

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 énergique 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.

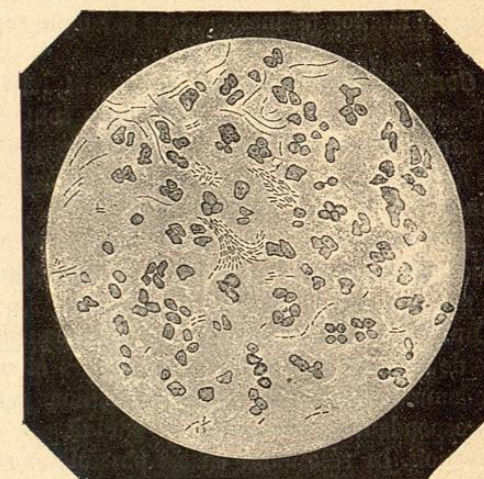


FIG. 256. — Bacille de Ducrey dans le pus chancreux. (Thoinot et Masselin.)

Chancre mou extra-génital. — Exceptionnellement, le chancre mou occupe : la paroi abdominale, la mamelle, la région sous-claviculaire, la région thoracique inférieure, les doigts (inoculation non-vénérienne). La rareté du chancre mou de la région céphalique semble imputable à une sorte d'immunité des téguments de cette zone (Fournier) comme en témoigne le fréquent échec des inoculations à la tête (Bassereau et Diday). On a pourtant observé le chancre mou du menton (Jeanselme), de la langue (Émery et Sabouraud).

Complications. — Les unes sont imputables à la malpropreté, à des infections secondaires banales, telles sont : l'*inflammation*, le *phimos* et le *paraphimos*, l'*érysipèle*; les autres sont propres au chancre mou, telles : les *hémorragies*, la *lymphangite* et le *bubon chancreux*, la *gangrène* et le *phagédénisme*, le *chancre mixte*.

Hémorragies. — Les hémorragies peuvent être abondantes quand l'ulcération intéresse le tissu érectile. Leur répétition, souvent pendant le sommeil du malade, peut les rendre dangereuses.

Bubon. — L'*adéno-lymphite* est fréquente. Les troncs lymphatiques du dos de la verge deviennent parfois durs et douloureux; plus habituellement l'inflammation ne frappe que les ganglions parallèles au pli de l'aîne, du côté correspondant au chancre, et se traduit par une tumeur elliptique de même direction. La résolution en est possible, mais la suppuration est bien plus fréquente. Que l'ouverture soit spontanée ou opératoire, la cavité, tantôt se cicatrise assez rapidement, tantôt aussi se transforme en véritable *ulcère chancreux*, à bords jaunâtres et décollés, ayant grande tendance au phagédénisme. De petits abcès qui s'ulcèrent de même, germent, en certains cas, sur le trajet des lymphatiques enflammés. L'expérimentation a démontré (Straus, Dubreuilh et Lasnet) que, très souvent, le bubon ulcéré était contaminé secondairement par le pus chancreux; mais il est prouvé également que le bacille de Ducrey peut exister dans le pus du bubon, au moment même de l'incision.

Le bubon chancreux expose à des *hémorragies* abondantes, au *phagédénisme*, et à des *suppurations interminables*, quelquefois entretenues par le bacille tuberculeux associé.

Phagédénisme. — Favorisée par l'anémie, la scrofule, l'alcoolisme, les états cachectiques, cette évolution est sans doute aussi imputable à une haute virulence du bacille spécifique ou à des associations microbiennes. Le fond de l'ulcère phagédénique est formé d'un détritrus grisâtre et pultacé, ou recouvert d'une membrane diphtéroïde très adhérente. Le processus, tantôt dépouille en surface une grande étendue de l'abdomen, des cuisses, des lombes (*phagédénisme décortiquant*), tantôt creuse les muscles, mutilé les organes génitaux, l'urètre, le gland, le corps caverneux (*phagédénisme térébrant*). L'ulcération, en certains cas, gagne d'un côté et se cicatrise de l'autre (*phagédénisme serpigineux*). Cette complication, par sa longue durée (des années), ses incessantes rechutes, les hémorragies, les douleurs, la suppuration intarissable qu'elle comporte, entraîne une véritable *cachexie*.

Gangrène. — Le chancre simple devient souvent l'origine d'une *gangrène des organes génitaux* qui débute soit par un point noir au fond de l'ulcère,

soit, si le chancre se cache sous le prépuce, par l'apparition sur ce dernier, gonflé et ecchymotique, de nombreuses phlyctènes dont la base noircit. En même temps, la fièvre s'allume, la langue se sèche et le malade tombe dans l'adynamie. Le sphacèle peut envahir tout ou partie de la verge et du scrotum, parfois même les cuisses et la paroi abdominale. Cette forme est imputable aux *pyogènes vulgaires*, tandis que la *gangrène foudroyante* de Fournier est provoquée par le vibrion septique.

