

leur évolution et leur persistance plus longue que celle des ulcérations herpétiques; le développement d'une polyadénopathie et, ultérieurement, des symptômes de la syphilis secondaire feront parfois seuls cesser l'hésitation.

Le *chancre simple* diffère suffisamment, dans les cas ordinaires, du chancre syphilitique par l'aspect irrégulier de sa surface, par ses bords taillés à pic ou décollés, par sa suppuration plus abondante et l'absence de toute induration; en outre, il apparaît beaucoup plus rapidement après le contact infectant que le chancre syphilitique; si ces caractères laissent quelques doutes, l'examen histologique de la sécrétion, qui ne renferme de fibres élastiques et de débris de tissu dermique que dans le chancre simple, et surtout la constatation du bacille de Ducrey dans le pus ou les produits de raclage lèvent tous les doutes; l'inoculation au porteur des sécrétions de l'ulcération, inoculation qui échoue dans le chancre syphilitique et réussit dans le chancre simple, ne peut plus être donnée comme procédé courant de diagnostic: elle ne peut guère être légitime que si on se trouve dans l'impossibilité de pratiquer l'examen bactériologique. L'examen du sujet soupçonné d'avoir été l'agent de la contamination peut être parfois utilisé pour le diagnostic d'une lésion douteuse.

Dans les cas les plus habituels de *chancre mixte*, une ulcération présentant tout d'abord les caractères du chancre simple, y compris la présence du bacille de Ducrey et l'auto-inoculabilité, offre plus tard tous les caractères du chancre infectant et est suivie du développement d'accidents secondaires. L'observation attentive de l'évolution des symptômes locaux permet seule alors de reconnaître l'entrée en scène de la syphilis: l'induration de la base de l'ulcération alors que celle-ci a été toujours traitée d'une façon régulière, l'apparition d'une adénopathie multiple, sont les meilleurs éléments de ce diagnostic que l'apparition ultérieure d'accidents secondaires permet parfois seule de porter d'une façon formelle. La possibilité de cette infection mixte oblige à réserver toujours le pronostic des ulcérations même présentant les caractères les plus typiques du chancre simple.

Certaines *syphilides secondaires*, à forme érosive, à centre un peu déprimé, peuvent être prises pour un chancre: leur multiplicité, l'absence d'induration ou la faible résistance de leur base et les commémoratifs permettent d'éviter l'erreur.

Les *folliculites* suppurées des organes génitaux de la femme peuvent être parfois confondues avec le chancre syphilitique. Elles en diffèrent par la multiplicité des ulcérations, par leurs petites dimensions, la présence d'une sécrétion jaunâtre assez abondante, leur siège au niveau des grandes lèvres dans les points recouverts de poils.

Chez l'homme, la *balanite* érosive et, chez la femme, la *vulvite* érosive peuvent être l'occasion de confusions avec le chancre syphilitique: l'absence d'induration, la multiplicité et l'irrégularité de forme des exulcérations, l'abondance de la suppuration, la marche aiguë des accidents, suffiront à distinguer ces lésions du chancre syphilitique, même de ses formes en nappe.

Des *lésions syphilitiques tertiaires* des organes génitaux peuvent rappeler de très près l'accident initial et ont fait plus d'une fois croire à tort à une réinfection syphilitique: ces syphilides chancriformes ou pseudo-chancres syphilitiques se développent quelquefois au siège même qu'occupait le chancre initial et en particulier dans le sillon balano-préputial; arrondies et indurées comme lui, elles en diffèrent par leur profondeur, leur caractère nettement

ulcéreux, l'aspect irrégulier de leur fond, l'absence de polyadénopathie, la guérison rapide de la lésion sous l'influence d'un traitement antisiphilitique et l'absence d'accidents consécutifs de syphilis secondaire.

Diagnostic des chancres extra-génitaux. — En dehors de la région génitale, le chancre syphilitique expose à des erreurs d'un autre genre. Souvent considéré comme un accident banal, comme une plaie ou une écorchure enflammée, il est méconnu précisément en raison de son siège, qui ne fait pas penser à la possibilité de la syphilis.

Le diagnostic des chancres extra-génitaux repose principalement sur leur forme arrondie, l'induration de leur base, l'infiltration des tissus périphériques, parfois très accusée et produisant une déformation de la région, enfin, et on peut dire surtout, sur l'adénopathie qui les accompagne, adénopathie généralement volumineuse et qui, pour les chancres de l'extrémité céphalique en particulier, est plus dénonciatrice que tous les autres signes. Trop souvent la nature véritable du chancre extra-génital n'est reconnue qu'à l'apparition des accidents secondaires: ceux-ci peuvent bien servir de critérium diagnostique et de démonstration formelle; mais, dans la grande majorité des cas, une observation attentive permet, avant cette époque, de porter le diagnostic d'une façon certaine.

