

simple et des soins de propreté. Les cicatrices sont encore visibles.

Les dernières expériences que je trouve publiées (1) sont celles faites par M. Emile Vidal, médecin à l'hôpital Saint-Louis, à Paris.

Il dit, au début de son article, qu'en 1846, étant interne à l'hôpital de Tours, il a plusieurs fois vu son chef de service, le Dr Fr. Leclerc, inoculer le pus de pustules ecthymateuses, qui s'étaient développées pendant le cours d'une fièvre typhoïde, sur les malades mêmes porteurs de ces pustules. « Ces inoculations, dit-il, étaient souvent suivies du développement de nouvelles pustules d'ecthyma, identiques à celles sur lesquelles avait été puisée la matière purulente. » En 1852 et 1853, il entreprit de nouvelles expériences sous la surveillance de Vigla, et pendant une épidémie de fièvre typhoïde. Deux inoculations furent faites sur des sujets bien portants, qui n'avaient jamais eu la fièvre typhoïde, avec du pus pris sur des pustules d'ecthyma d'un typhique. Les deux inoculations furent négatives. Les autres expériences furent faites sur les porteurs de l'ecthyma qui avaient fourni le pus, et il affirme que dans un tiers des cas il a réussi à produire des pustules d'inoculation. Il ne donne pas le nombre des expériences qu'il a faites, ni l'histoire des malades, sauf pour quatre de ces malades. Je les rapporte ici en détail :

Première observation. — Le nommé R., âgé de 20 ans, entré le 18 janvier 1853 à la Maison municipale de santé, salle 3, n° 4, mort le 17 février.

Fièvre typhoïde à forme ataxo-dynamique; malade depuis 15 jours.

Le 26 janvier, éruption de pustules d'ecthyma abondante sur les fesses, furoncles et abcès sur la poitrine, formation d'une escharre au sacrum.

Le 3 février, à 9 heures du matin, je prends du pus fourni par une des nombreuses pustules d'ecthyma développées sur les fesses et je l'inocule à l'avant-bras gauche par trois piqûres.

Le soir même, il y a un peu de rougeur autour de deux des points inoculés.

Le lendemain, 4 février, la rougeur s'est étendue, la peau est un peu gonflée, on sent un noyau dur.

Le jour suivant, 5 février, ce noyau s'est agrandi et s'acumine.

Le 7, quatrième jour après l'inoculation, nous trou-

(1) E. Vidal, *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* de 1872-73, 4^e année, p. 350.

Bien qu'elles aient été faites en 1853, elles n'ont été publiées qu'en 1873. C'est pourquoi je les place ici, bien qu'elles aient précédé de onze ans les expériences de Pick.

vons deux pustules parfaitement caractérisées qui se dessèchent en 4 ou 5 jours.

Le 8, je fais une nouvelle inoculation suivie de succès. Dans cette expérience j'avais fait comparativement des piqûres avec des épingles, j'avais introduit sous la peau un peu de poussière et de la matière des crachats sans obtenir de résultat.

L'autopsie de ce malade, qui mourut le 17 février, 33 jours après son entrée, vint confirmer le diagnostic de fièvre typhoïde porté pendant la vie.

Deuxième observation. — Une jeune fille de 14 ans, la nommée V..., est couchée au n° 5 de la salle 2, Maison municipale de santé. Entrée le 18 février 1853, elle est malade depuis 9 jours.

Le 1^{er} mars, 19^e jour de la maladie, je constate sur la région fessière une pléiade de pustules d'ecthyma. A la visite du matin, inoculation par une piqûre sur chaque bras. Le soir, un peu de rougeur aux points inoculés.

Le 5, quatrième jour après l'inoculation, on voit deux pustules très caractérisées. Le même jour, à 10 heures du matin, je prends du pus sur ces pustules d'inoculation et je l'insère sous l'épiderme de l'avant-bras.

Le soir, à 7 heures et demie, il s'est déjà formé une papule rouge un peu saillante.

La mort de la malade, arrivée le lendemain, m'empêcha de suivre cette nouvelle expérience, que j'avais déjà vue réussir plusieurs fois; le pus repris sur les pustules d'inoculation donne lieu à la génération de nouvelles pustules identiques... Dans ce fait, comme dans le premier, l'autopsie vient nous confirmer dans la conviction que nos expériences avaient été faites sur une fièvre typhoïde.

