

Complications. — Des phénomènes inflammatoires de voisinage peuvent se développer autour du chancre : à la suite d'une irritation locale, d'un pansement défectueux, des infections secondaires se produisent à la surface du chancre, sa base devient molle, œdémateuse, les téguments rougissent, l'œdème peut s'étendre plus ou moins loin ; une variété de phimosis inflammatoire peut ainsi se produire à la suite d'un chancre du prépuce et aboutir quelquefois à la gangrène d'une partie de ce repli.

On doit également considérer comme dus à l'inflammation des parties et comme favorisés par le siège du chancre et par le contact de l'urine et des sécrétions vaginales, des œdèmes, de consistance élastique et dure, d'apparence éléphantiasique, que l'on observe autour des chancres des grandes lèvres et du sillon balano-préputial, et qui peuvent envahir les parties voisines.

Le *phagédénisme* est rare dans le chancre syphilitique ; se développant surtout chez les sujets débilités par l'âge, par la grossesse, l'alcoolisme, le diabète, et très vraisemblablement dû aussi à une infection secondaire que les causes précédentes rendent plus active, il peut détruire soit en surface, soit en profondeur ; il se manifeste par l'extension rapide de l'ulcération dont la surface prend un aspect pultacé ou diphthéroïde et suppure abondamment.

La *gangrène*, qui reconnaît des causes prédisposantes semblables à celles du phagédénisme et dont la cause déterminante est également une infection surajoutée, est en outre souvent la conséquence de l'intensité excessive des phénomènes inflammatoires ; elle est plus fréquente que le phagédénisme ; lorsque cette complication se produit, le chancre prend une coloration jaunâtre, puis brune, et est entouré, comme tout foyer gangréneux, d'une zone œdémateuse et inflammatoire.

Le chancre syphilitique peut être compliqué d'un *chancre simple* : parfois le chancre simple s'est greffé, du fait d'une contagion nouvelle, sur un chancre syphilitique passé inaperçu ou négligé ; mais, le plus ordinairement, les deux infections s'étant produites simultanément, le chancre simple dont la période d'incubation est très courte évolue le premier et la présence du chancre syphilitique, d'apparition plus tardive, se manifeste par l'induration de la base de l'ulcération première. Il en résulte un *chancre mixte*, dont l'existence et la signification ont été bien établies par Rollet.

L'*herpès* accompagne parfois le chancre syphilitique, au voisinage duquel il se développe, comme si ce dernier avait joué le rôle de cause d'appel à la localisation herpétique. Il ne s'agit pas à proprement parler d'une complication, mais d'une coïncidence pathologique, laquelle contribue parfois singulièrement à obscurcir le diagnostic.

Les complications locales du chancre s'observent aussi bien au niveau des chancres des muqueuses qu'au niveau des chancres cutanés ; elles sont même plus particulièrement fréquentes au niveau des chancres des muqueuses, les sécrétions de celles-ci souvent chargées de micro-organismes divers, l'humidité de la région, qui retarde la cicatrisation, les favorisent tout spécialement. D'une façon générale, les infections secondaires sont plus fréquentes au niveau des chancres extra-génitaux qu'au niveau des chancres génitaux.

Les infections secondaires développées à la surface du chancre peuvent produire la suppuration des adénopathies satellites : cette complication est cependant plus rare, en dehors de la coexistence de chancres simples ou de

blennorrhagie, que ne le laisseraient croire la facilité et la fréquence des infections accessoires des surfaces chancreuses.

Anatomie pathologique. — Le liquide que l'on trouve à la surface du chancre renferme des globules de pus, des cellules lymphatiques, des granulations graisseuses, des micro-organismes divers (spores, bactéries, etc.), dont aucun n'a, comme nous l'avons vu, de signification pathogénique. On n'y trouve pas de fibres conjonctives et il se distingue en somme par une série de caractères négatifs du produit de sécrétion du chancre simple. De même la pseudo-membrane qui parfois recouvre le chancre ne renferme que des éléments cellulaires (cellules lymphatiques, cellules épidermiques) et des micro-organismes d'infection secondaire d'une absolue banalité, comme en renferment tous les produits pseudo-membraneux, quels qu'en soient la nature et le siège.

Lorsqu'on examine à l'œil nu un chancre extirpé sur le vivant, on le trouve constitué par un tissu dur, de consistance fibro-cartilagineuse, résistant au couteau, d'apparence lardacée et exsangue.