Chancre mixte. — Il résulte de l'association des virus syphilitique et chancreux. Il est *mixte d'emblée* quand les deux inoculations sont simultanées; *secondairement mixte* quand elles sont successives, que le chancre mou soit *syphilitisé* ou le chancre induré *chancrellisé*; la première éventualité est la plus fréquente.

En cas d'inoculation double d'emblée, le chancre mou est parfois déjà réparé ou presque, quand sa base s'indure; l'ulcération, si elle est encore en activité, se sclérose, se creuse et suppure abondamment. Le diagnostic est surtout facilité par la coexistence : de petits *chancres satellites* (par auto-inoculation); d'une *pléiade ganglionnaire*, comprenant parfois un bubon suppuré ou même chancrelleux. On se gardera de confondre le chancre mixte, soit avec un chancre simple induré par des cautérisations, soit avec un chancre induré, ulcéré pour d'autres raisons. Dans le doute, l'auto-inoculation et la recherche du bacille de Ducrey rendront des services.

Diagnostic. — Peuvent prêter à confusion avec le chancre mou : l'*herpès*, l'*ecthyma*, le *chancre induré* et les *syphilides*.

Les vésicules d'*herpès* laissent des *érosions* petites, circulaires, multiples, isolées ou en groupes, limitées alors par un *bord polycyclique*; généralement fugaces, prurigineuses, elles sécrètent de la sérosité, non du pus.

L'*ecthyma*, rarement limité à la zone génitale, plus durable que le chancre, comporte une ulcération moins profonde que recouvre une croûte.

Le *chancre syphilitique* est une *érosion* superficielle, couleur *chair musculaire*, suintant à peine, à base cartilagineuse ou parcheminée; il comporte une pléiade de ganglions durs et indolents. Même enflammé et ulcéré, le chancre induré n'offre jamais les bords découpés et décollés du chancre simple. Le chancre mou suppure et ulcère d'emblée le derme normal; le chancre induré, par contre, ainsi que les ulcérations syphilitiques secondaires ou tertiaires, repose toujours sur une néoplasie inflammatoire qui l'a précédé.

Le doute peut tenir au siège insolite du chancre : *chancre mou de l'urètre* accompagné d'un écoulement simulant la blennorrhagie, mais souvent visible, si on écarte les lèvres du méat; *chancre de l'utérus* souvent *érosif* et *diphtéroïde*; *chancre intra-cervical*, qui suppure abondamment, détruit en partie le col et le vagin, et laisse des cicatrices vicieuses; *chancres extra-génitaux*, dont la nature est fréquemment méconnue, à moins qu'il n'en coexiste, sur les parties génitales. Les chancres non vénériens des doigts s'observent surtout chez les médecins et les sages-femmes.

Quand le diagnostic clinique est hésitant, il faut râcler l'ulcération à la curette et, dans le produit de grattage, rechercher au microscope la présence

des *fibres élastiques* (Balzer et Thiery) ou du bacille de Ducrey. Si cet examen est impossible, on tentera l'auto-inoculation.

XXXV. — BLENNORRAGIE

Notions étiologiques générales. — La blennorragie est une affection presque toujours, mais non toujours vénérienne, constamment déterminée par le *gonocoque*, et se traduisant, quel qu'en soit le siège (urètre, vulve, vagin, conjonctive), par un abondant écoulement purulent. Très anciennement

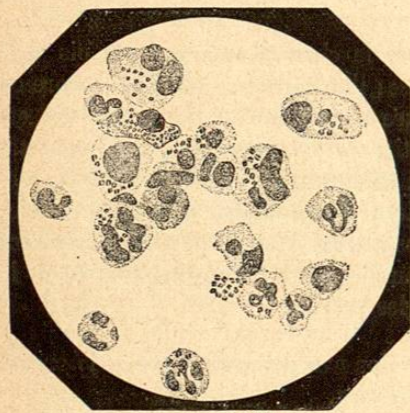


FIG. 257. — Gonocoques dans le pus urétral. (Thoinot et Masselin.)

connue, elle a été fort longtemps confondue avec la syphilis dont Ricord l'a définitivement séparée.

Le gonocoque décrit par Neisser en 1879 est un diplocoque dont les éléments, mesurant 1 μ . de diamètre, ont la forme de *grains de café* se regardant par leur face plane. Presque toujours inclus dans les leucocytes, ce germe prend les couleurs basiques d'aniline et est décoloré par la solution de Gram. Il cultive à 34° C., sur gélose mêlée, à parties égales, soit de sérum humain, soit de liquide pleurétique et ascitique, et ensemencée avec une grosse goutte de pus : au bout de 24 heures apparaissent

des colonies blanc grisâtre, visqueuses et filantes qui restent vivaces des semaines au moins. La spécificité du gonocoque repose sur le succès des inoculations de ses cultures sur les animaux, et même sur l'homme.