Troisième observation. — Au n° 6 de la salle 3 de la Maison municipale de santé, service de M. Vigla, est couché le nommé Ch..., âgé de 19 ans, entré le 1^{er} février, malade depuis quinze jours. Fièvre typhoïde ataxo-dynamique à forme thoracique, taches rosées et symptômes très caractéristiques.

Des vésicatoires avaient été appliqués à la poitrine et aux mollets; des furoncles et de nombreuses pustules d'ecthyma se développèrent dans le voisinage.

Le 7 février, du pus pris sur une des pustules d'ecthyma de la poitrine est inoculé par trois piqûres au bras gauche à 10 heures du matin; du côté droit, piqûres de contre-épreuve.

Le soir à 7 heures, rougeur et cuisson avec un peu de gonflement aux points d'inoculation.

Le 8, un peu de saillie avec rougeur; au milieu un petit point noir sec indique la piqûre.

Le 9 au soir, la saillie s'acumine.

Le 10, saillie très marquée, surmontée d'une pustule, qui le lendemain, quatrième jour, est parfaitement caractérisée.

Le même jour, je prends du pus fourni par les pustules que j'ai obtenues, et je fais une nouvelle épreuve sur le même bras. Le soir, un peu de rougeur et d'élévation.

Le troisième jour, pustule semblable à celle qui a fourni le pus.

La première pustule commence à se sécher, et le 16 février, neuf jours après son inoculation, elle est complètement sèche.

Le 16, la nouvelle pustule inoculée le 11 est en pleine suppuration. Le 20 elle se dessèche.

Les croûtes en tombant quelques jours après laissent une cicatrice rosée.

Le 2 mars, à 10 heures du matin, je tente une nouvelle expérience sur le même malade; je prends du pus fourni par une large pustule sanguino-purulente, ressemblant à une pustule d'ecthyma cachecticum et développée autour du vésicatoire du mollet gauche; je l'inocule au bras gauche. — Le soir, à 8 heures, élévation, rougeur accompagnée de cuisson, le malade nous dit éprouver les mêmes sensations qu'à la première épreuve, et pense que la seconde a réussi.

Le 3, la rougeur s'étend, la saillie se prononce davantage. Le 4, elle est plus étendue et plus élevée.

Le 5, elle s'acumine et contient à sa pointe un peu de sérosité louche.

Le 6, quatrième jour après l'inoculation, pustule très manifeste sur une base d'induration d'un rouge foncé.

Le 7, la pustule de la grosseur d'un pois contient un pus verdâtre, la base est moins indurée.

Le 8, elle s'ouvre dans la nuit et se dessèche.

Le 9, croûte brunâtre, l'induration de la base se résout.

Le 24 avril, au moment de la sortie du malade, des cicatrices rosées très apparentes indiquent les points d'inoculation.

Voici maintenant un exemple d'inoculation de pustules d'ecthyma simplex recueilli, pendant son internat à l'hôpital Saint-Louis, par mon regretté collègue Chalvet, enlevé par une mort prématurée à la science, qu'il avait déjà enrichie de travaux justement remarqués.

Quatrième observation. — Annette B..., âgée de 29 ans, est entrée le 3 octobre 1861 à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Thomas, n° 7, dans le service de M. Devergie, suppléé par M. Vidal. Cette malade, d'une constitution lymphatique, sujette pendant son enfance à des éruptions, qu'elle désigne sous le nom de gourmes, et à des ophthalmies fréquentes, est atteinte depuis trois mois d'un impétigo de la face et de la partie antérieure de la poitrine.

Cette affection, qui présentait tous les caractères de l'impétigo franc, de la mélitagre scrofuleuse, commençait à guérir lorsque, sur la face externe de l'avant-bras droit, parurent quatre pustules d'ecthyma simplex.

Le 19 octobre, sans attendre la purulence complète, M. Vidal chargea la pointe d'une épingle avec la sérosité de ces vésico-pustules et fit trois inoculations sur le bras gauche.

Le soir même, les trois points piqués étaient rouges, légèrement tuméfiés et étaient le siège d'une cuisson qui préoccupait la malade.

Le 20, les trois piqûres faisaient une saillie bou-

Le 22, quatrième jour, les trois pustules étaient formées. Elles consistaient en une phlyctène centrale, soulevée par de la sérosité citrine, reposant sur une base rouge, indurée, formant auréole.

Le 23, les pustules sont bulleuses, mais ne se remplissent pas de pus. Le contenu est trouble.

Les pustules mères du bras droit qui ont servi à faire l'inoculation sont devenues croûteuses et laissent suinter un liquide séreux qui se concrète à l'air.

