

sujets atteints de syphilis secondaire soit le sérum du sang de sujets parvenus à la période tertiaire et porteurs ou non de manifestations syphilitiques, soit la sérosité de l'ascite et de l'hydrocèle symptomatiques de lésions syphilitiques du foie, du testicule. Ces essais, répétés sur une assez large échelle par Neisser, n'ont donné en général que des résultats absolument négatifs.

Quant aux injections de sérum d'animaux ayant reçu préalablement des produits syphilitiques, elles sont théoriquement plus rationnelles que les précédentes, mais les essais de Richet et Héricourt, de A. Gilbert et L. Fournier, de Triboulet, de Tarnowsky n'ont encore donné que des résultats contradictoires.

**Médications accessoires et hygiène.** — Outre la médication mercurielle et iodurée, il est souvent nécessaire de prescrire aux syphilitiques des médications destinées à combattre les troubles de la santé générale, antérieurs ou contemporains à la syphilis, et à faciliter l'action de la médication principale.

Les toniques, le fer, l'arsenic, le quinquina en particulier sont parfois aussi utiles que le mercure, non seulement dans les syphilis malignes précoces où leur emploi doit précéder celui du mercure, mais encore chez les sujets anémiques et lymphatiques.

Les douches froides ou tièdes, les traitements thermaux par les eaux sulfureuses ou chlorurées sodiques, suivant les indications particulières à chaque cas, sont d'utiles adjuvants de la médication spécifique chez les syphilitiques déprimés par la syphilis, versant à la neurasthénie par une prédisposition antérieure, à la suite de surmenage ou par le fait de leur infection.

Alors même que la dépression et la neurasthénie sont peu prononcées ou nulles, le traitement thermal sulfureux rend de grands services aux syphilitiques en les aidant à supporter l'action du mercure; dans un grand nombre de cas de syphilis tertiaire, il complète le traitement spécifique et permet de venir plus rapidement et plus complètement à bout des manifestations.

La prescription médicamenteuse faite à un syphilitique doit le plus souvent être accompagnée d'une prescription hygiénique. Dans la période secondaire surtout, le syphilitique doit éviter les fatigues de tout genre, le surmenage intellectuel; ses fonctions digestives doivent être surveillées, les excès alcooliques ou même le simple abus modéré des boissons alcooliques doivent lui être interdits, ainsi que l'usage des aliments excitants ou riches en toxines; l'usage du tabac doit être supprimé parce qu'il facilite le développement et la persistance des lésions bucco-pharyngées.

Le traitement de la syphilis ne consiste donc pas uniquement dans la prescription banale d'un traitement mercuriel ou ioduré, mais dans l'adaptation de ce traitement aux conditions particulières du syphilitique, et, s'il y a lieu, dans son association à d'autres pratiques thérapeutiques dans le détail desquelles il n'y a pas lieu d'entrer ici.

## CHAPITRE II

## CHANCRE SIMPLE

**Définition.** — Sous les noms de chancre simple (Fournier), de chancre mou, de chancre non infectant, de chancelle (Diday), de chancroïde (Clerc), on décrit une affection ulcéreuse occupant presque toujours les organes génitaux externes, auto-inoculable, fréquemment accompagnée d'adénopathie, affection ne produisant jamais de phénomènes d'infection générale, et causée par un micro-organisme spécifique, le bacille de Ducrey.

Longtemps confondu avec le chancre infectant ou syphilitique dans le chaos de la maladie vénérienne, le chancre simple en a été séparé par Ricord et par Bassereau. Cette opinion dualiste, bientôt adoptée en France par l'immense majorité des médecins, rencontre encore à l'étranger quelques opposants.

