

## § 3. CHANCRE INDURÉ — CHANCRE SYPHILITIQUE

**Étiologie.** — Toute syphilis, à l'exception de la syphilis héréditaire et conceptionnelle<sup>1</sup>, débute par un chancre, et le virus infectant peut être fourni, soit par le chancre, soit par les plaques muqueuses (Langlebert, Rollet). Le chancre se développe toujours au point contaminé; de là deux grandes classes de chancres syphilitiques : chancres *génitaux* et *extra-génitaux*. Les premiers sont presque toujours d'origine vénérienne, les seconds le sont beaucoup moins souvent.

La contagion des chancres extra-génitaux peut s'effectuer d'une foule de façons différentes : nous citerons l'*allaitement*, soit que le nouveau-né, atteint de plaques muqueuses buccales, transmette la syphilis à sa nourrice (chancre du mamelon), soit que la nourrice, atteinte de plaques muqueuses du mamelon, contamine son nourrisson (chancre labial ou buccal). Des objets ayant servi à un syphilitique : biberon, pipe, cuiller, verre à boire des fontaines Wallace, peuvent être l'origine du chancre. Dans le même ordre d'idées, nous signalerons les chancres buccaux chez les souffleurs de verre et chez les musiciens faisant usage d'instruments à vent, les chancres contractés par les médecins, les sages-femmes, les blanchisseuses. Presque toujours ces chancres *professionnels* siègent aux doigts. Des instruments chirurgicaux contaminés peuvent donner le chancre (cathétérisme de la trompe d'Eustache, opérations dentaires). La vaccine enfin, lorsque le vaccinifère est en puissance de syphilis récente, peut transmettre la syphilis, et le sujet ainsi contaminé peut à son tour donner la syphilis comme vaccinifère : de là des *épidémies* de syphilis vaccinale.

Le chancre induré peut se développer sur toutes les

1. La syphilis dite *conceptionnelle* est celle qui est transmise à la mère par un fœtus issu de père syphilitique.

régions et sur les muqueuses d'un facile accès. Il siège de préférence, chez l'homme, à la face interne du prépuce, au frein, au gland, sur la face cutanée de la verge, à l'intérieur de l'urèthre, au niveau des bourses et à la racine des cuisses. Chez la femme, le chancre induré vénérien passe souvent inaperçu; la muqueuse vaginale, le col utérin, la vulve, le méat urinaire, la fourchette, en sont le siège le plus habituel. Parmi les chancres vénériens doivent être rangés ceux qui proviennent des coïts anormaux sur les muqueuses anale et buccale. Cependant, bon nombre de chancres buccaux n'ont pas une origine vénérienne; on les trouve surtout aux lèvres, à la langue et aux amygdales. Sur 591 observations de chancres extra-génitaux recueillies dans le service de Fournier, Nivet<sup>1</sup> a noté 558 cas de chancres bucco-pharyngés, et 75 cas de chancres de la tête. Le tronc était atteint 107 fois, les membres 54 fois et le cou 7 fois.

Roux et Metchnikoff<sup>2</sup> ont inoculé la syphilis à un chimpanzé femelle. Le 26<sup>e</sup> jour après l'inoculation, le chancre a fait son apparition, puis il s'est induré et une pléiade ganglionnaire indolente et tout à fait identique à la pléiade de Ricord est survenue, avec un gros ganglion entouré de petits ganglions. En 1882, Martineau et Hamonic<sup>3</sup> avaient donné la syphilis à un gros singe macaque « qui présenta un chancre infectant typique à la suite duquel se développèrent plusieurs accidents secondaires ».

**Description.** — L'incubation du chancre syphilitique a une durée de trois à quatre semaines. Tout chancre syphilitique est un amas de cellules embryonnaires qui se développe sous forme de tumeur (syphilome primitif) aux dépens du derme et de l'hypoderme. L'aspect du chancre diffère à la peau et aux muqueuses. A la peau, il se recouvre d'une croûte (chancre croûteux) qui est due en partie à la pré-

1. Nivet. Thèse, 1897.

2. Acad. de méd., séance du 28 juillet 1905.

3. Rev. clin. d'andrologie et de gynécologie. 15 août 1903

sence de la couche cornée. Cette couche cornée n'existant pas aux muqueuses, les altérations de l'épithélium muqueux imbibé de liquide fibrino-purulent y aboutissent, non pas à une croûte, mais à la formation d'une membrane flasque, grisâtre, diphthéroïde.