Ce même jour, inoculation du liquide des jeunes pustules et nouvelle inoculation du liquide des anciennes. De plus inoculation par trois piqûres du liquide ecthymateux préalablement exposé aux vapeurs de l'huile essentielle de térébenthine.

Voici quels furent, le lendemain 24, les résultats de ces inoculations :

1° Les inoculations faites avec le liquide des pustules primitives en voie de dessiccation ont parfaitement réussi; la vésicule est saillante, le pourtour est rosé.

2° Les inoculations produites par le liquide des pustules déjà inoculées ou de seconde génération ont moins bien réussi; l'épiderme est bien soulevé, mais le cercle rougeâtre périphérique est peu marqué.

3° Les piqûres faites avec l'épingle chargée de liquide ecthymateux soumis aux vapeurs de l'essence de térébenthine ont encore moins bien réussi. Le centre de la piqûre est à peine soulevé, légèrement papuleux; l'auréole rosée manque presque complètement et le centre de la vésicule rudimentaire est jaunâtre, caractère que n'offrent pas les autres inoculations.

Le 25, les pustules de la première inoculation (septième jour) commencent à sécher; elles sont recouvertes d'une croûte jaunâtre. La rougeur périphérique s'est effacée; il reste un léger empatement.

Le 27, inoculation avec le liquide des pustules de seconde génération qui tendent à se guérir rapidement. Les piqûres sont à peine marquées, le jour suivant, par une légère élévation; la pustulation avorte.

Nous constatons une progression décroissante dans ces inoculations. Les dernières faites sont les premières guéries. La puissance d'inoculation va donc diminuant à chaque nouvelle génération et la troisième a donné un résultat insignifiant. Cependant le sujet ne perdait pas l'aptitude à être inoculé, ce que prouvaient de nouvelles pustules très caractérisées obtenues par l'inoculation du liquide des pustules spontanées.

J'ai donné ces observations *in extenso* à cause du soin avec lequel elles sont rapportées, et à cause de leur importance dans la question de l'auto-inoculabilité. Il faut bien savoir qu'aujourd'hui on croit que l'ulcère vénérien simple est la seule lésion qui ait un pus auto-inoculable, et on a attaché à cette particularité une grande importance au point de vue du dia-

gnostic. Mais si on peut présenter des cas authentiques où du pus ordinaire (je désigne par là du pus ne provenant ni d'un chancroïde ni d'une lésion syphilitique) s'est montré propre à s'auto-inoculer, l'importance de l'auto-inoculation en ce qui concerne le chancroïde est beaucoup diminuée. Passons donc en revue les observations qui viennent d'être rapportées, et voyons quelles déductions on est justifié à en tirer.

Du côté des Allemands nous avons les observations de Pick, de Kraus et Reder, dans lesquelles du pus ordinaire est inoculable seulement sur des malades syphilitiques, mais non sur d'autres; il n'est donc inoculable que sur un nombre limité de sujets, mais sur eux il est auto-inoculable pendant trois générations.

Du côté américain, dans le cas du Dr Wigglesworth, on n'essaie pas d'inoculer des sujets bien portants, mais du pus simple est auto-inoculable pendant trois générations sur le porteur de la lésion, qui avant et au moment de l'expérience est exempt de syphilis ou de toute tare vénérienne, mais qui est débilité.

Du côté français, dans les cas du Dr Émile Vidal, du pus simple est auto-inoculable sur les porteurs de la lésion, qui sont présumés n'être pas syphilitiques, mais dont trois ont la fièvre typhoïde et le quatrième est d'une constitution malade. Dans tous ces cas, un trait est à noter spécialement: les sujets sur lesquels on expérimente sont dans un mauvais état de santé. La part que joue la syphilis dans cette auto-inoculabilité n'est que secondaire, car les choses se passent de la même manière dans beaucoup d'autres cas où la syphilis est absente.

Quel est donc le facteur qui rend le pus ordinaire quelquefois auto-inoculable? Est-ce le pus lui-même? Pas tout à fait, autrement pourquoi les sujets bien portants seraient-ils rebelles à son action? J'accorde qu'on n'a pas encore institué sur ce point des expériences suffisantes qui nous permettent de dire positivement que tel est toujours le cas, mais, dans l'état de nos connaissances, le contraire reste à prouver. Le pus du chancroïde a donc un privilège que seul il possède; il n'a besoin pour se produire d'aucun sol particulier. Mais nous devons nous arrêter ici un moment avant d'aller plus loin. Le pus chancroïdal est-il toujours capable de s'inoculer et de s'auto-inoculer? Dans certaines circonstances, rares il est vrai, il semblerait que non, comme un coup d'œil jeté sur les tableaux suivants peut le montrer.