Le chancre cutané peut être pris pour une pustule d'*ecthyma*; mais, dans cette dernière affection, les lésions sont multiples, la base n'offre pas d'induration, l'adénopathie est peu prononcée, ou douloureuse; les ulcérations de l'*ecthyma* se réparent plus rapidement que le chancre.

Les *ulcérations tuberculeuses* diffèrent du chancre syphilitique par leur profondeur, par le décollement de leurs bords, par l'absence d'induration périphérique, par l'absence ou le faible développement des adénopathies satellites, par leur durée plus longue.

Au pharynx, un chancre recouvert d'un exsudat pseudo-membraneux peut simuler la *diphthérie*; il en diffère par son évolution plus lente, par son unilatéralité, par sa limitation à l'amygdale sans atteinte du reste du pharynx, par le développement plus considérable encore des adénopathies; ces formes diphthéroïdes de chancre amygdalien s'accompagnent parfois d'un état fébrile plus ou moins accusé qui vient rendre le diagnostic plus embarrassant.

Aux doigts, à la lèvre, à la langue et à l'amygdale, le chancre peut présenter un aspect bourgeonnant et être pris pour une *lésion cancéreuse*; il en diffère par son évolution plus rapide, par les phénomènes inflammatoires qui l'accompagnent assez souvent, par la large induration de sa base, par l'intensité et la précocité de son retentissement ganglionnaire, mais souvent il n'est reconnu qu'à l'apparition des accidents secondaires.

Le chancre vaccinal, en raison de son aspect à la fois croûteux et ulcéreux, est souvent confondu avec l'*ecthyma* ou désigné sous le nom de *vaccine ulcéreuse*: mais il apparaît après une longue période d'incubation, pendant laquelle les pustules vaccinales ont eu le temps de se cicatriser complètement, tandis que la vaccine ulcéreuse succède sans interruption à la pustule vaccinale; l'induration souvent large de sa base, sa persistance sans auto-inoculation de voisinage et l'adénopathie considérable concomitante font rejeter l'idée de l'*ecthyma*.

Le chancre peut être pris pour une *suppuration banale du tissu cellulaire*, un

panaris, par exemple; mais il a une évolution moins aiguë, est moins douloureux, ne s'accompagne pas de fluctuation. A l'amygdale, le chancre a été pris souvent pour un abcès ouvert; ici encore l'évolution du chancre est plus lente, plus torpide, généralement apyrétique et surtout il s'accompagne d'une adénopathie sous-maxillaire beaucoup plus considérable que n'en peut donner un phlegmon péri-amygdalien.

Traitement. — Le traitement du chancre syphilitique doit être des plus simples : supprimer toute cause d'irritation, assurer la propreté et autant que possible l'asepsie de sa surface, telles sont les deux indications à remplir.

Des lavages, et au besoin des injections dans les cas de chancres de la vulve, et dans les cas de chancres du gland recouverts par un prépuce en état de phimosis, seront faits avec des liquides soit émollients, soit antiseptiques, suivant que les parties seront ou non enflammées : de l'eau de guimauve dans le premier cas, de l'eau boriquée, une solution faible de sublimé ou la liqueur de Labarraque étendue dans le second. S'il y a de la balanite, des injections de nitrate d'argent en amèneront la disparition et faciliteront la réparation du chancre.

Après les lavages, on prescrira des pansements avec une solution de sublimé, une solution légère de nitrate d'argent, etc., ou mieux encore avec des poudres de sous-nitrate de bismuth, de dermatol ou d'oxyde de zinc, mais on s'abstiendra de tout topique irritant, même de salol. Le calomel en poudre ou en pomade, qui est prescrit d'une façon banale pour le pansement des chancres syphilitiques, doit être abandonné, en raison des phénomènes irritatifs et de l'induration qu'il provoque souvent.

Dans les chancres croûteux, on aura soin de faire tomber les croûtes au moyen de pulvérisations tièdes, ou de pansements humides ou de cataplasmes.

S'il y a des phénomènes inflammatoires, quelques pansements avec des solutions antiseptiques faibles, telles que la solution de sublimé au 5000^e, les feront disparaître. Si le chancre est exubérant et si la cicatrisation se fait attendre, des cautérisations au nitrate d'argent pourront la favoriser.