Occupons-nous d'abord du chancre syphilitique des *muqueuses*; supposons un chancre de la rainure du gland. Au début, c'est une papule qui se desquame; cette papule non douloureuse, non prurigineuse, prend une teinte de couleur sombre rappelant la teinte de chair musculaire. Après quelques jours apparaît une ulcération très superficielle, ulcération qui est plus apparente que réelle, car elle est formée aux dépens de tissus qui font souvent saillie. Le chancre ulcéré peut être fort petit (ulcération chancriforme de Fournier); il atteint habituellement la dimension d'une lentille; ses contours sont adhérents, épais, en couronne, réguliers, ne présentant jamais les segments qui forment le contour polycyclique de l'herpès. Les bords ne sont pas taillés à pic, il n'y a pas ulcération au vrai sens du mot. Le fond du chancre est lisse, verni, luisant, parfois grisâtre et diphthéroïde; mais il suffit d'enlever la pellicule membraneuse qui le tapisse pour donner au fond du chancre son apparence rougeâtre avec saillies papillaires. La sécrétion du chancre syphilitique est peu abondante, insignifiante, séreuse. Le chancre repose sur une *base dure*, caractéristique (*chancre induré*). La cicatrisation se fait en trois, quatre, cinq semaines, et le chancre ne laisse à sa place qu'une *induration* rougeâtre qui persiste encore pendant plusieurs mois.

Le chancre de la *peau* (mamelon, visage, scrotum, cuisses, fesses) a une évolution un peu différente. Au début, c'est une élevation rougeâtre, érosive, on dirait « un simple bouton » érosif et indolent. Puis il s'élargit, il devient saillant, il s'encroûte, et reste toujours indolore.

Ce chancre *croûteux*, ou pustulo-croûteux, a les apparences de l'ecthyma vulgaire, mais si l'on enlève la croûte après l'avoir préalablement ramollie, le chancre apparaît

avec tous ses caractères : surface plate ou légèrement bombée, érosive mais peu ulcérée, lisse, égale, rougeâtre, de coloration chair musculaire, souvent saignante et hérissée de papilles. On y constate parfois une sécrétion pyoïde insignifiante. Les bords du chancre sont plats, non taillés à pic : à vrai dire, il n'y a pas de bords, puisqu'il n'y a pas d'ulcération. La base du chancre est *indurée*, parcheminée. A certaines régions, au nez, à la cuisse, le chancre prend quelquefois de fortes proportions.

Tout chancre syphilitique est accompagné d'*adénite* multiple, polyganglionnaire, qui n'est guère apparente avant le septième jour, et dont la localisation est en rapport avec la région contaminée par le chancre (adénites de l'aîne, de l'aisselle, du cou). Dans la pléiade ganglionnaire syphilitique, on trouve habituellement un ganglion plus volumineux que les autres (*bubon satellite*) : c'est celui qui reçoit plus directement les lymphatiques venus du territoire chancreux. Les ganglions de l'adénite syphilitique sont durs, petits, habituellement indolents, ils roulent sous le doigt, ils ne déterminent pas de péri-adénite, ils n'ont aucune tendance à suppurer, ils persistent longtemps après le chancre, pendant des mois et des années; ils sont même un excellent moyen de diagnostic rétrospectif.

Non seulement on trouve des ganglions dans la région qui est directement en cause, mais un peu plus tard on peut en constater en diverses régions, notamment au cou, à la nuque. La tuméfaction de la rate a été notée dans quelques cas.

Des accidents généraux : courbature, fièvre, céphalalgie vespérale, douleurs ostéocopes, insomnie, arthralgies, etc., accompagnent en général l'apparition du chancre. Quant aux *accidents secondaires* proprement dits, ils peuvent apparaître avant la cicatrisation du chancre ou quelques semaines après lui. Le chancre lui-même peut devenir le point de départ d'une plaque muqueuse.

Contrairement au chancre simple, le chancre syphilitique

est habituellement unique; on peut cependant en constater deux ou trois, mais ils sont presque toujours contemporains, ou du moins, lorsqu'il y a réinoculation<sup>1</sup>, cette réinoculation est précoce, elle se fait peu de temps après l'apparition du premier chancre, elle ne serait plus possible à une époque un peu plus éloignée, comme la réinoculation du chancre simple.

Étudié au microscope, le chancre présente une infiltration du derme par des leucocytes; on trouve des lésions presque constantes d'*endartérite*. Ces lésions vasculaires syphilitiques témoignent déjà de la prédilection toute spéciale de la syphilis pour les artères, dès sa période initiale jusqu'aux époques les plus éloignées.