Inoculabilité de l'ulcère vénérien simple.

TABLEAU I (1).

A la période	Chiffre des inoculations.	Positives	Négatives
de progrès.....	12	12	0
d'état.....	44	44	0
de transition.....	9	9	0
de réparation bien établie.....	12	9	3
— déjà avancée.	3	3	0
— très avancée.	7	2	5
Chancroïde gangréneux.....	1	0	1
après cautérisation profonde.....	1	0	1

TABLEAU II (2).

A la période	Positives	Négatives
de progrès.....	11	0
d'état.....	9	0
de transition.....	4	0
de réparation.....	16	0
de cicatrisation avancée.....	5	3

TABLEAU III (3).

A la période	Positives	Négatives
de progrès et d'état.	75	0
de réparation.....	8	8

TABLEAU IV (4).

A la période	Positives	Négatives
de progrès et d'état.	5	0
de transition.....	2	0
de réparation.....	6	0

Résumé.

Nombre des inoculations.....	230
Résultats positifs.....	209
— négatifs.....	21

Tous les résultats sont positifs dans toutes les périodes, excepté dans celle de réparation ou de cicatrisation avancée, quand le pus a perdu de sa force, que la gangrène l'a modifié, ou qu'il a été altéré chimiquement par des cautérisations.

Ces inoculations ont été faites sur les porteurs des lésions; ce sont des auto-inoculations; mais elles montrent clairement un point, c'est que, lorsque les chancroïdes perdent leur caracté-

(1) Ricord, *Leçons sur le chancre*, p. 389.(2) Labarthe, *Le chancre simple*, p. 88.(3) Millet, *Étude statistique sur la maladie syphilitique, le chancre simple et la blennorrhagie*, p. 59.(4) Ricord, *op. cit.*, p. 394.

rière inflammatoire, ils perdent également leur inoculabilité. Voilà, je crois, la véritable explication du virus chancroïdal, l'*inflammation*. Qu'on irrite une pustule non-vénérienne; qu'on l'enflamme, et je crois que son pus sera inoculable, de la même manière que M. Lee, de Londres, rendait la sécrétion de la lésion initiale de la syphilis (ordinairement non auto-inoculable) inoculable sur le porteur de cette lésion. Cependant tant que l'expérience n'est pas faite, ce serait de la pure théorie d'admettre cette possibilité; et nous ne serions pas justifié d'en déduire des conclusions; mais nous pouvons établir les points suivants:

1° L'auto-inoculabilité n'est pas un caractère spécial pathognomonique du pus de l'ulcère vénérien simple (chancroïde).

2° Le pus simple est, dans certaines circonstances, auto-inoculable.

3° Cette auto-inoculabilité est due en partie aux propriétés irritatives du pus, créées par l'inflammation, et en partie à l'irritabilité des tissus.

Si ces conclusions sont admises, que devient le virus spécifique? Ne vaudrait-il pas mieux l'effacer entièrement de notre vocabulaire, à moins qu'on ne soit prêt à admettre que le pus simple possède un virus spécifique qui le rend auto-inoculable?

L'ulcère vénérien simple est ordinairement multiple. — Un autre trait de l'ulcère vénérien simple est la multiplicité, due à deux causes, dont la première et la plus importante est l'auto-inoculation, et la seconde et la moins importante la contagion immédiate. Si nous songeons à la nature contagieuse de cette forme d'ulcère, nous ne serons pas surpris de voir la multiplicité être la règle plutôt que l'exception, et cette particularité, comparée à l'isolement de la lésion initiale de la syphilis, a beaucoup d'importance.

Les tableaux suivants montrent non seulement la tendance à la multiplicité que présente l'ulcère vénérien simple, mais aussi la différence qu'il présente sous ce rapport avec la lésion initiale de la syphilis. Ces tableaux sont extrêmement instructifs.

Multiplicité de l'ulcère vénérien simple comparé avec la lésion initiale de la syphilis.

TABLEAU V (1).

Individus atteints de chancres simples.....	254
d'un seul chancre.....	48
de plusieurs.....	206

(1) Ricord, *op. cit.*, p. 34.

