

temps se transmette la blennorrhagie, n'est pas encore bien tranchée; il paraît cependant probable que la réponse doit être affirmative.

Traitement. — La guérison du papillôme n'est pas très facile à obtenir, tant est forte la tendance qu'il présente à récidiver, à repulluler. Pour les papillômes aplatis et pour ceux de faibles dimensions, on arrive aisément au but par les *caustiques*; le meilleur moyen consiste à tamponner chaque jour les parties atteintes avec du perchlorure de fer. On réussit aussi en saupoudrant les végétations au moyen d'une poudre composée d'alun et de poudre de sabine, à parties égales ou bien en appliquant une pommade à base de sabine pulvérisée (Summit. Sabin. pulv.; Vaseline. ana 10 grs; Ol. terebenth. 5 grs). ZEISSL recommande surtout pour les végétations dures et disposées en nappe, une pommade contenant 20 centigr. d'acide arsénieux ou d'iodure d'arsenic pour 5 grs d'onguent mercuriel. Dès que les papillômes ont acquis certaines dimensions, il est nécessaire de recourir aux *moyens chirurgicaux* pour les enlever; on les gratte avec la curette tranchante ou on les excise d'un coup de ciseaux. Après l'ablation, il est indispensable de cautériser énergiquement la base d'implantation; on aura surtout recours au perchlorure de fer liquide. — Lorsque le papillôme est plus volumineux encore, il est bon de se servir de l'*anse galvanocaustique* qui permet d'éviter les hémorrhagies toujours fortes qui parfois même peuvent mettre en danger la vie du malade.

DEUXIÈME PARTIE

LE CHANCRE MOU

ET SES COMPLICATIONS

CHAPITRE I

LE CHANCRE MOU

Le **chancre mou** (*Ulcus molle*) prend naissance par suite du contact d'un *virus spécifique* avec une partie de peau ou de muqueuse privée de son épiderme ou de son épithélium. Il se forme au lieu d'inoculation un ulcère, qui s'étend par contiguïté de tissu et dont le pus, très virulent, peut donner naissance à un nouveau chancre. Le virus, absorbé par les vaisseaux lymphatiques, en provoque l'inflammation ainsi que celle des ganglions auxquels ils se rendent; mais le poison ne va jamais plus loin; la maladie reste *toujours* locale, n'arrive jamais à se généraliser; jamais le chancre mou ne donne lieu à une maladie constitutionnelle. C'est ce dernier fait qui le différencie nettement de la syphilis. La théorie qui fait de ces deux maladies deux entités différentes, s'appelle le *dualisme*; l'*unitarisme*, au contraire, admet que la syphilis et le chancre mou sont produits par le même virus. Le chancre mou n'entraîne jamais à sa suite les symptômes de la syphilis, le « chancre dur » en est constamment suivi. Les exceptions apparentes à cette loi générale ne sont dues qu'à l'incertitude de notre diagnostic; dans certaines formes qui s'éloignent du type habituel, il peut être difficile de

décider à quelle espèce de chancre on a affaire et, parfois même, les caractères de la lésion qu'on a sous les yeux favorisent plutôt l'erreur. Un fait a certainement contribué à propager les théories erronées de l'unitarisme : souvent, sur un même point s'inoculent les deux virus, celui du chancre mou et celui de la syphilis et l'on voit se développer d'abord un chancre mou caractéristique, lequel, après le temps assez long nécessaire à l'incubation de la syphilis, s'entoure d'une zone d'induration ; plus tard éclatent les phénomènes généraux de la syphilis (*chancre mixte*). — Le nombre des *chancres mous* comparé aux cas de syphilis paraît avoir diminué dans ces derniers temps ; il faut cependant n'accepter qu'avec réserves les résultats des statistiques, surtout si elles sont anciennes. — On a souvent vu le nombre de chancres mous augmenter au point de simuler une épidémie ; il est parfois possible de retrouver l'explication de ce fait dans l'une ou l'autre circonstance sociale.

