, et lui imposant, au-dessus d'elle, une concavité régulière dite *en soupirail*. Les plaques sont assez rares dans la bouche et le pharynx.

Les os sont exposés à des lésions analogues à celles de l'adulte : périostoses, exostoses, gommés, nécroses. La *dactylite syphilitique*, assez fréquente, simule la *spina ventosa*. Sur les os longs, Parrot, sous le nom de *pseudo-paralysie syphilitique*, a décrit une ostéite spéciale à l'hérédo-syphilis précoce. Gonflées et douloureuses, les épiphyses, grâce à des fractures sous-périostées sans déplacement, présentent de la crépitation; les membres atteints, surtout les supérieurs, sont frappés d'inertie complète. Ces cas doivent être distingués du *rachitisme*, de la *maladie de Barlow* et des diverses *paralysies de l'enfance*.

Sur le *crâne*, la voussure des bosses pariétales peut réaliser l'aspect *natiforme*. Les *lésions naso-palatines* sont d'habitude tardives (hyperostose, aplatissement de la racine du nez). Quoique les centres nerveux et les organes des sens soient généralement épargnés dans la première enfance, on peut pourtant observer à cet âge l'*otite moyenne suppurée*; par contre, les lésions oculaires, surtout la *kératite interstitielle*, le plus souvent *double* et aboutissant à des *opacités de la cornée*, ne se développent qu'après 2 ans, et surtout de 8 à 15. Exceptionnellement, peut éclater, chez les nourrissons, un syndrome comparable à la *méningite tuberculeuse* et justiciable du traitement iodo-mercurique. Le diagnostic peut en être facilité par la coexistence de lésions viscérales telles que : *hypertrophie spléno-hépatique*, *orchio-vaginalite syphilitique* (terminée par atrophie) et *troubles gastro-intestinaux (athrepsie syphilitique)* cédant au traitement spécifique. Ces lésions viscérales entraînent souvent la mort. Dans les cas favorables, la médication spécifique permet à l'enfant de traverser la première année; mais il reste encore exposé aux accidents de l'hérédo-syphilis tardive.

Syphilis héréditaire tardive. — Ce terme convient à deux ordres de faits; tantôt il s'agit d'accidents frappant des enfants, des adolescents ou des adultes ayant déjà subi, après la naissance, quelques manifestations pré-

coces; tantôt les troubles observés atteignent, après plusieurs années d'existence, un sujet resté jusqu'alors indemne; assez rares, ces derniers cas surviennent principalement vers 12 ans, mais sont possibles de 5 à 28 ans et même plus tard (Fournier). Ces deux ordres de faits offrent du reste des caractères cliniques semblables, identiques à ceux appartenant aux accidents tertiaires de la syphilis acquise. Dans ces conditions s'observent, en outre, certaines maladies ou dystrophies méritant l'épithète de *parasymphilitiques*. Le diagnostic de nature est, d'autre part, facilité par la constatation des traces qu'a pu laisser la syphilis fœtale ou héréditaire précoce, constituant dans l'espèce autant de *stigmates*.

Les sujets entachés de syphilis héréditaire restent souvent petits et malingres, quelquefois même *infantiles*. Le *nanisme* ou le *gigantisme* ressortissent en certains cas à la syphilis héréditaire.

Un faciès spécial résulte de l'énorme saillie du front (*front olympien*), des hyperostoses pariétales (*crâne natiforme*), de l'aplatissement de la racine du nez (*nez en lorquette*) (voy. p. 501) et du teint gris terreux.

Les éruptions précoces laissent sur les fesses, la région lombo-sacrée, derrière les cuisses, de larges *cicatrices superficielles*, à *bords polycycliques*, et sur les lèvres, des *cicatrices linéaires rayonnées*.

Les lésions oculaires, les troubles auditifs et les altérations dentaires forment pour *Hutchinson* une *triade typique*. Sur les *yeux*, les kératites interstitielles laissent des *leucomes*, des *néphélions*; sur les *oreilles*, s'observe une *surdité* à début brusque, souvent sans signes d'otite purulente; sur les *dents* existent des *malformations* diverses d'inégale valeur. Les caractères de la *dent d'Hutchinson typique* (voy. p. 479) sont les suivants : échancrure semi-lunaire du bord libre des incisives médianes supérieures (2^e dentition) : brièveté de ces mêmes dents, taillées en tournevis et dont les axes convergent. Cette malformation serait un effet direct de l'hérédo-syphilis; il n'en est pas ainsi des autres : atrophie cuspidienne des autres dents, canination des incisives, microdontisme, vulnérabilité des dents, caractères dont l'ensemble seul est significatif et qui se rencontrent chez les simples dégénérés.