Se dénombrant ainsi :

de deux.....	32
de trois à six.....	116
de six à dix.....	41
de dix à quinze.....	8
de quinze à vingt.....	4
de vingt ou plus (1).....	5
	206

TABLEAU VI (2).

Malades affectés	
de chancres simples.....	329 (3)
d'un seul chancre.....	63
de plusieurs chancres.....	266

Se dénombrant ainsi :

de deux.....	50
de trois à six.....	152
de six à dix.....	45
de dix à quinze.....	8
de quinze à vingt.....	5
de vingt à vingt-cinq.....	6
	266

TABLEAU VII (4).

Malades affectés	
de chancres simples.....	118
d'un seul chancre.....	50
de plusieurs.....	68

Se dénombrant ainsi :

de deux.....	22
de quatre.....	11
de six.....	11
de six et dix.....	17
de onze à quinze.....	6
de vingt.....	1
	68

TABLEAU VIII (5).

Malades affectés	
de chancres simples.....	249
d'un seul chancre.....	104
de plusieurs.....	145

Se dénombrant ainsi :

de deux.....	71
de trois.....	38
de quatre.....	20

(1) M. Labarthe dans sa thèse, *le Chancre simple*, dit avoir vu en 1868, dans le service de M. Alfred Fournier, à Lourcine, une femme présentant le nombre prodigieux de soixante-quinze chancroïdes.(2) Alfred Fournier, *Nouveau Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1867. Art. CHANCRE, p. 86.

(3) Dans l'article, auquel j'emprunte ce tableau, je trouve le chiffre 327; comme il est évidemment erroné, j'ai pris la liberté de le rectifier.

(4) Debaugé, *Traitement des chancres simples par la cautérisation au chlorure de zinc*. Paris, 1858.(5) Sturgis, *Records of third venereal division Charity hospital, Blackwell's Island*. New-York, 1879-80.

de cinq.....	6
de six ou plus (1).....	10

TABLEAU IX (2).

Malades affectés	
de chancres indurés.....	456
d'un seul chancre.....	341
de plusieurs.....	115
Se dénombrant ainsi :	
de deux.....	86
de trois.....	20
de quatre.....	5
de cinq.....	2
de six.....	1
de dix-neuf.....	1
	115

TABLEAU X (3).

Malades affectés	
de chancres indurés.....	46
d'un seul chancre.....	45
de plusieurs.....	1
Se dénombrant ainsi :	
d'un seul.....	45
de deux.....	1
	46

Résumé.

Nombre des malades atteints	
de chancroïdes.....	950
d'un seul.....	265
de plusieurs.....	685
de chancres indurés.....	502
d'un seul.....	386
de plusieurs.....	116
Rapport du nombre	
des chancroïdes multiples au nombre	
total.....	72,1 p. 100
— uniques.....	27,9 —
des ch. syphilitiq. multiples.....	23,1 —
— uniques.....	76,9 —

Le petit nombre des lésions initiales dans mes tableaux est dû, je crois, à ce que, à New-York, peu de malades entrent à l'hôpital avant l'apparition des lésions consécutives, et préfèrent aller dans les dispensaires pour faire soigner leur lésion initiale. Voir à ce propos les tableaux XXXIV et XXXV.

Le nombre total des ulcères vénériens simples monte à 950, dont 685 étaient multiples et 265 simples, c'est-à-dire que l'ulcère vénérien simple est multiple dans un peu plus de

(1) Un des malades en avait vingt-cinq.

(2) Ricord, *op. cit.*, p. 121.(3) Sturgis, *Records of third venereal division, Charity Hospital*, 1879-80.

72 p. 100 du nombre total des cas. Ce chiffre est même probablement trop faible, car dans nos propres tableaux beaucoup de malades désignés comme ne portant qu'un seul chancroïde en avaient eu, d'après leur dire, plusieurs au début, qui s'étaient confondus en un seul.

Il en est autrement de la lésion initiale de la syphilis. Ici les tableaux indiquent que la proportion des ulcères multiples au nombre total des cas est seulement un peu plus de 23 p. 100; la lésion initiale est multiple 116 fois et unique 386 fois sur 502 cas.

On peut donc considérer d'une manière générale, mais non absolue pourtant, la multiplicité des lésions comme la caractéristique de l'ulcère vénérien simple, ce qui contraste avec la lésion initiale de la syphilis; ce contraste est souvent marqué, quand cette multiplicité est observée quelque temps après le coït.