Blennorragie chez l'homme. — *Signes étiologiques.* — Chez l'homme, la contagion résulte habituellement du coït avec une femme atteinte de blennorragie soit aiguë, soit plus souvent chronique et latente, amenant le gonocoque au contact de l'urètre. Dans les cas où la virulence du germe est atténuée, les écarts de régime (excès de boisson), le surmenage génital interviennent pour préparer le terrain à l'infection. La contagion indirecte au contact d'instruments ou de vêtements souillés de pus spécifique est très rare. La blennorragie éclate après une incubation de 3 à 5 jours, 8 au plus.

Urétrite aiguë. — La chaude-pisse débute par un peu de rougeur au méat, de chatouillement au niveau du gland, de chaleur dans le canal, pendant et après la miction, et par un léger suintement visqueux ou grisâtre. Au bout de 2 à 3 jours, l'écoulement est nettement purulent, le méat est rouge, ses lèvres sont gonflées et renversées en dehors, le gland est turgide et violacé, le prépuce infiltré. Les troncs lymphatiques du dos de la verge sont souvent

durs et sensibles, ainsi que les ganglions inguinaux. L'urètre est gonflé et dur : en le comprimant d'avant en arrière, on fait sourdre au méat une goutte de pus.

D'abord muco-purulent, l'écoulement devient ensuite purulent, blanc, jaune, puis verdâtre, teinte qu'il conserve pendant toute la période d'état, pour s'éclaircir et redevenir jaune, puis blanc, au déclin de la maladie. L'écoulement peut être très abondant, il l'est davantage la nuit.

D'abord modérée, la *douleur* ne tarde pas à devenir très vive ; pendant la miction, le malade ressent, tout le long du canal, une cuisson atroce. Du reste la douleur varie avec les phases du mal, les heures du jour et les malades. A la période d'état, l'urètre, privé d'élasticité, subit des tiraillements douloureux lors des érections, exaspérées et prolongées la nuit, dans le décubitus ; ces douleurs sont à leur comble dans la *chaude-pisse* dite *cordée*. Extrêmement douloureuse, l'éjaculation peut provoquer la syncope.

Le gonflement de la muqueuse urétrale rend le jet d'urine petit, filiforme, intermittent.

La fièvre est exceptionnelle, mais le sujet, anémié et déprimé, est pâle et fatigué par l'insomnie.

La phase d'état dure 15 jours ou 3 semaines, puis commence celle de *déclin*. La douleur s'apaise ; le pus, plus clair, devient séreux et finit par se tarir. Souvent prolongée par les écarts de régime, cette période dure 15 jours à 3 semaines. Le lymphatisme, l'arthritisme peuvent en accroître beaucoup la durée.

Les affections fébriles intercurrentes suspendent l'écoulement. L'intensité varie beaucoup, suivant les cas, depuis l'*urétrite suraiguë* (ancienne *urétrite phlegmoneuse*) jusqu'au simple *échauffement*.

Urétrite postérieure. — Les signes précédents sont ceux de l'*urétrite antérieure* (portion pénienne et bulbeuse de l'urètre), mais l'infection peut envahir l'*urètre postérieur* (portions membraneuse et prostatique) et l'urétrite devient *totale*. Cette propagation s'observe 7 à 8 fois sur 100, surtout si la période d'état s'est prolongée, souvent sous l'influence d'excès alcooliques ou génitaux, d'une injection mal faite. L'état général du sujet (syphilis, tuberculose, lymphatisme) peut également être en cause. Insidieux, le début, se manifeste à la fin de la 5^e semaine, par de fréquents et impérieux besoins d'uriner, souvent par l'apparition de sang dans l'urine à la fin de la miction. Les régions anale, périnéale et péri-rectale sont le siège de douleurs qu'exagèrent la miction et la défécation. Cette forme comporte des érections moins douloureuses, mais des pollutions nocturnes plus fréquentes. L'écoulement n'offre pas de caractères spéciaux. La fièvre n'est observée, les premiers jours, que dans la forme suraiguë. Souvent survient de l'albuminurie dont la cause est discutée.

Diagnostic. — Le diagnostic de la blennorragie aiguë est le plus souvent très simple. Il convient pourtant de s'assurer qu'il s'agit d'une urétrite à gonocoques, car il existe des *urétrites non gonococciques* dont la nature demande à être précisée. Les *urétrites traumatiques*, succédant très vite à des causes bien déterminées, cathétérisme septique, sonde à demeure,