La nature du virus du chancre mou nous est encore inconnue, nous pouvons cependant admettre, par analogie avec les autres maladies infectieuses, que c'est un *contage vivant*, très probablement une bactérie. Ducrey, Krefting ont trouvé, dans la couche qui tapisse le fond de l'ulcère, des bacilles minces, réunis en chaînettes. Cependant, on n'a pas réussi à les cultiver et à prouver par l'inoculation qu'on avait bien affaire au microorganisme pathogène du chancre mou. Le virus est contenu dans le pus de l'ulcère, dans les débris gangrénés qui en forment le fond et parfois aussi dans le pus produit par la fonte des ganglions lymphatiques. La virulence du pus n'est pas anéantie quand on le dilue dans une quantité peu considérable d'un liquide indifférent (sang, pus ordinaire, solution de chlorure de sodium, glycérine, eau) ; si la dilution est plus forte, la virulence est tout-à-fait détruite ; l'addition de substances chimiques actives ayant une action destructive rapide sur les éléments organiques, ainsi qu'une chaleur de 50° produisent le même résultat. Si on dessèche le pus et que plus tard on le ramollisse au moyen d'un peu d'eau, l'inoculabilité persiste pendant huit jours environ.

« On a récemment émis l'opinion que le chancre mou n'aurait pas pour agent producteur un virus *spécifique* et qu'on peut en obtenir en inoculant du pus de différentes natures ; le symptôme caractéristique du chancre mou serait dû bien moins à la virulence du pus qu'à la constitution du malade (FINGER) ; auparavant déjà les résultats d'inoculations pratiquées par d'autres auteurs tendaient à faire admettre la non-spécificité de plu-

sieurs formes d'ulcères, tellement semblables au chancre mou qu'il est impossible de les en distinguer cliniquement. »

Le chancre mou, produit *expérimentalement* par inoculation de pus chancreux, se développe de la façon suivante : après une courte incubation, dans les 12 ou 24 heures qui suivent l'inoculation, apparaît autour de la piqûre d'aiguille ou de lancette, une macule hyperémique qui, le deuxième jour, se transforme en une nodosité ; cette nodosité augmente légèrement d'étendue et donne lieu, le troisième jour, à la formation d'une petite pustule. Plus tard, le contenu de cette pustule se dessèche, forme une croûte sous laquelle on trouve une ulcération dont nous décrirons bientôt les caractères. Le pus de ce chancre est inoculable aussi bien au porteur qu'à une autre personne ; le virus se reproduit donc dans le chancre et reste apte à donner naissance à de nouveaux ulcères infectieux et ainsi de suite pour une longue série de générations.

Ces connaissances précises sur le chancre mou sont le résultat de nombreuses inoculations entreprises au point de vue *expérimental*, principalement par Ricord et ses élèves ; nous les devons aussi à d'autres auteurs qui se plaçant au point de vue thérapeutique, ont essayé de guérir la syphilis par des inoculations de pus chancreux répétées pendant longtemps (*syphilisation*, AUZIAS-TURENNE, BOECK).

Si l'on fait abstraction de ces inoculations expérimentales et des cas très rares dans lesquels la contagion se fait accidentellement par les doigts ou les instruments, on voit que c'est exclusivement par les rapports sexuels que se propage le chancre mou ; l'inoculation ne peut réussir que s'il existe, sur la peau mise au contact du virus, une solution de continuité de l'épiderme.

Lorsque le chancre s'acquiert de cette manière, on n'observe pas les premiers stades, papuleux et pustuleux, décrits pour le chancre expérimental ; c'est, qu'en effet, il se développe sur une érosion préexistante. Il se présente, dès le début, le deuxième ou le troisième jour après la contagion, sous forme d'un *ulcère à bords nettement découpés, taillés à pic, à fond couvert d'une masse purulente jaunâtre, très adhérente, d'aspect diphtéroïde* ; cet ulcère sécrète ordinairement un pus assez abondant lequel, au contact de l'air, forme une croûte. Parfois, on voit déjà dès le début du mal, le fond de l'ulcère se recouvrir de granulations exubérantes ; il s'élève au-dessus des bords et forme une saillie granuleuse,

assez analogue à une verrue et recouverte d'un pus de coloration jaunâtre; l'ulcère ne se présente donc pas en creux, mais fait au contraire saillie au-dessus de la peau normale (*ulcus molle elevatum*).