L'ulcère vénérien simple n'a pas de période d'incubation. — L'ulcère vénérien simple présente une autre particularité qui sert à le distinguer de la lésion initiale de la syphilis. Quand le pus de cet ulcère est mis en contact avec une muqueuse ou la peau dénudée de son épithélium, son action se produit tout de suite, souvent au bout de vingt-quatre heures. Ce n'est que par exception que cette action est différée et n'apparaît qu'après les sept ou huit premiers jours après le coït, et seulement quand le pus est caché dans un follicule ou dans un pli de la peau qui offre une plus grande résistance à son action. On a donc l'habitude de considérer cet ulcère comme dépourvu de période d'incubation. L'action en est immédiate, soumise seulement au délai offert par la résistance mécanique des tissus.

Si nous examinons maintenant les tableaux suivants, nous verrons que, sur 381 cas, pour lesquels le moment du début nous est connu exactement, l'ulcère vénérien simple est apparu dans les huit premiers jours 310 fois, et 71 fois seulement plus tard; cette incubation prolongée s'explique probablement par des erreurs de date de la part des malades (1) — dans plusieurs cas l'ulcère existait certainement depuis longtemps quand le malade l'aperçut pour la première fois — ou par le fait que le pus avait été déposé sur des tissus ayant résisté longtemps à son action. En tous cas, c'est un point significatif que 310 fois sur 381 cas l'ulcère s'est montré dans les huit premiers jours après le coït.

(1) 48 fois sur 429 cas les dates données par les malades n'ont aucune valeur. Voir tableaux XI et XIII.

Moment de l'apparition de l'ulcère vénérien simple.

TABLEAU XI (1).

Le chancroïde eut pour point de départ une écorchure produite pendant le coït dans.....	10 cas
Il apparut	
de un à trois jours après le coït dans....	52
de quatre à six jours.....	48
au bout de huit jours.....	53
— quinze jours.....	3
— vingt jours.....	5
— quarante-cinq jours.....	1
— soixante jours.....	1
après un temps indéterminé dans.....	28
	201

TABLEAU XII (2).

Début du chancre constaté par les malades après le rapport contagieux.

le 1 ^{er} jour.....	6 cas
le 2 ^e	2
le 3 ^e	9
du 3 ^e au 4 ^e jour.....	4
le 4 ^e	3
le 5 ^e	1
le 6 ^e	3
du 7 ^e au 8 ^e	13
le 9 ^e	1
le 10 ^e	2
le 11 ^e	1
le 13 ^e	2
du 13 ^e au 15 ^e	3
du 17 ^e au 20 ^e	2
	52

TABLEAU XIII (3).

Chancroïde constaté	
le 1 ^{er} jour après le coït dans.....	5 cas
le 2 ^e	4
le 3 ^e	2
le 4 ^e	5
le 5 ^e	6
le 6 ^e	4
le 7 ^e	12
le 8 ^e	9
le 9 ^e	5
le 10 ^e	10
le 11 ^e	1
le 12 ^e	2
le 14 ^e	8
le 18 ^e	2
Pas de date positive dans.....	20
	95

(1) Millet, *op. cit.*, p. 54.(2) Fournier, *op. cit.*, p. 81.(3) Sturgis, *Record of third venereal division, Charity hospital, Blackwell's Island, New-York, 1879-80.*

TABLEAU XIV (1).

Chancroïde constaté			
au bout de moins de.....	24 heures en	6 cas	
—	2 jours en	5	
—	3 —	10	
—	4 —	5	
—	5 —	5	
—	6 —	3	
—	7 —	1	
—	8 —	24	
—	10 —	2	
—	12 —	11	
—	15 —	7	
—	17 —	1	
—	3 semaines	1	
		81	

Résumé.

Nombre total des cas.....	429
Dates positives obtenues dans.....	381 cas
— incertaines.....	48
Sur ces 381 cas, apparition du chancroïde	
dans les premiers jours après le coït	
dans.....	310
Après cette époque dans.....	71
Sur ces 310 cas, apparition du chancroïde	
dans les trois premiers jours	
dans.....	111

Ainsi, le chancroïde apparut dans les huit premiers jours dans 81,3 p. 100 des cas, dans lesquels nous avons pu obtenir des dates positives.

Variétés de l'ulcère vénérien simple.

D'après les différences d'aspect que le chancroïde présente à ses différentes périodes, il a reçu différentes désignations: ulcère folliculaire, herpétiforme, ecthymateux, ulcus elevatum, ulcère exulcéreux. Cette multiplicité de noms est regrettable, elle peut être une source de confusion et faire méconnaître le fait que les lésions qu'elles désignent sont des accidents plutôt que des variétés bien définies de l'ulcère simple.