**Description clinique.** — Le chancre simple est caractérisé par une ulcération d'étendue variable, de forme généralement circulaire, mais fissuraire dans certaines régions, les plis radiés de l'anus par exemple. Ses bords sont sinueux, d'aspect dentelé lorsqu'on les examine à la loupe, entamés à l'emporte-pièce, ou même taillés à pic et souvent décollés. Même dans les cas où le décollement n'est pas apparent à première vue, on peut souvent le mettre en évidence en insinuant sous les bords l'extrémité d'un stylet mousse ou mieux d'une spatule. La peau du voisinage est souvent rouge, enflammée; la limite même de l'ulcération est souvent marquée par un mince liséré d'un jaune clair. Le fond du chancre est irrégulier, vermoulu (A. Fournier), de coloration grisâtre, d'aspect pultacé, en raison de la présence à sa surface de détritres de tissus formant une sorte de fausse membrane infiltrée de pus, dans laquelle on peut trouver des fibres élastiques; la suppuration du chancre est plus ou moins abondante, plus abondante en tout cas que celle du chancre infectant, moins bien liée que le pus phlegmoneux, souvent mêlée de sang, de sanie, de détritres organiques.

Lorsque le fond du chancre est détergé par des moyens artificiels ou par les progrès de la lésion, il est granuleux, rouge, d'un aspect tout différent de la surface unie du chancre syphilitique. Sa base, et c'est là ce qui a permis de le distinguer du chancre infectant, ne présente pas d'induration; elle est généralement mollasse, pâteuse, comme œdémateuse; parfois cependant elle est épaissie, un peu ferme, mais rien ne rappelle la consistance du chancre syphilitique, sauf pour certains chancres irrités par des applications locales (cendre chaude de pipe et surtout crayon de nitrate d'argent), qui produisent parfois une induration en tout semblable à celle du chancre syphilitique.

Le chancre simple s'étend progressivement par sa périphérie, le pus soulevant la couche épidermique et inoculant de proche en proche le derme qui se détruit au contact de l'agent infectant. Sa profondeur est variable: tantôt il n'atteint que la couche superficielle du corps papillaire, tantôt il intéresse tout le



derme ainsi que le tissu sous-cutané et arrive à détruire ainsi des organes entiers (gland, urètre, petites lèvres).

A côté de cette forme commune, il faut mentionner des formes plus rares, dont les principales sont : 1° le chancre exulcéreux, dans lequel la peau est érodée et effleurée plutôt qu'entamée; 2° le chancre papuleux, décrit par Lavergne et Baude, qui est caractérisé par une saillie papuleuse peu étendue, plane ou légèrement acuminée, d'un rose vif, à base molle, qui évolue avec une grande lenteur et donne lieu tardivement à une ulcération présentant les caractères ordinaires du chancre simple; 3° le chancre ecthymateux, dans lequel à la pustule qui forme le début du chancre (ainsi que nous le verrons à propos de l'inoculation expérimentale) succède une croûte qui s'étend progressivement : le chancre simple ecthymateux, de même que le chancre syphilitique croûteux, ne se rencontre que sur la peau; 4° le chancre diphtéroïde, qui est au contraire l'apanage des muqueuses et dans lequel la couche grisâtre superficielle est plus accusée que dans la forme commune; 5° le chancre furonculaire ou folliculaire, que l'on voit souvent sur la face externe des grandes lèvres où il a été longtemps confondu avec une folliculite banale; 6° quelques formes rares ou peu importantes, le chancre fissuraire, le chancre végétant, etc.

Quelle que soit son apparence objective, le chancre simple n'est ordinairement pas le siège de douleurs spontanées; mais le contact de l'urine ou des liquides froids et des topiques, le contact d'un stylet réveillent souvent à son niveau des sensations beaucoup plus pénibles qu'au niveau des lésions syphilitiques (chancre ou plaques muqueuses).

Parfois le chancre simple est unique; plus souvent, 4 fois sur 5 d'après les statistiques de Fournier, on en rencontre plusieurs, soit en des points très rapprochés les uns des autres, soit en des régions peu éloignées : les chiffres de 2, 3, 4, 5 sont fréquents, plus rarement on voit jusqu'à 10, 12, 15 chancres, exceptionnellement 40 ou 50, et surtout 71 et 75 comme dans 2 cas de Barié. C'est chez la femme que s'observent presque toujours ces chancres excessivement nombreux, bien qu'on puisse en voir des exemples chez l'homme, à la suite de lésions acariennes de la verge par exemple. La multiplicité des chancres tient aux inoculations et réinoculations successives, de sorte que des ulcérations voisines sont d'étendue et d'âge très différents.