La *forme* du chancre mou est, en général, arrondie; parfois cependant il est allongé, quand par exemple, il s'est produit sur une rhagade. De même, au frein, quand celui-ci a été détruit, il se présente sous la forme d'une ulcération étroite, une fissure qui se prolonge de la face inférieure du gland jusque sur la peau de la verge, correspondant exactement à l'insertion du frein. Leur *nombre* est très variable. Le chancre unique est assez rare; ordinairement il en existe plusieurs en même temps et parfois leur nombre peut être très grand. Ce fait s'explique facilement par la grande contagiosité du pus chancreux; supposons un chancre unique, le pus qu'il sécrète produit facilement par macération de l'épiderme des érosions et des rhagades qui, au contact de ce pus, se transforment en ulcères chancreux. Aussi la malpropreté et la négligence ont-elles une grande influence sur cette multiplication du chancre mou par voie d'*auto-inoculation*.

Les bords de l'ulcère présentent toujours de l'hyperémie et de l'infiltration. Ordinairement ces symptômes sont peu marqués, mais il arrive parfois, surtout à certaines localisations du chancre, que cette tuméfaction inflammatoire prenne de plus fortes proportions. C'est ainsi que le chancre mou du sillon balano-préputial présente souvent une tuméfaction et une infiltration du fond et de son pourtour immédiat, telles qu'on pourrait aisément le prendre pour un chancre induré; dans le chancre mou du gland et du prépuce, on observe souvent l'inflammation de ce dernier et sa tuméfaction, d'où *balano-posthite*, *phimosis* et parfois *paraphimosis*. Chez la *femme*, c'est surtout le chancre des petites lèvres, moins souvent celui des grandes lèvres, qui s'accompagne de tuméfaction inflammatoire intense.

Anatomie pathologique. — Sur une coupe perpendiculaire, on voit qu'à la surface de l'ulcère l'épiderme et la couche papillaire du derme ont complètement disparu; toutes les parties voisines de cette perte de substance sont le siège d'une infiltration énorme de petites cellules; cette infiltration diminue à mesure qu'on s'éloigne de l'ulcération. — Vers la surface libre on constate la dégénérescence granuleuse des cellules qui, dans les couches supérieures, ne laissent en général plus voir le noyau

d'une façon nette, ce qui indique qu'elles sont en voie de nécrose. Sur les bords l'épiderme qui subsiste est taillé à pic; les papilles voisines et les prolongements interpapillaires du réseau de Malpighi sont gonflés et parsemés de nombreux leucocytes; les vaisseaux des papilles sont fortement dilatés.

Localisation. — En raison du mode de propagation du chancre mou, et si l'on fait abstraction des inoculations expérimentales, on comprend que son siège presque exclusif soit aux *organes génitaux*. C'est par exception qu'il se développe *primitivement* à un autre endroit, tel que la bouche ou le pourtour de l'anus; ces dernières localisations se font à la suite de rapports sexuels anormaux ou du transport accidentel du pus chancreux par l'intermédiaire du doigt ou d'un objet quelconque. Cette localisation exclusive du chancre mou acquiert une importance toute particulière si l'on songe aux conditions de contagiosité de la syphilis. En effet, le chancre mou étant une affection qui reste locale, il est clair que l'élément contagieux ne se multiplie qu'aux parties primitivement atteintes, c'est-à-dire aux organes génitaux. La contagion ne peut donc partir que de là et par suite l'inoculation ne se fait, règle générale, qu'aux organes génitaux. Au contraire, la syphilis, maladie infectieuse, constitutionnelle imprègne l'organisme tout entier; la contagion est possible non seulement par le chancre primitif, mais encore par les multiples localisations que la syphilis présente à n'importe quelle partie du corps; il en résulte que la contagion peut se produire non seulement par les rapports sexuels mais par tout autre contact. Aussi n'est-il pas rare de voir le chancre syphilitique siéger tout ailleurs qu'aux organes génitaux.