Ainsi, quand le pus d'un chancroïde est déposé dans l'intérieur d'un follicule, il se présente d'abord sous l'aspect d'un petit nodule surmonté d'une légère dépression à fond grisâtre. Ce nodule est dû à la distension du follicule, et le sommet déprimé correspond à l'ouverture du canal du follicule. Il faut se souvenir que la petite ulcération ne représente pas l'étendue réelle du chancroïde, l'action destructive étant plus rapide à l'intérieur du follicule qu'extérieurement, et, par conséquent ces chancroïdes folliculaires doivent être ouverts d'abord pour que la

(1) Debaugé, *op. cit.*, p. 21.

cautérisation puisse aller détruire l'ulcère tout entier.

Le *chancroïde herpétiforme* est tout simplement un chancroïde au début, observé avant que la vésicule ne soit devenue purulente; on peut par erreur prendre ce chancroïde pour un simple herpès. Mais sa marche ne diffère en rien par la suite d'un chancroïde ordinaire.

Le *chancroïde ecchymateux* est un chancroïde dont la sécrétion desséchée au contact de l'air a formé une croûte.

L'*ulcus elevatum* a été la source d'une grande confusion: il simule en effet la lésion initiale de la syphilis. Il est dû à des causes que nous avons déjà discutées dans cet article. Cet ulcère s'accompagne habituellement d'un degré marqué d'inflammation et d'exsudation à la base, qui détermine une élévation du tissu, au sommet de laquelle l'ulcération se trouve placée; d'où vient son nom. A mesure que tombe l'inflammation l'élévation s'aplatit, et l'ulcère dans sa marche subséquente présente tous les caractères du chancroïde.

Le *chancroïde exulcéreux* est un chancroïde superficiel, chez lequel l'action destructive est peu considérable à cause du peu d'intensité de l'inflammation; les bords sont à peine décollés et la sécrétion est peu abondante. Ce chancroïde constitue une ulcération incapable d'extension qui ressemble sous beaucoup de rapports à une érosion aiguë de la balanite. Il mérite à peine d'être classé à part, comme l'a fait M. Clerc.

Siège de l'ulcère vénérien simple.

On croyait jusqu'à ces dernières années que certaines régions n'étaient jamais le siège de chancroïdes. Ricord (1), jusqu'en 1860, enseignait la doctrine suivante: « Jusqu'à ce jour, il n'existe pas un fait bien établi de chancre non développé sur la face, ou, d'une façon plus générale encore, de *chancre mou céphalique*. » Mais de nouvelles observations prouvent que les chancroïdes céphaliques se présentent assez souvent pour que leur existence soit indubitable, et pour nous permettre de rejeter l'enseignement de Ricord sur ce point.

Mais, avant d'examiner cette question du chancroïde céphalique, voyons quels sont les sièges de prédilection du chancre simple. En examinant les tableaux ayant trait à ce point, on voit que sur un nombre total de 1271 cas chez l'homme 1194 fois le chancroïde siégeait sur les parties

génitales; 826 se trouvaient sur le gland, le prépuce, le sillon glando-pénien, le fourreau de la verge; 24 au niveau du méat urinaire; 9 dans l'urèthre; 9 sur le scrotum; 3 autour de l'anus; 8 sur le doigt; 5 sur la jambe; 1 sur la région thoracique antérieure et 1 sur les fesses. Chez les femmes 185 fois le chancroïde siégeait sur les parties génitales externes; 26 fois au méat et à son voisinage, et dans l'urèthre; 68 fois dans le vagin. La lésion était située à la marge de l'anus dans 33 cas; dans l'angle intercrural, dans 5 cas; sur le périnée, dans 7 cas; à la face interne des cuisses et sur l'hypogastre, dans 7 cas; sur le col utérin, seulement dans 1 cas, et à la fois sur le col utérin et à la fourchette dans 58 cas. Les chancroïdes intra-génitaux ne prennent donc que les 6,05 p. 100 du nombre total des chancroïdes mentionnés; dans ce nombre pas un seul n'est céphalique (c'est-à-dire siégeant à la tête et à la face).

Siège de l'ulcère vénérien simple et de la lésion initiale de la syphilis.

TABLEAU XV (1).