L'agent spécifique de la syphilis n'est pas encore connu. De nombreuses descriptions en ont été données par Klebs, Anfrecht, Lutzgarten, etc., mais les cultures de ces micro-organismes ne sont parvenues à reproduire le chancre ni chez l'homme ni chez les animaux, quoi qu'en ait pu dire Martineau.

**Diagnostic.** — Prenons le cas le plus fréquent, supposons un chancre syphilitique des organes génitaux chez l'homme ou chez la femme et faisons le diagnostic avec le chancre simple et avec l'herpès. Voici les signes distinctifs :

1° Le chancre syphilitique a une incubation dont la durée moyenne varie de trois à quatre semaines; le chancre simple apparaît dès le lendemain ou le surlendemain après la contagion; l'herpès apparaît spontanément et récidive souvent à époques plus ou moins éloignées.

2° Le chancre syphilitique est une saillie du derme, plus érosive qu'ulcéreuse, il est excavé en godet, avec des contours qui lui forment comme une couronne, parfois épaisse et élevée, ce qui fait paraître l'ulcération plus profonde; il n'a donc pas de bords taillés à pic. Dans le chancre simple, pas de saillie du derme, pas de tendance hyper-

1. Hudelo. *Annales dermatologiques*, 25 mai 1891.

trophique; au contraire, une vraie ulcération, petite ou grande, à bords abrupts, décollés, taillés à pic, ulcération plus ou moins profonde qui résulte de la destruction rapide et complète de l'épiderme et de la fonte suppurative des couches papillaire et dermique (Cornil). Dans l'herpès, érosion de petite étendue et plus superficielle que celle du chancre.

3° Dans le chancre syphilitique, contours réguliers ne présentant jamais les segments festonnés qui forment souvent les contours polycycliques, en carte de géographie, qui sont le propre des ulcérations herpétiques.

4° Le chancre syphilitique est presque toujours unique, jamais confluent, point réinoculable; le chancre simple est souvent multiple, parfois confluent et réinoculable à l'infini.

5° Le fond du chancre syphilitique est parfois diphthéroïde, grisâtre, tant qu'il est recouvert de la membrane formée par l'épithélium imbibé et transformé, mais après la chute ou après l'ablation de cette membrane, le fond apparaît rouge, lisse, luisant, hérissé de papilles, recouvert d'une sécrétion insignifiante, presque séreuse, à peine séro-purulente. Le fond du chancre simple est inégal, vermoulu, anfractueux, recouvert d'une abondante sécrétion de pus véritable.

6° Quand on presse entre les doigts le chancre syphilitique, c'est à peine si l'on parvient à faire suinter un peu de liquide, tandis qu'en pressant, en malaxant la base de l'herpès chancriforme (lequel herpès est parfois solitaire et simule le chancre nain), on fait sourdre une gouttelette de liquide séreux, ambré, et, après avoir essuyé la surface de l'ulcération herpétique, on peut recommencer plusieurs fois de suite la même opération, et l'on obtient toujours le même suintement séreux (Leloir).

7° La base du chancre syphilitique présente une induration qui lui forme assise; cette induration parcheminée, qui donne au chancre syphilitique un de ses caractères les plus

saillants (chancre induré), ne se retrouve pas dans le chancre simple (chancre mou).

8° L'adénite du chancre syphilitique est formée de ganglions durs, presque indolents, nettement distincts les uns des autres et n'ayant aucune tendance à la suppuration. L'adénite du chancre simple est formée de ganglions tuméfiés, douloureux, accompagnés de péri-adénite, parfois réunis en une masse et ayant une tendance marquée à la suppuration.

Tels sont les signes distinctifs entre le chancre syphilitique, le chancre simple et l'herpès. Toutefois, on se trouve dans quelques circonstances en présence de cas fort difficiles; je fais allusion au chancre mixte. Le chancre *mixte* présente d'abord les caractères du chancre mou, dont il a les caractères physiques, puis ultérieurement il évolue sans caractères distinctifs bien déterminés, avec bubons parfois suppurés, et l'on voit les accidents secondaires apparaître.

Il faut également faire le diagnostic des chancres syphilitiques de la *peau*, chancres *croûteux*, souvent volumineux, hypertrophiques, mais chez lesquels (la croûte une fois enlevée) on retrouve tous les caractères qui viennent d'être signalés au sujet du chancre syphilitique des muqueuses.

Le *chancre acarien* n'a de commun avec le chancre syphilitique que son siège sur la verge; souvent multiple, papuleux, recouvert de croûte jaunâtre, il s'accompagne des sillons caractéristiques de la gale.