Le siège ordinaire du chancre simple est la zone génitale ou mieux anogénitale. Dans cette zone, il offre certains sièges de prédilection : chez l'homme, le bord libre du prépuce, le sillon balano-préputial, la couronne du gland, le frein du prépuce; chez la femme, la fourchette, puis les autres parties de la vulve, les petites lèvres, l'anus et surtout ses plis radiés, la face interne des cuisses. Une mention spéciale doit être faite pour le chancre du col utérin, localisation relativement rare, mais incontestable et dont l'apparente rareté tient sans doute pour une part à la rapidité de la cicatrisation, qui le fait passer inaperçu. Il faut aussi signaler les cas plus rares encore de chancre de la muqueuse du corps utérin et, chez l'homme, les chancres de l'urètre.

En dehors de la zone génitale, on peut voir le chancre se développer en des régions très diverses. Sur l'abdomen, il est plutôt la propagation d'un chancre phagédénique des organes génitaux et il présente généralement, lorsqu'il s'y développe primitivement, des caractères spéciaux de bénignité.

Quant aux autres localisations, elles sont exceptionnelles.

L'extrémité céphalique en est parfois le siège, mais les exemples en peuvent

encore être comptés; Jeanselme<sup>(1)</sup> a rapporté le premier cas de chancre céphalique dont le diagnostic ait été confirmé par l'examen bactériologique; il s'agissait d'un chancre du menton, chez un sujet atteint de chancre simple génital. La plupart des chancres simples de l'extrémité céphalique sont dus à des inoculations secondaires accidentelles ou expérimentales; cette rareté du chancre simple céphalique, comparativement à la fréquence du chancre infectant de même siège, tient sans doute, suivant la remarque de A. Fournier, à ce que, d'une part, le chancre simple génital ne peut guère passer inaperçu et permettre les rapports anomaux, et à ce que, d'autre part, les téguments de la région céphalique présentent vis-à-vis du chancre simple une immunité relative. Le chancre simple peut même s'observer sur la muqueuse linguale, comme Emery et Sabouraud en ont observé un cas<sup>(2)</sup>. Le fait de chancre simple de la région mammaire rapporté par Pospelow<sup>(3)</sup> est complètement isolé. Profeta, L. Jullien ont cité des cas de chancres simples du doigt; on en a vu à la jambe et même entre les orteils.

Le siège imprime au chancre simple des caractères spéciaux de forme et d'étendue : souvent petit, nain, atteignant parfois à peine 2 ou 3 millimètres de diamètre, sur le bord libre du prépuce, dans le sillon balano-préputial ou dans les plis de l'anus, il atteint de plus grandes dimensions sur le fourreau de la verge, sur les lèvres vulvaires, sur les cuisses; arrondi dans ces dernières régions, il est allongé, linéaire, à l'anus.

Le chancre expérimental varie d'étendue suivant la région où a lieu l'inoculation : sur les joues, la poitrine et l'abdomen, il est à la fois moins large et moins profond que sur le bras et surtout sur la cuisse.

**Marche.** — Le début du chancre simple a été surtout étudié sur les chancres d'inoculation, à l'époque où ce procédé était appliqué couramment à son diagnostic. On l'observe également sur les chancres d'auto-inoculation spontanée.

Le chancre simple n'a pas de période d'incubation. Dès le lendemain de l'inoculation expérimentale ou spontanée, on voit apparaître autour du point inoculé une auréole inflammatoire qui n'a rien de caractéristique; mais, dès le 3<sup>e</sup> jour, se montre, au centre de l'auréole rouge encore élargie, un soulèvement épidermique rempli d'un liquide louche et transparent qui devient nettement purulent dès le 4<sup>e</sup> jour, puis la pustule se rompt et laisse à sa place une perte de substance à bords nets, déprimée en godet; les jours suivants, le chancre s'étend en largeur et en profondeur. Le chancre simple traité régulièrement guérit habituellement en 20 ou 30 jours; abandonné à lui-même, il ne dure guère, à moins de complications, plus de 50 à 60 jours; exceptionnellement il peut persister 2 à 5 mois. On voit d'abord l'ulcération se déterger, sa surface devenir plus régulière et bourgeonner; les bords sont moins abrupts, les dépressions du fond se comblent, la virulence disparaît ou tout au moins s'atténue; la cicatrisation se fait peu à peu.