Malades atteints de chancres	Chancre induré.	Chancre simple.
du gland et du prépuce.....	314	296
de la rainure du gland.....	60	15
multiples du pénis, c'est-à-dire situés sur le prépuce et la rainure, la rainure et la glande, etc.....	11	17
multiples du méat.....	32	9
intra-urétral.....	17	3
du scrotum.....	7	0
de l'angle péno-scrotal.....	4	0
de l'anus.....	6	2
des lèvres.....	12	0
de la langue.....	3	0
du nez.....	1	0
de la muqueuse nasale.....	1	0
de la paupière.....	1	0
des doigts.....	1	1
de la jambe.....	1	0
	471	343

TABLEAU XVI (2).

Chancres	Chancres simples.
du gland et du prépuce.....	347
du fourreau de la verge, c'est-à-dire occupant à la fois le prépuce et le fourreau, le fourreau et le gland, etc.	24

(1) Ricord, *op. cit.*, p. 364.(2) Fournier, *op. cit.*, p. 72.(1) Ricord, *Leçons sur le Chancre*, p. 18.

de la verge (sans désignation plus précise).....	25
du méat urinaire.....	11
intra-urétraux.....	5
du scrotum.....	3
du pubis.....	3
des doigts.....	2
de la face interne et supérieure de la de l'anus.....	1
de la région thoracique antérieure....	1
	445

TABLEAU XVII (1).

Malades affectées de chancres simples de la fourchette ou de la fosse naviculaire.....	
des grandes lèvres.....	78
des petites lèvres.....	19
du méat urinaire.....	16
(de ces 21 chancres, 19 se prolongeaient dans l'urèthre.)	21
du voisinage du méat.....	2
du vestibule.....	4
du clitoris.....	1
de l'entrée du vagin (immédiatement en dehors des caroncules myrtiliformes entre ces caroncules et les petites lèvres).....	17
du vagin, en arrière des caroncules... du col utérin.....	7
de la marge de l'anus.....	1
du sillon interfessier.....	23
du périnée.....	5
de la face interne des cuisses.....	5
de l'hypogastre.....	2
	206

TABLEAU XVIII (2).

(Hommes).	
Chancres simples	
du prépuce.....	45
du gland.....	14
du pénis (avec cette simple désignation dans les observations).....	5
du méat.....	2
du fourreau du pénis.....	5
du pénis seulement.....	7
du frein.....	5
du voisinage du méat.....	2
du méat s'étendant dans l'urèthre....	1
de la partie interne de la cuisse.....	3
des fesses.....	1
du scrotum.....	6
	95

(1) Debaugé, *op. cit.*, p. 62-63.(2) Sturgis, *Records of third venereal division, Charity hosp. Blackwell's Island, N. Y., 1879-80.*

TABLEAU XIX (1).

(Femmes).

Chancres simples	
des grandes lèvres.....	22
des petites —.....	17
de la vulve.....	5
de l'anus.....	8
du voisinage du méat.....	3
du vagin.....	9
du vagin en dehors de l'orifice.....	7
du périnée.....	2
de la fourchette.....	12
	83

TABLEAU XX (2).

Chancres simples	
de la fourchette et du col.....	58
— — seule.....	8
du méat urinaire.....	2
de l'anus.....	2
du vagin.....	28
	98

Résumé.

1. Nombre total des chancres mentionnés.....	1271
Nombre total des chancres génitaux..	1194
— — extra-génitaux.....	77
(dont 9 sur la tête et la face)	
2. Nombre total des lésions initiales mentionnées.....	471
Nombre total des lésions initiales génitales.....	434
Nombre total des lésions extra-génitales.....	37

Proportion des chancroïdes	
génitaux au nombre total.....	93,95 p. 100
extragénitaux —.....	6,05 —
céphaliques aux extragénitaux..	0,00 —
lésions initiales génitales au nombre total.....	92,20 —
lésions initiales extragénitales au nombre total.....	7,80 —
lésions initiales céphaliques aux extragénitales.....	54 —

Bien que la proportion des chancres syphilitiques extragénitaux soit légèrement plus forte que celle des chancroïdes extragénitaux (7, 8 p. 100 au lieu de 6, 05 p. 100), la proportion des chancres céphaliques par rapport aux extragénitaux dans leur ensemble est très forte, 54 p. 100. Quoique dans mes statistiques je n'aie pas rencontré un seul cas de chancroïde céphali-

(1) Sturgis, *Records of third venereal division, Charity hosp. Blackwell's Island, N. Y., 1879-80.*(2) Sirus Pirondi, cité par Debaugé, *op. cit.*, p. 66.