Aux *organes génitaux de l'homme*, la localisation la plus fréquente du chancre mou s'observe au point où se produisent avec le plus de facilité des solutions de continuité de l'épiderme; celles-ci sont dues à des influences traumatiques ou bien à la macération que causent les sécrétions en s'accumulant. C'est ce qui explique la prédilection du chancre mou pour le *sillon balano-préputial*, le *frein*, l'*orifice du prépuce*, surtout quand il y a étroitesse relative de celui-ci. Si le chancre se développe sur une écorchure du frein, il le détruit ordinairement; s'il siége près du frein, dans le sillon du gland, il amène souvent la perforation du repli cutané dont le frein est constitué; si le processus destructif ne s'arrête pas, tout le frein finit par disparaître; si, au con-

traire, la guérison arrive avant que cette destruction ait eu le temps de se produire, il persiste comme vestige du frein, une bandelette reliant comme un pont le prépuce au gland. Viennent ensuite, par ordre de fréquence, le *feuillet interne du prépuce* et le *gland*; puis, plus rarement encore le *méat urinaire*, la *muqueuse de l'entrée du canal*, la *peau du pénis* et des parties immédiatement voisines. Le chancre du méat (chancre urétral) part ordinairement de l'une des commissures et peut finir par envahir tout le pourtour de l'orifice urétral. Celui-ci paraît élargi; les bords en sont plus unis mais semblent rongés et, en les écartant avec les doigts ou avec une pince, on parvient à voir la vraie surface de l'ulcère qui se prolonge dans le canal sur une étendue de quelques millimètres.

Aux *organes génitaux de la femme*, pour les motifs développés plus haut, c'est à l'*entrée du vagin*, à la *commissure inférieure* des grandes lèvres, puis aux *petites lèvres* que s'observe le plus souvent le chancre mou. Il n'est pas rare cependant d'en trouver aux *grandes lèvres* ainsi qu'au voisinage du *méat urinaire*. Il est au contraire très rare sur la muqueuse du vagin; mais plus profondément, sur la muqueuse de la *portion vaginale du col*, on le rencontre un peu plus souvent.

Les ulcères primitivement localisés aux organes génitaux peuvent, rarement en somme, se transmettre par auto-inoculation aux territoires cutanés avoisinants, au mont de Vénus, aux plis de l'aîne, à la face interne des cuisses, au sillon de l'anus; cette transmission se produit surtout chez les femmes et les personnes grasses qui sont sujettes à l'intertrigo de ces parties; cette affection favorise la formation des solutions de continuité nécessaires à l'inoculation. A l'anus, le chancre se développe ordinairement aux dépens d'une érosion des plis radiés; les replis qui, de chaque côté, limitent l'ulcération, se tuméfient considérablement et forment une tumeur parfois assez volumineuse et ce n'est qu'en écartant ces replis accolés, qu'on peut voir l'ulcère qui siège à leur face interne. Lorsque le virus chancreux pénètre dans un follicule, le chancre s'écarte de son type habituel. Le *chancre folliculaire* est un petit bouton rouge, ressemblant à un bouton d'acné, et au centre duquel on voit une ulcération très petite, très profonde; quand l'infiltration est moins forte, il se présente sous forme d'une petite perte de substance, arrondie, à bords taillés à pic, un peu rouge à la

périphérie et sans aucune tendance à l'accroissement périphérique. On les rencontre d'ordinaire au sillon balanopréputial, aux grandes lèvres, parfois aussi à la cuisse. Ils conservent parfois leur aspect primitif pendant longtemps; d'autres fois ils se transforment en chancre ordinaire. Le traitement de cette espèce de chancre est souvent entravé par la difficulté que l'on a d'arriver avec les médicaments jusqu'au fond de l'ulcération. Parfois, il devient même nécessaire d'ouvrir au bistouri la petite nodosité, afin d'étaler l'ulcère et de pouvoir le panser à plat.— Il existe encore deux autres variétés de chancre mou, le *chancre mou gangréneux* et le *chancre mou serpiginieux*, auxquels nous consacrons plus loin un chapitre spécial.