Au point de vue des reliquats cicatriciels, il faut distinguer entre les chancres étendus avec ulcération profonde et destruction du derme tout entier, qui lais-

(1) JEANSELME, Contribution à l'étude du chancre mou céphalique. *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1895, p. 581.

(2) EMERY et SABOURAUD, Chancre mou de la langue. *Annales de dermatologie*, 1896, p. 198.

(3) POSPELOW, Ulcus molle mammæ. *Atlas international des maladies rares de la peau*, 1889.



sent des cicatrices blanches bordées par un liséré pigmentaire, et les chancres petits et superficiels dont on ne peut plus reconnaître le siège, ce qui contraste avec la trace si souvent indélébile du chancre syphilitique.

**Complications.** — Les unes occupent le siège du chancre; les autres, plus fréquentes, occupent les ganglions lymphatiques correspondants.

**Complications locales.** — Le chancre peut s'enflammer sous l'influence de causes diverses (malpropreté, séjour du pus, traitements irréguliers et irritants, excès vénériens, emploi de corps gras et de pommades mercurielles, etc.), la rougeur périphérique devient plus considérable et plus étendue, la base du chancre se tuméfie et prend une consistance pâteuse, la sécrétion est sanieuse ou sanguinolente, l'ulcération s'étend, la lésion devient plus douloureuse. Il suffit d'écartier les causes d'irritation et de procéder à un pansement régulier pour voir ces phénomènes cesser et parfois la réparation se faire rapidement.

Souvent ces causes d'irritation, agissant sur le prépuce, déterminent de la *balanite*; l'œdème de la région produit un phimosis souvent considérable, accompagné de rougeur et d'une tuméfaction énorme de l'extrémité de la verge, et celle-ci prend l'aspect d'une massue ou d'un battant de cloche.

La *gangrène* véritable peut également se produire sous l'influence de causes locales, souvent à la suite d'une balano-posthite intense; elle peut envahir des portions plus ou moins étendues de la verge, laissant ainsi après elle des difformités incurables, et atteindre l'abdomen ou les cuisses; ces lésions, même lorsqu'elles sont limitées, peuvent retentir gravement sur l'état général et produire des phénomènes typhoïdes; mais la gangrène a du moins pour résultat de supprimer la virulence de l'ulcération sur laquelle elle se développe: aussi la cicatrisation se fait-elle régulièrement après la chute des eschares. Parfois le chancre passe inaperçu au milieu des lésions gangreneuses dont il est l'origine.

La cause de la gangrène du chancre simple est certainement une infection secondaire par un microbe doué de propriétés nécrosantes, vibron septique de Pasteur ou autre.

Le *phagédénisme*, au contraire, tout en causant des ravages tout aussi considérables que la gangrène vraie, n'arrête pas les progrès et n'atténue pas la virulence du chancre sur lequel il vient se greffer. Résultant de causes individuelles, locales (irritations, absence de soins) et surtout générales (misère, privations, lymphatisme, alcoolisme, etc.), il se caractérise par la progression de l'ulcération en surface ou en profondeur (phagédénisme térébrant); tantôt les ulcérations phagédéniques ont l'aspect du chancre, tantôt elles se recouvrent d'une fausse membrane diphtéroïde ou pultacée; elles saignent avec une grande facilité et peuvent devenir l'origine d'hémorragies graves. Les malades éprouvent parfois des douleurs assez violentes.

Le phagédénisme peut être aigu ou chronique et durer des semaines, des mois, des années entières; souvent, dans les cas de phagédénisme de longue durée, l'affection a une marche serpentine, la cicatrisation se produit en certains points, pendant que l'ulcération s'étend en d'autres points. L'affaiblissement général du malade peut alors occasionner la mort.