Les déformations des os longs, en particulier le *tibia en lame de sabre*, ont également une haute valeur diagnostique. L'*atrophie testiculaire*, avec induration ou non, l'*arriération intellectuelle* achèvent souvent le tableau clinique.

Quant aux *lésions tertiaires tardives*, elles n'épargnent aucun appareil. Sur le tégument, s'observent : des *gommés*, des *syphilides tuberculeuses* sèches et ulcéreuses, siégeant, les dernières, aux organes génitaux surtout, sur les jambes ou le visage. Les *lésions osseuses*, particulièrement communes de 6 à 12 ans, sont possibles jusqu'à 50. L'*ostéo-périostite* frappée avec prédilection le tibia, déterminant, sur son bord antérieur, des *hyperostoses* qui le transforment en face, imposant à l'os une courbe (convexe en avant) seulement apparente, mais typique (*tibia en lame de sabre*). L'union des diaphyses et des épiphyses devient aussi le siège d'*exostoses*. L'évolution de ces lésions comporte des *douleurs ostéocopes* exaspérées la nuit; il arrive aussi qu'elles suppurent et s'ouvrent par des orifices qui restent fistuleux. Quand les *gommés*

occupent le canal médullaire, elles entraînent une *ostéo-myélite chronique spéciale*; sous-périostées, les gommages forment des saillies douloureuses aboutissant, surtout à la surface du crâne, à des *dépressions en godet*. Ces lésions prédisposent le squelette aux *fractures spontanées*, qui sont fréquentes.

Les *tuberculoses osseuses* ne sont pas sans analogie avec les gommages spécifiques, mais l'ostéite tuberculeuse, plus indolente, comporte un gonflement plus considérable des parties molles, frappe plutôt les os courts et suppure presque toujours. Dans les cas douteux, l'épreuve thérapeutique précisera le diagnostic.

Sur les articulations, la syphilis provoque des *arthralgies* rhumatoïdes, des *hydarthroses* chroniques indolentes ou des lésions simulant la *tumeur blanche*, mais à siège surtout épiphysaire (*pseudo-tumeurs blanches syphilitiques*).

Le *rhino-pharynx* subit souvent les atteintes de l'hérédosyphilis, sous diverses formes : *ozène*, *effondrement du nez*, *perforation de la voûte palatine ou du voile du palais*. On sait la fréquence des *affections oculaires*. Quant aux accidents viscéraux (thoraciques, hépatiques, cérébro-spinaux), ils ne diffèrent pas de ceux que détermine la syphilis acquise.

La *para-syphilis héréditaire* domine souvent l'étiologie d'un assez grand nombre d'affections de l'axe nerveux : *tabes*, *paralysie générale* (comme la syphilis acquise), *hydrocéphalie*, *scléroses cérébrales* infantiles, *hémiplegie spasmodique infantile*, *épilepsie*.

Le *rachitisme*, les accidents dits scrofuleux, les *malformations congénitales* (*spina bifida*, *bec-de-lièvre*, *syndactylie*, etc.) affectent avec prédilection les enfants syphilitiques, dont la croissance et le développement intellectuel sont souvent troublés.

Diagnostic de la syphilis. — Le diagnostic précoce de la syphilis importe beaucoup à l'efficacité du traitement. On ne le posera jamais sur un seul signe et on tâchera de l'étayer sur une histoire clinique claire : chancre d'une durée de 8 à 10 jours au moins, adénopathie; 6 semaines après : céphalée nocturne, chute des cheveux, maux de gorge, roséole, plaques muqueuses, etc.; chez la femme, avortements, enfants morts en bas âge, tous renseignements recueillis par l'interrogatoire, très important dans l'espèce.

Mais les premiers accidents ont pu passer inaperçus, chez la femme surtout (*syphilis ignorées*). Dans ces cas, on cherchera minutieusement, sur le tégument, des stigmates révélateurs; on analysera avec soin les caractères de la lésion actuelle; on n'aura recours à l'épreuve du traitement spécifique que dans les cas où les fonctions d'un organe important sont directement compromises, car le mercure et l'iodure ne sont pas toujours inoffensifs. En certains cas, l'examen histologique d'une lésion excisée par biopsie (J. Darier) la recherche du *spirochète de Schaudinn*, permettent de lever les doutes. L'enquête clinique recherchera aussi l'origine de la contagion et s'assurera, en cas de syphilis avérée, que les lésions observées sont réellement spécifiques.

Diagnostic du chancre. — Le *chancre induré* prête à confusion avec

diverses lésions : 1° l'*herpès*, érosion qui débute par une vésicule, est prurigineux, repose sur une base souple, offre des contours polycycliques, n'entraîne pas d'adénopathie; mais parfois un chancre vrai est masqué par un herpès concomitant; 2° le *chancre mou*, ulcération auto-inoculable, succédant à une courte incubation, entamant le derme, offrant des bords décollés et taillés à pic, une base molle, secrétant un pus qui renferme le *bacille de Ducrey-Unna*.