Marche de la maladie.— Le chancre mou à son début présente de la tendance à s'étendre tant en profondeur qu'en surface au détriment des tissus qu'il rencontre sur sa route. L'intensité de ce *processus destructif* est très variable dans chaque cas particulier; tantôt l'ulcération se fait en surface, tantôt en profondeur. En général, le chancre de la peau est plus profond que celui des muqueuses; mais, dans les deux cas, la perte de substance présente toujours des bords taillés à pic et semble enlevée à l'emporte-pièce. Les ulcères chancreux étant souvent multiples et rapprochés les uns des autres, finissent fréquemment par former, par confluence, des ulcérations étendues; il est impossible de reconnaître la multiplicité d'origine de ces grandes ulcérations, les prolongements intermédiaires étant rapidement envahis et détruits par le processus ulcératif. Ce fait a une certaine importance diagnostique. — Mais les ulcères chancreux n'atteignent jamais de grandes dimensions, à l'exception de certains variétés de chancres dont nous parlerons plus loin: au bout d'un certain temps, il se produit toujours un arrêt dans la progression du processus destructif.

La durée de plein développement du chancre (*stade floride ou destructif*) est variable surtout d'après le traitement qu'on lui oppose; mais en général, à part certaines exceptions sur lesquelles nous reviendrons, elle ne dépasse pas quatre à cinq semaines; le chancre entre alors dans la *période de réparation*. Le fond de l'ulcère perd son enduit purulent et se recouvre de granulations rouges; la cicatrisation débute par les bords qui s'affaissent et se termine au bout d'un temps qui varie suivant l'étendue de l'ulcère. La faible sécrétion qu'émet un chancre en voie de répa-

ration ne produit ordinairement pas, quand on l'inocule, un chancre mou caractéristique : en général la virulence a déjà disparu à cette période.

Comme le chancre détruit toujours le tissu cellulaire de la peau, il s'ensuit que la guérison ne peut se faire qu'en laissant une cicatrice ; celle-ci, dans les chancres superficiels est ordinairement si peu apparente que plus tard il devient impossible de la retrouver. Mais lorsque le chancre est plus étendu et plus profond la cicatrice qui persiste est toujours nettement appréciable.

Le **pronostic** du chancre mou à évolution normale est favorable, les ulcères guérissant en très peu de temps, sans produire de grandes destructions ; même la complication, assez fréquente, d'inflammation ganglionnaire ne fait que retarder la guérison ; il est vrai qu'assez souvent le retard est notable. — Dans les premières semaines qui suivent l'infection il faut toujours songer à la possibilité d'une infection syphilitique concomitante et à la transformation éventuelle du chancre primitivement mou en chancre induré ; à ce point de vue il faut toujours être réservé dans le pronostic (chancre mixte).

Diagnostic.— Il est de toute importance, tant pour le pronostic que pour le traitement, de distinguer le chancre induré du chancre mou. Ce diagnostic est loin d'être toujours facile et, dans certains cas, il ne peut se faire qu'après une longue observation. Les signes différentiels principaux sont les suivants : dans le chancre mou le fond et les bords de l'ulcère ne sont que *légèrement infiltrés*, il paraît donc « mou » ; dans le chancre syphilitique ulcéré, qu'il provienne de l'induration d'un chancre mou ou qu'il soit dû à l'ulcération gangréneuse de l'induration initiale (lorsque celle-ci existe sans ulcération, l'erreur n'est pas possible), la base est fortement infiltrée, elle fait saillie et présente une consistance cartilagineuse (chancre « induré »). Mais, il peut parfois arriver que, dans le chancre mou, par suite de sa localisation ou de cautérisations énergiques, la base soit le siège d'une infiltration plus forte et paraisse plus dure, tandis que, d'autre part, dans le chancre syphilitique l'induration caractéristique fasse presque complètement défaut — ce cas est, il est vrai, très rare.