L'étude histologique du chancre montre des lésions déjà considérables des vaisseaux dès que le chancre est appréciable cliniquement, ce qui doit faire admettre qu'elles existaient avant même le développement de la papule, et qu'elles l'ont préparé (Unna) : dès les premières phases, les vaisseaux sont dilatés, entourés de cellules plasmatiques, leur endothélium est tuméfié.

Plus tard seulement, les leucocytes participent à la formation de l'infiltration dermique ; la couche de Malpighi s'épaissit bientôt.

A la période d'état de chancre, lorsqu'il se traduit par une « sclérose » appréciable cliniquement, les lésions dermiques sont considérables ; elles sont constituées par une infiltration très dense de cellules embryonnaires et une hyperplasie du tissu conjonctif. D'après Unna, le plus grand nombre des cellules embryonnaires qui constituent le chancre ont pour origine les cellules du tissu conjonctif (plasmastzellen) ; dans cette infiltration, à laquelle Unna donne le nom de plasmome, on voit cependant quelques cellules conjonctives étoilées, de très rares leucocytes et quelques mastzellen. Le plasmome est plus intimement mêlé au fibrome, constitué par l'hypertrophie du tissu conjonctif, que dans aucune autre lésion syphilitique et que dans les autres affections. Le plasmome n'appartient pas uniquement à la syphilis, son origine conjonctive a été contestée par Marschalko. Au milieu de cette infiltration cellulaire, le tissu élastique disparaît.

A la périphérie du nodule chancreux, on voit de volumineuses cellules étoilées, à prolongements multiples anastomosés ; ces cellules atteignent souvent un volume considérable ; elles sont si nombreuses qu'elles forment une enveloppe continue au chancre. Mais on ne trouve en aucun point de cellules géantes à la période d'état du chancre.

Les filets nerveux compris dans le chancre sont infiltrés de cellules embryonnaires.

L'épiderme subit des modifications importantes : il s'épaissit par suite de la présence de nombreuses cellules migratrices, qui s'accumulent dans des cavités occupant le corps muqueux (Leloir) ; sa couche cornée et la couche granuleuse tombent pour laisser à leur place l'érosion chancreuse, ou bien la surface de celle-ci est formée par une couche de cellules plates entremêlées de leucocytes, et recouvertes par les plans les plus inférieurs de la couche cornée (Unna).

Les papilles, envahies par la sclérose, sont aplaties à la partie centrale du chancre, allongées à la périphérie; les bourgeons interpapillaires subissent des modifications corrélatives.

Unna, sur un nodule chancreux excisé peu après sa cicatrisation, a trouvé l'épiderme et la couche supérieure du derme à peu près revenus à l'état normal; le nodule était formé de traînées cellulaires arrondies ou ovales n'ayant pas de vaisseau à leur centre et très riches en cellules géantes.

Les vaisseaux (artérioles et veinules) ont leurs parois épaissies et leur calibre diminué. L'altération des parois vasculaires est, pour Auspitz et pour Unna, la lésion primordiale du chancre, opinion quelque peu exagérée, car Neisser et Leloir l'ont vue manquer dans quelques cas; elle est surtout constituée, d'après Auspitz, Unna et Cornil, par la couche adventice des petits vaisseaux dont les éléments prolifèrent, et, à un moindre degré, par la tuméfaction des cellules de leur couche interne. Cette altération occupe d'abord les vaisseaux les plus superficiels du derme, et se propage de proche en proche jusqu'aux vaisseaux profonds, en même temps que le tissu conjonctif du derme proprement dit est envahi par le processus de sclérose. Dans la paroi vasculaire, l'infiltration cellulaire et la sclérose se propagent de dehors en dedans, et finissent par la transformer en une bande conjonctive dans laquelle on ne trouve plus trace du tissu élastique normal. Ces lésions sont plus considérables sur les veines qui, au lieu de former sur la coupe une fente allongée à parois minces, sont représentées par un anneau à parois épaissies et rigides. Les parois des artères sont également épaissies, et leur calibre rétréci est limité par une membrane sinueuse et bourgeonnante. Les capillaires des papilles sont, par contre, assez souvent dilatés sans que leur paroi soit épaissie.

La tunique interne est rarement atteinte d'inflammation proliférante; l'oblitération vasculaire, lorsqu'elle se produit, est plutôt le résultat du refoulement de la tunique interne par la tunique moyenne infiltrée.

En résumé, le chancre syphilitique ne diffère pas essentiellement des autres lésions circonscrites du derme; et son diagnostic histologique peut être des plus embarrassants. Les lésions vasculaires lui impriment cependant des caractères spéciaux, quoiqu'elles puissent manquer.