Les *pustules d'ecthyma*, par leur mode de développement, leur coloration et l'absence d'induration, seront assez facilement reconnues.

Quant aux syphilides ulcérées de la période secondaire et surtout de la période tertiaire (tubercules, gommés), la nature même de la lésion, la marche des accidents, l'absence habituelle d'engorgement ganglionnaire correspondant, permettront d'éviter l'erreur et de ne pas les confondre avec le chancre.

**Pronostic.** — Est-il possible, étant donné un chancre, de dire si les accidents consécutifs seront bénins ou graves? Diverses réponses ont été faites à cette question, toutefois il paraîtrait que la gravité de la syphilis est proportionnelle à l'intensité du chancre et à l'induration qu'il laisse après lui. Le fait certain, c'est que les chancres extra-génitaux sont généralement plus graves que les chancres vénériens, et que certaines syphilis, puisées à la même source, sont toutes malignes, tandis que d'autres sont toutes légères. Mais à côté de ces faits il en est d'autres qui sont absolument contraires; tel chancre puisé à une source fortement infectée sera suivi d'une syphilis relativement bénigne, et tel autre chancre puisé à une source d'apparence peu virulente sera suivi d'une syphilis grave. Il faut tenir compte pour une large part de la question de *terrain*, sans qu'il soit possible de préciser les conditions qui modifient la virulence de l'agent infectieux.

Leloir a rapporté l'histoire d'un étudiant qui, à la suite d'un coït suspect, surveillait avec la plus grande attention l'apparition possible d'un chancre; le chancre survint en effet, il fut excisé tout à fait à son début, ce qui n'empêcha pas la syphilis de suivre son cours, l'économie étant déjà infectée.

**Traitement.** — De tout temps, l'idée de détruire le chancre, de l'*exciser*, s'est présentée à l'esprit des médecins, mais si l'on fait disparaître ainsi l'ulcération chancreuse, on ne supprime pas la période d'incubation. Aussi cette méthode est-elle à peu près abandonnée, en France tout au moins. Augagneur a eu l'idée de pratiquer la circoncision aussitôt après le coït avec une femme syphilitique, c'est-à-dire avant la période d'incubation; il n'en a pas moins vu le chancre se développer au niveau de la cicatrice préputiale.

Habituellement, en présence d'un chancre induré, on se contente de prescrire des soins de propreté, des antiseptiques, tels que l'iodoforme, le salol, l'aristol. Quant au traitement mercuriel, les uns le prescrivent immédiatement,

les autres, au contraire, attendent l'apparition des accidents secondaires. Je pense pour ma part que le traitement mercuriel, frictions mercurielles, pilules de Dupuytren, pilules de protoiodure, doit être institué dès la constatation du chancre.

On prescrit tous les jours une pilule contenant 5 centigrammes de protoiodure et 1 centigramme d'extrait thébaïque; on peut doubler la dose si c'est nécessaire. Cette première série doit durer une vingtaine de jours; on supprime le traitement pendant huit jours et on le reprend ensuite. Dès cette période on peut remplacer les pilules mercurielles par les injections de biiodure d'hydrargyre dont il sera question au Memento thérapeutique annexé à ce volume.

## SEPTIÈME CLASSE

### MALADIES DE LA RATE

#### § 1. LES KYSTES HYDATIQUES DE LA RATE DIAGNOSTIC AVEC LES GROSSES RATES SPLÉNOMÉGALIES PALUSTRE, LEUCOCYTHÉMIQUE TUBERCULEUSE, PRIMITIVE

Avant d'entreprendre l'histoire des *kystes hydatiques de la rate*, il me paraît utile de faire connaître l'observation des malades de mon service qui ont été l'occasion de deux leçons cliniques que j'ai consacrées à ce sujet<sup>1</sup>.

**Faits cliniques.** — Le 7 janvier 1899, le Dr Gilbert-Dhercourt m'envoyait un malade avec le mot suivant : « Prière d'examiner le gardien de la paix porteur de ma carte; on a parlé de splénomégalie et d'intervention chirurgicale. Avant de pousser le malade dans cette voie, je serais heureux d'avoir votre avis. » C'était une consultation médico-chirurgicale qui m'était demandée. Je fais déshabiller cet homme et je l'examine.

Ce qui frappe à première vue, c'est une déformation, une voussure de l'hypochondre gauche. Vue de face et de profil, cette voussure forme tumeur. Les côtes sont fortement déjetées en dehors, l'hypochondre et le flanc gauche parti-

1. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 1889. Les kystes hydatiques de la rate. 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> leçons.