Comme second caractère différentiel, le chancre mou est ordinairement *multiple*, le chancre induré est presque toujours

unique. Cette règle aussi n'est pas sans exception, surtout en ce qui concerne le chancre mou. Les manifestations qui, éventuellement, font suite à l'ulcère, ont une haute importance. Une lymphangite et une lymphadénite aiguës, douloureuses, plaident pour le chancre mou ; l'induration des lymphatiques et la tuméfaction indolente des ganglions rendent probable le diagnostic de syphilis. Dans le cas où, par suite d'un phimosis très accentué, il nous est impossible de mettre à jour la partie malade, c'est ordinairement aux symptômes consécutifs que nous devons nous adresser pour assurer le diagnostic ; il est rare, en effet, qu'on puisse alors percevoir assez nettement l'induration d'un chancre syphilitique pour poser le diagnostic dans ce sens ; en outre, dans de telles circonstances, on peut aussi confondre avec une *gonorrhée* (voir au chapitre *Blennorrhagie aiguë*). Il est beaucoup moins facile de confondre le chancre mou avec l'*herpès génital* ; dans cette dernière affection, les érosions ou les ulcérations qui proviennent de la rupture des vésicules sont toujours très superficielles, ne présentent aucune tendance à l'accroissement et restent donc très petites quand elles sont isolées ; lorsqu'au contraire elles sont très rapprochées les unes des autres, ce qui est fréquent, elles se fusionnent et donnent lieu à la formation d'ulcérations de grandes dimensions ; mais alors la forme des bords de l'ulcère, formés de petits segments de cercle, indique que cette grande ulcération provient de la confluence de petites érosions primitives (*forme polycyclique*) ; le chancre mou, au contraire, même quand il est dû à la confluence de plusieurs ulcères primitifs, a toujours la forme *monocyclique*, grâce à la destruction des prolongements intermédiaires.

Il est encore plus facile de distinguer du chancre mou les *érosions* et les *rhagades* ou *crevasses*, dues à des traumatismes ou à la macération, telles qu'il en survient si souvent au sillon balano-préputial, au frein et chez les femmes, à l'entrée du vagin ; il est vrai que ces érosions, qui par l'absence de sécrétion purulente ne ressemblent absolument pas à des ulcères, peuvent se transformer en ulcérations franchement purulentes quand on les soumet à d'énergiques cautérisations, par exemple à la pierre infernale, à laquelle les profanes « qui s'y connaissent » ont si volontiers recours.

Dans de pareils cas, ce n'est souvent qu'en observant longtemps le malade qu'on parvient à trancher le diagnostic ; les

érosions guérissent en quelques jours sans autre traitement qu'une poudre inerte, ce qui n'est naturellement pas le cas pour le chancre mou. Ces considérations s'appliquent aussi à l'herpès génital que les cautérisations peuvent de même transformer en ulcères très analogues au chancre mou. — Nous parlerons plus loin des érosions syphilitiques secondaires et des ulcérations tertiaires qui siègent aux organes génitaux. Bien que ces dernières soient rares, il est cependant important de bien les connaître, car il est très facile de les confondre avec le chancre mou.

Traitement. — Le meilleur traitement du chancre mou serait d'arrêter net le processus ulcératif soit par l'*excision complète de l'ulcère* et de son pourtour, soit par destruction du virus au moyen d'énergiques *cautérisations*. Mais, dans la pratique, ces deux moyens radicaux, surtout le premier, n'ont qu'une valeur très minime. L'excision du chancre mou n'est, du reste, pas praticable dans la majorité des cas en raison de la multiplicité et de la localisation des ulcères et, dans les rares cas dans lesquels la situation du chancre permet l'excision, celle-ci aboutit presque toujours à un échec; quelque soin qu'on mette à pratiquer cette opération, la plaie finit ordinairement par se rouvrir et à se transformer en ulcère chancreux dont la dimension surpasse celle de l'ulcère primitif. Tandis que, pour l'induration syphilitique initiale, l'excision a parfois, comme nous le verrons plus loin, une certaine valeur, dans le chancre mou au contraire elle ne doit pas être préconisée. — La cautérisation même n'a qu'une efficacité relative; ce n'est que dans les premiers temps, environ jusqu'à la fin du troisième jour qui suit l'infection, qu'on réussit à détruire complètement l'agent virulent et à transformer ainsi le chancre en une ulcération non spécifique, apte à se couvrir rapidement de granulations et à se cicatriser. Aussi le traitement abortif n'est applicable que rarement, quand le malade se présente assez tôt au médecin.