Le chancre peut être masqué par une *balanite* avec *phimosi*s. La balanite simple entraîne parfois des érosions dont l'induration est suspecte. Le *chancre buccal* doit être distingué de l'*épithélioma* (voy. *Syphilis bucco-pharyngée*). Souvent, des érosions banales sont indurées par des topiques irritants ou des cautérisations.

Le diagnostic du *chancre vaccinal* et de la *vaccine chancriforme* a été étudié à l'article *Vaccine*.

Le chancre peut également être simulé par des lésions secondaires ou tertiaires : papules érosives indurées [par irritation, *pseudo-chancre tertiaire* de Fournier; ces confusions disparaîtront grâce à l'analyse des commémoratifs, à l'absence d'adénopathie.

Tout sujet porteur d'une lésion chancriforme suspecte sera tenu en observation jusqu'à l'époque probable de l'explosion secondaire.

Diagnostic des accidents secondaires. — Le groupement des symptômes, surtout, est à cette période, significatif. L'apyrexie distingue la *roséole* de la *rougeole* et de la *rubéole* plus propres à l'enfance; on ne la confondra pas non plus : avec les *érythèmes médicamenteux* : celui de l'*antipyrine*, très fugace, celui du *copahu*, prurigineux, d'un rouge plus vif; avec le *pityriasis rosé de Gibert*, caractérisé par des médaillons squameux, à centre *café au lait*.

Généralement d'un diagnostic aisé, les *éruptions papuleuses* sont vite différenciées des variétés diverses de *lichen* (*lichen aigu*, *lichen de Wilson*, *lichen scrofulosorum*) qui, toutes, ont des caractères propres.

Les *syphilides psoriasiformes* ne sont pas toujours facilement distinguées du *psoriasis vrai*; celui-ci infiltre moins le derme, donne au grattage les signes de la *taché de bougie*, de la *rosée sanglante*, présente des sièges d'élection : coudes, genoux, région sacrée.

Les *syphilides eczématiformes* simulent de très près, à la face, l'*eczéma séborréique* et, à la main, le *psoriasis palmaire* ou l'*arthritide palmaire*. Très tenace, habituellement unilatérale, la *syphilide palmaire*, généralement confinée à la paume de la main, est limitée par des *bords polycycliques* et coupée de *rhagades*; le *psoriasis palmaire* vrai déborde souvent la paume, pour gagner les côtés des doigts et le dos de la main.

L'*acné pilaire* ou *nérotique* diffère des *syphilides croûteuses du cuir chevelu* par son siège presque constant à la lisière de celui-ci et par la bordure rouge vif qui entoure ses éléments.

L'*écthyma vrai* commence par une pustule, l'*écthyma syphilitique* d'emblée par une croûte; le premier, moins dur à sa base, cède vite aux topiques.

Le diagnostic des syphilides des muqueuses a été détaillé au chapitre *Syphilis bucco-pharyngée*.

La *pelade* diffère de l'*alopecie syphilitique* en ce que les plaques en sont absolument glabres et entourées de cheveux cassés ou renflés en massue, tandis que les *clairières* de la syphilis conservent toujours quelques cheveux.

Diagnostic des lésions tertiaires. — Isolées et circonscrites, les lésions de cette période offrent habituellement une physionomie caractéristique. La gomme, même ramollie et ulcérée, ressemble surtout à la *gomme scrofulo-tuberculeuse* qui ne s'en distingue guère que par la plus grande lenteur de sa marche. On précisera les antécédents du sujet, on recherchera les bacilles de Koch. Les cicatrices tuberculeuses sont saillantes, violacées, irrégulières, celles de la gomme syphilitique sont blanches, déprimées, rayonnées, entourées d'une zone pigmentée.

La *syphilide tuberculo-ulcéreuse* peut ressembler beaucoup au *lupus*, mais celui-ci évolue bien plus lentement; plus mous, les éléments en sont plus vivement colorés, parsemés de nodules transparents, de nuance *sucre d'orge*. L'*épithélioma de la peau*, au contraire, plus consistant que les syphilides, bordé d'un bourrelet, saignant facilement, repose sur une néoplasie dure.

Le diagnostic précis des lésions tertiaires destructives exige souvent la biopsie ou l'examen bactériologique; il en est ainsi dans le cas de *morve* ou d'*actinomycose*.

Les *éruptions iodiques* peuvent simuler certaines syphilides tuberculo-croûteuses, mais s'en distinguent par leur sensibilité, leur marche rapide, leur tendance à suppurer.