La destruction ou l'ablation du chancre ont été préconisées par certains auteurs comme moyen abortif de la syphilis : nous renvoyons, pour l'exposé de cette question, de même que pour celle de l'opportunité du traitement général pendant la durée du chancre, au chapitre du traitement de la syphilis en général.

SYPHILIS SECONDAIRE

PHÉNOMÈNES GÉNÉRAUX DE LA SYPHILIS SECONDAIRE

Dès que le chancre est développé, ou tout au plus quelques heures après qu'il est devenu apparent, l'infection syphilitique est réalisée. Se traduisant tout d'abord par la tuméfaction et l'induration des ganglions lymphatiques correspondant à la région occupée par le chancre, elle n'a pour ainsi dire plus d'autre expression apparente pendant la période qui sépare le chancre des premières éruptions cutanées et à laquelle on a donné le nom de *seconde incu-*

bation; mais alors apparaissent une série de troubles de l'économie tout entière qui se déroulent plus ou moins rapidement et persistent pendant un temps variable.

Les éruptions cutanées et les lésions des muqueuses sont souvent les plus apparents de ces troubles, mais sont loin d'être les seuls. Certains se traduisent par des troubles fonctionnels dont le malade a conscience, d'autres ne se révèlent qu'à un examen attentif et complet.

L'un des plus caractéristiques de ces troubles, un de ceux qui rapprochent le mieux la syphilis des maladies infectieuses aiguës, est la *fièvre*. Elle est sans doute constante à la période secondaire; le plus souvent elle est assez légère pour passer inaperçue si on ne prend pas systématiquement la température de tous les syphilitiques; mais le thermomètre monte chaque soir de quelques dixièmes et peut atteindre 38°, et même 38°,5. Dans certains cas, bien étudiés par Bäumlér, Fournier, Janowski, etc., la fièvre atteint une intensité plus considérable, la température peut s'élever à 39° et 40°. La fièvre syphilitique revêt alors l'un des 5 types suivants : 1^o accès intermittents, le plus souvent quotidiens et vespéraux; 2^o fièvre continue avec exacerbations, ressemblant à la fièvre catarrale et parfois à la fièvre typhoïde avec laquelle elle a été plus d'une fois confondue, les taches de roséole ayant été prises pour des taches rosées lenticulaires et le chancre ayant passé inaperçu; 3^o accès fébriles irréguliers.

Cette fièvre, à laquelle on a donné le nom de typhose syphilitique, peut précéder ou suivre de près le développement des éruptions généralisées. Elle s'observe le plus souvent de 4 à 6 semaines après le chancre et peut persister pendant 15 ou 20 jours. Elle est indépendante de localisations viscérales apparentes, mais des recherches hématologiques et bactériologiques précises sont nécessaires pour déterminer si les formes intenses sont l'expression de la syphilis seule, ou de la syphilis compliquée d'infections secondaires.

Les *altérations sanguines* de la période secondaire de la syphilis se montrent dès la fin du 2^e mois de l'infection et atteignent rapidement leur maximum d'intensité : elles se caractérisent par une diminution du nombre des globules rouges, et de leur teneur en hémoglobine. Ces modifications du sang ont été constatées par un grand nombre d'auteurs, entre autres Grassi, Wilbouchewitch, Stoukownikoff⁽¹⁾, Seleneff, Reiss, Justus, Rille, Radaeli. Leur intensité est proportionnelle à l'intensité de l'infection et de ses manifestations, mais est toujours moindre que dans la chlorose. Le nombre des globules blancs est généralement un peu élevé (Stoukownikoff, Seleneff, Reiss), soit avant les accidents secondaires, soit au moment de leur apparition; cette augmentation fait défaut d'après Radaeli, qui a constaté une élévation notable de la proportion des leucocytes; les éosinophiles sont en proportion plus considérable qu'à l'état normal (Rille, Radaeli). Les altérations sanguines sont rapidement modifiées par le traitement mercuriel qui ramène les différents éléments morphologiques et chimiques du sang à leurs proportions normales.

On observe fréquemment une *dénutrition générale* plus ou moins considérable et accusée à la fois par la perte des forces, par l'amaigrissement, la décoloration des tissus, ensemble de phénomènes auxquels on a donné le nom de chlorose syphilitique. Des palpitations cardiaques, de l'oppression habituelle se produisent sous son influence, de même qu'une série de phénomènes ner-

(1) STOUKOWNIKOFF, De la chloro-anémie syphilitique et mercurielle. *Annales de dermatol.*, 1892, p. 924.