Pour arriver à détruire le chancre mou on a recours au crayon de *nitrate d'argent* ou mieux encore au *thermo* — ou au *galvanocautère*.

Abstraction faite de ces cas exceptionnels où le traitement abortif est applicable, nous devons nous contenter de diminuer le plus possible la durée du stade destructif et de hâter la période de réparation; dans cette dernière période le chancre se comporte comme une plaie simple bourgeonnante et guérit rapide-

ment sous l'influence d'un traitement bien dirigé. Dans ce sens, les cautérisations énergiques, surtout celles au nitrate d'argent constituent un mauvais traitement; c'est un fait d'expérience que sous leur influence on voit ordinairement l'ulcère s'agrandir et la guérison être retardée. On arrive toujours plus vite au but en s'en tenant aux règles suivantes: entretenir la propreté de l'ulcère par des lotions, et panser la plaie au moyen de solutions faiblement astringentes, désinfectantes ou de pommades appropriées. Les solutions le plus fréquemment en usage sont: la solution de sulfate de cuivre (à 1 p. c. — peu recommandable en raison des taches bleues que, malgré toutes les précautions, elle forme sur le linge); les solutions de sulfate de zinc (1 p. c.), d'acide phénique (1 p. c.), d'acétate d'alumine (liq. alum. acet. 15.0; aq. dist. 85.0). On peut aussi se servir avec succès de pommades qui contiennent les corps que nous venons de citer ou le nitrate d'argent (0.1 à 0.15 : 15). Mais tous ces agents sont beaucoup inférieurs à l'*iodoforme*; sous l'influence de ce corps, les détritiques qui forment le fond du chancre s'éliminent souvent en un temps très court et le chancre se transforme en ulcère simple, à guérison rapide. L'*iodoforme* finement pulvérisé s'emploie soit en poudre, en pommade (1 : 10) ou en solution étherée; le collodion iodoformé n'est pas à préconiser dans le traitement du chancre mou, comme du reste, dans celui de tous les ulcères à suppuration abondante. Les modes d'emploi les plus efficaces sont la forme pulvérulente ou la solution étherée; sous cette dernière forme, la solution pénètre dans tous les coins et recoins de l'ulcère et, après évaporation de l'éther, laisse déposer une fine couche d'*iodoforme* sur toutes ces parties. Après avoir appliqué l'*iodoforme* sur le chancre, on fait un pansement qu'on modifie suivant la partie atteinte; au sillon balano-préputial, par exemple, on se contente de recouvrir la plaie d'un peu d'ouate. Lorsqu'il n'existe que de petites ulcérations soit au sillon coronaire ou à tout autre endroit recouvert de prépuce, il n'est même pas nécessaire d'employer l'ouate; il suffit de saupoudrer abondamment d'*iodoforme* et de ramener le prépuce en avant. A certains endroits il est naturellement nécessaire d'apporter quelques modifications au traitement: lorsque par exemple le chancre siège au méat urinaire, on a recours à des bâtonnets d'*iodoforme* introduits dans l'urèthre (Iodof. ; Butyr. cacao seu tragacanth). Lorsque l'ulcère a perforé le frein, il est bon d'inciser la bride