Pronostic. — Le chancre en lui-même comporte presque toujours un pronostic bénin; sa gravité réside dans l'affection dont il marque l'exorde et dont le cours peut être modifié, mais presque jamais complètement entravé.

Les chancres ulcéreux, phagédéniques, gangreneux comportent cependant par eux-mêmes un pronostic grave, en raison des troubles qu'ils amènent avec eux dans la santé générale et des pertes de substance qu'ils produisent.

Certaines localisations ont aussi une gravité particulière: le chancre de l'urètre peut être l'origine d'un rétrécissement urétral; le chancre de l'orifice nasal peut provoquer l'atrésie nasinaire.

On attribue souvent une gravité particulière, soit immédiate, soit ultérieure, aux chancres extra-génitaux: il est vrai que ces chancres sont suivis souvent de syphilis graves; mais, ainsi que l'a montré Fournier, cette gravité de la syphilis consécutive dérive souvent des conditions générales de santé des sujets atteints de chancres extra-génitaux, surmenés qu'ils sont comme les médecins atteints de chancres du doigt, fatigués par la grossesse et l'allaitement comme les nourrices infectées au sein; Fournier attache aussi une grande

importance à ce fait que les chancres extra-génitaux sont souvent méconnus pendant un certain temps, et, par suite, les syphilis qui en dérivent traitées tardivement et souvent d'une façon insuffisante. Il faut ajouter que les chancres extra-génitaux sont souvent le siège d'infections secondaires qui aggravent nombre de manifestations de la période virulente de la syphilis.

Il est impossible de formuler, d'après les caractères du chancre, le pronostic de la syphilis consécutive: à des chancres peu étendus, des plus bénins en apparence, peuvent succéder des syphilis graves par la multiplicité, l'intensité et les perpétuelles récurrences de leurs manifestations secondaires et tertiaires et, réciproquement, des chancres de grandes dimensions peuvent être l'origine de syphilis extraordinairement bénignes.

Les autres conditions du pronostic de la syphilis seront exposées plus loin. (Voir page 417).

Diagnostic. — Lésion indolente à peine ulcéreuse, à base indurée, occupant le plus souvent la zone génitale, succédant à long intervalle à un coït suspect, accompagnée d'une adénopathie inguinale de forme spéciale, telle est la physiologie ordinaire du chancre, physiologie tellement particulière qu'on ne peut guère la méconnaître.

Mais quelques-uns de ces caractères peuvent faire défaut, ou être modifiés, les commémoratifs peuvent être peu nets ou trompeurs, et d'autre part des lésions diverses peuvent présenter un aspect se rapprochant plus ou moins de celui du chancre syphilitique. Dans quelques cas rares, à la vérité, les difficultés sont telles que l'apparition des accidents secondaires de la syphilis peut seule lever les doutes que les caractères morphologiques du chancre lui-même n'ont pu éclaircir.

Enfin le chancre peut siéger en des régions autres que la zone génitale, ce qui risque de le faire méconnaître, si on n'a pas présente à l'esprit la possibilité de son existence dans ces régions. L'importance du diagnostic des chancres extra-génitaux est telle que nous exposerons séparément les éléments de ce diagnostic.

Diagnostic des chancres génitaux. — L'herpès génital est caractérisé par des ulcérations arrondies, recouvertes d'un enduit blanchâtre, souvent multiples ou bien confluentes et à contours polycycliques, plus profondes que celles du chancre syphilitique, succédant à des vésicules à évolution rapide; souvent il se développe peu d'heures après un coït; la base des lésions n'est pas indurée. Dans quelques cas, où des causes extérieures (malpropreté, irritations, pansements intempestifs) ont amené l'induration, celle-ci est moins bien limitée et plus molle que celle du chancre syphilitique; elle se laisse facilement déprimer et pour ainsi dire modeler par le doigt; la pression en exprime une certaine quantité de liquide transparent, tandis qu'elle ne fait suinter aucune trace de liquide de la surface du chancre; l'adénopathie satellite de l'herpès est moins développée que celle du chancre, douloureuse à la pression et, à l'inverse de celle du chancre infectant, n'atteint généralement qu'un seul ganglion; enfin, les ulcérations se réparent rapidement. Dans quelques cas, des chancres syphilitiques petits et multiples, recouverts d'un enduit pultacé, peuvent simuler l'herpès: ils en diffèrent par leur dimensions toujours plus considérables que celles des érosions herpétiques, par l'absence de polycyclisme de leurs bords, par les caractères de leur base qui offre une induration plus ou moins nette, par