La pathogénie du phagédénisme est encore mal déterminée: si les conditions générales du sujet entrent pour une part dans sa production, il faut également admettre le rôle des causes locales, soit que le bacille ait une virulence spéciale

et spécifique, soit plus vraisemblablement qu'il se fasse une association microbienne et qu'il y ait intervention d'autres microbes encore indéterminés.

**Complications portant sur les voies lymphatiques.** — Les lésions des voies lymphatiques sont très fréquentes dans le cours du chancre mou, et de caractères très différents.

Parfois, à la suite du chancre, on voit les vaisseaux lymphatiques correspondants s'indurer et se tuméfier, former des cordons qui deviennent douloureux; le plus souvent tout rentre dans l'ordre, mais parfois les phénomènes inflammatoires s'accroissent, la fluctuation apparaît et on est forcé d'ouvrir l'abcès.

Les ganglions sont très souvent atteints: le *bubon* est un symptôme presque plutôt qu'une complication du chancre simple. Comme la lymphangite, qui peut ou non la précéder, l'adénite chancrelleuse peut se présenter sous des formes variées; elle peut être caractérisée par une tuméfaction douloureuse qui se résout sans suppuration, mais, plus souvent que dans la blennorrhagie et dans les autres affections des organes génitaux externes, elle suppure. Le plus souvent cette suppuration succède à des fatigues, à des traumatismes accidentels du chancre, à des pansements mal faits, à des cautérisations intempestives.

L'ouverture du bubon est suivie de l'issue d'une quantité variable de pus.

Le pus du bubon peut être un pus banal, non inoculable: l'abcès se comporte alors comme un abcès ganglionnaire vulgaire et la plaie se cicatrise régulièrement; mais d'autres fois, après l'ouverture de l'abcès ganglionnaire, la plaie, au lieu de se comporter comme une plaie simple, revêt tous les caractères d'un chancre semblable à la lésion primitive. Le chancre consécutif à l'ouverture du bubon peut se réparer régulièrement et rapidement, mais souvent il persiste longtemps et présente une tendance relativement fréquente au phagédénisme. C'est à ces faits qu'on a donné le nom d'adénite chancrelleuse. Ricord, qui les avait étudiés avec soin, avait remarqué que le pus inoculé au moment même de l'ouverture de l'abcès ne reproduisait pas le chancre, tandis que le pus recueilli un certain temps après l'ouverture était virulent et inoculable: il en avait conclu que la virulence n'existait que dans le pus des parties profondes de l'abcès ganglionnaire, et que cet abcès virulent, spécifique, était entouré d'un autre abcès non virulent.

Straus<sup>(1)</sup> a reconnu l'exactitude des faits signalés par Ricord, mais il a constaté que le pus du bubon était stérile au moment de son ouverture et que le bubon ne devenait pas virulent lorsqu'on avait soin de le protéger contre toute contamination extérieure, c'est-à-dire lorsqu'on empêchait la sécrétion du chancre de se mêler au contenu de l'abcès et de communiquer ses propriétés virulentes au pus et aux parois ganglionnaires. Il résultait de ces recherches qu'il n'y aurait pas de bubon primitivement chancreux, mais des bubons secondairement chancreux. Ces faits ont été confirmés par les recherches de Humbert, Roque, Spillmann, Robin, Barduzzi. Quelques faits contradictoires ont été cités par Horteloup, Aubert, Krefting, Colombini, et Straus lui-même en a rencontré dans des recherches ultérieures. Dubreuilh et Lasnet<sup>(2)</sup>, Colombini<sup>(3)</sup>,

<sup>(1)</sup> STRAUS, Sur la virulence du bubon qui accompagne le chancre mou. *C. R. Soc. de biologie*, 22 novembre 1884, p. 641.

<sup>(2)</sup> DUBREUILH et LASNET, Étude bactériologique sur le chancre mou et le bubon chancreux. *Archives cliniques de Bordeaux*, octobre 1895.

<sup>(3)</sup> COLOMBINI, Sulla patogenesi del bubone venereo, ricerche sperimentali. *Atti della R. Accademia dei Fisiocritici di Siena*, 1897.