XXXIV. — CHANCRE MOU

Signes étiologiques. — Le *chancre mou* (chancre simple ou chancrelle) est une ulcération contagieuse, auto-inoculable, d'origine habituellement vénérienne et dont l'agent pathogène est le *bacille de Ducrey-Unna*. Bassereau l'a séparé, en 1852, du chancre induré. La contagion s'opère par contact, soit direct (vénérien), soit, plus rarement, indirect, par l'intermédiaire des doigts, des ustensiles de toilette, des effets de pansement souillés par le virus; elle est favorisée par l'existence d'une excoriation épidermique. Le contagé peut végéter dans l'urine, le mucus vaginal, le sang, le pus, mais est anéanti par les bases et les acides énergiques, par la chaleur (de 42° à 50°). On découvrit d'abord que le virus devenait inoffensif par filtration, ce qui en impliquait la nature figurée; puis, en 1889, Ducrey en isola un bâtonnet à extrémités arrondies, présentant souvent un espace clair, parfois groupé en chaînettes de trois à cinq éléments, tantôt libre, tantôt inclus dans les leucocytes. Colorable par l'eau d'aniline additionnée de fuchsine ou de violet de gentiane, il est décoloré par la solution de Gram. Il cultive sur le sang gélosé et est inoculable au singe. Ce bacille est un agent destructeur énergétique qui dissocie le derme et le frappe de nécrose.

Signes cliniques. — La durée de l'incubation, qui atteint 48 heures, a été précisée par l'*auto-inoculation expérimentale* pratiquée d'habitude sur l'abdomen, avec une aiguille trempée dans le pus chancreux. La piqûre est recouverte d'un verre de montre maintenu avec des bandelettes de diachylon. La lésion initiale est une *vésicule* qui suppure d'emblée et dont l'ouverture met à nu une *ulcération en puits* revêtant bientôt les caractères du chancre mou.

Siège. — Le chancre mou occupe presque toujours la zone génitale; chez l'homme: le sillon balano-préputial, le frein, le bord du prépuce; chez la femme: la fourchette, les petites et les grandes lèvres, le clitoris, la face interne des cuisses, la marge de l'anus; exceptionnellement, les muqueuses rectale, vaginale ou utérine.

Nombre. — Le chancre mou est multiple 4 fois sur 5; les ulcérations sont souvent voisines et leur diffusion est favorisée par l'auto-inoculation spontanée. On en a compté, chez le même sujet, jusqu'à 50 et 75.

Caractères objectifs. — Sur une surface plane, le chancre mou est *arrondi* ou *ovalaire*; au fond d'un pli, il est *fissuraire* ou *en feuillet de livre*. Ses bords sont sanieux, décollés et taillés à pic, entourés souvent de rougeur; le fond en est tomenteux, formé d'un *bourbillon jaune soufre* dû à la nécrose du derme; il ne repose pas sur une base indurée et suppure assez abondamment. Le chancre mou, douloureux au contact, saigne facilement, s'étend plutôt en surface, peut sectionner le frein et même perforer l'urètre.

Réparation. — L'apparition, au fond de l'ulcère, de bourgeons roses et la réduction de la suppuration indiquent que la lésion se répare; elle laisse toujours une *cicatrice*, d'abord rouge et saillante, puis pâle et plane, mais *indélébile*. Non traité, le chancre mou, sans complication, dure au plus deux mois; le traitement réduit ce temps à vingt ou trente jours.

Variétés. — Le chancre mou peut offrir d'autres aspects:

- 1° Le *chancre exulcéreux*, qui n'est qu'érosif;
- 2° Le *chancre folliculaire* ou *acnéiforme*, développé autour des poils, ou dans les glandes du sillon balano-préputial;
- 3° Le *chancre papuleux*, superposé à une saillie papuleuse;
- 4° Le *chancre herpétiforme* ou *ecthymateux*, surmonté d'une vésicule persistante;
- 5° Le *chancre diphtéroïde*, tapissé d'une fausse membrane grisâtre.

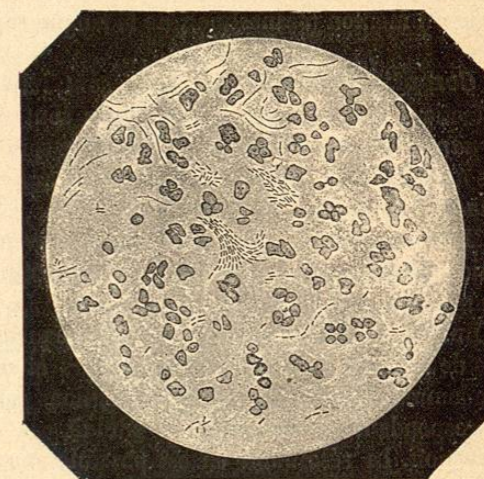


FIG. 256. — Bacille de Ducrey dans le pus chancreux. (Thoinot et Masselin.)