cutanée qui persiste afin de pouvoir mieux mettre le topique en contact avec la plaie. Le grand inconvénient de l'iodoforme est son odeur si pénétrante et qu'aucun moyen ne parvient à masquer complètement. C'est à peine si la fève de Tonka et la cumarine qu'on en extrait, parviennent à l'atténuer; l'huile de saffras (ol. ligni saffras) qu'on a tout récemment préconisée dans ce but, agit un peu mieux. Les malades doivent, en outre, manier le médicament avec précaution pour éviter le plus possible qu'aucune parcelle du médicament ne touche leurs vêtements ou leurs doigts. Dans des cas exceptionnels, on constate une sorte d'idiosyncrasie de la peau vis-à-vis de l'iodoforme; elle se traduit par de l'eczéma impétigineux en foyers disséminés et dont le point de départ se trouve au lieu d'application du remède. — On observe parfois, après que l'iodoforme a fait disparaître les débris gangréneux et a transformé le chancre en une plaie nette, granuleuse, que, sous son influence, la cicatrisation ne marche plus bien; il vaut alors mieux abandonner ce traitement et faire le pansement en se servant soit de vaseline boriquée (0.5 : 15.0) soit des préparations que nous avons citées plus haut. — Le succédané de l'iodoforme, l'*Iodol*, a moins d'efficacité que l'iodoforme lui-même, mais en raison de son absence d'odeur, il peut être utile dans certaines circonstances.

Tous les malades atteints de chancre mou doivent s'abstenir le plus possible de marches prolongées et de mouvements violents; l'expérience a montré que les fatigues corporelles favorisent l'apparition du bubon chancreux.

Il n'est pas nécessaire de faire suivre un régime particulier, tout en recommandant de n'user que modérément de boissons alcoolisées

CHAPITRE II

LE CHANCRE GANGRÉNEUX

Les processus gangréneux qui compliquent le chancre mou sont de deux espèces : dans la première de ces variétés, la gangrène résulte simplement de *troubles circulatoires locaux* et peut

reconnaître pour cause une lésion autre que le chancre mou; dans la seconde forme la gangrène constitue la *modalité propre au processus ulcératif*. A strictement parler, ce n'est qu'à cette dernière forme que convient le nom de *chancre mou gangréneux* (*ulcus molle gangrenosum*).

C'est aux organes génitaux de l'homme qu'on rencontre le plus fréquemment la première de ces formes de gangrène; dans la majorité des cas c'est le prépuce, sur son feuillet interne, qui est envahi. Ordinairement il s'agit de malades qui ne prennent aucun soin pour entretenir la propreté des organes génitaux, qui, malgré leur maladie, se livrent à des excès, font des marches forcées; en un mot, cette complication survient surtout dans les cas négligés. Le prépuce devient le siège d'une tuméfaction énorme; le phimosis ou le paraphimosis s'établissent et le gonflement dont cette partie devient le siège, entrave la circulation dans des territoires vasculaires plus ou moins étendus. On observe tout d'abord une coloration noirâtre, cyanosée du prépuce; le pus peu épais et très abondant qui s'écoule de l'orifice préputial, prend une odeur fétide, extrêmement repoussante. Bientôt apparaissent aux endroits les plus comprimés, dans le phimosis au feuillet externe du prépuce, dans le paraphimosis, au niveau de l'anneau compresseur, des taches noires, signes de gangrène confirmée. Si on laisse marcher les choses, la gangrène s'étend et peut en fin de compte, détruire tout le prépuce et une partie de la peau du pénis.

On voit quelquefois, dans le cas de phimosis, la partie supérieure du prépuce tomber en gangrène et, quand l'escarre est éliminée, le gland venir faire saillie au nouvel orifice, « montrer le nez à la fenêtre. » (DIDAY.) Dès lors, la tension des tissus cesse, la gangrène s'arrête et le prépuce pend sous le gland comme une bourse vide. Chez la femme, la tuméfaction excessive que le chancre mou produit aux petites lèvres, amène parfois la destruction gangréneuse de ces parties. — Quand il y a gangrène, la douleur locale est toujours violente et le malade est en proie à une fièvre intense.

Bien que le danger que présente cette forme de gangrène ne soit pas aussi grand que dans la forme suivante, il faut cependant intervenir au plus vite et lui opposer un traitement énergique. La première indication est de lever la *tension des tissus*; dans le phimosis on fait le débridement, auquel il est bon d'adjoindre la