

que, il serait imprudent de conclure que cette variété n'existe pas, puisqu'on en a observé des cas. Je ne parle pas ici des inoculations artificielles faites avec succès dans la région céphalique ; les seuls exemples dont je vais m'occuper sont ceux qui ont été observés cliniquement.

Le premier cas positif de cette espèce que je connais est celui qui a été publié par Ricord (1), avec une planche ; l'histoire de ce chancroïde forme un curieux commentaire du passage que nous avons cité de ses *Leçons*. Elle est courte ; je la rapporte ici *in extenso*.

« Ulcération primitive et non indurée de la gencive supérieure. Voici un ulcère virulent primitif de la gencive, contracté par le fait de l'application de la bouche sur les organes génitaux d'une femme affectée de chancre.

C'est le seul exemple que nous ayons rencontré ; ce qui prouve que les chancres des gencives sont beaucoup plus rares que les ulcérations virulentes des lèvres et de la langue, que nous avons eu occasion d'observer plusieurs fois.

Cette ulcération, dont la durée n'a pas été très longue, suivit la marche ordinaire du chancre non induré. Elle guérit, sous l'influence de cautérisations souvent répétées avec le nitrate d'argent, et quelques lotions avec le vin aromatique.

Notre but, en signalant cet exemple, est de prouver que le pus virulent syphilitique inoculable n'a pas pour siège d'élection tel ou tel organe en particulier, et qu'il agit toujours, d'abord localement, partout où il rencontre les conditions voulues pour son développement. De plus, ce qui prouve que la gravité de la syphilis ne dépend pas, comme on l'a dit, du siège de l'accident primitif, c'est que, chez ce malade, il n'y a pas eu d'infection constitutionnelle, ainsi qu'on a pu le constater longtemps après l'époque où ils auraient dû se développer. »

Il faut nous souvenir qu'à cette époque Ricord n'avait pas encore distingué le chancroïde et la lésion initiale de la syphilis, et qu'il commettait une erreur en considérant cette lésion comme syphilitique, comme il l'a reconnu plus tard. Bien qu'aucune auto-inoculation ne fût tentée, l'histoire de la lésion et son apparence ne laissent aucun doute raisonnable sur sa nature chancroïdale. Pourtant Ricord ne veut pas admettre qu'il s'agissait de chancroïdes, car il dit (2) :

« Tous les chancres (céphaliques) appartenaient toujours, et comme *fatatement*, à une seule et même espèce de chancre, à l'espèce indurée. Ils s'accompagnèrent tous des symptômes propres à la vérole

(1) Ricord, *Clinique iconographique*, etc., pl. 21.

(2) Ricord, *Leçons sur le chancre*, Paris, 1860, page 15.

constitutionnelle. Pas un ne resta exempt d'induration, pas un ne se borna aux limites d'une lésion locale, sans retentissement sur l'économie, sans phénomène d'infection générale. Je ne parle pas d'un fait que j'ai publié autrefois. Cette observation relative à un chancre non induré de la gencive, paraîtrait devoir constituer une exception des plus concluantes, si je n'étais devenu, depuis l'époque, déjà très éloignée, où je l'ai recueillie, beaucoup plus exigeant. Je dis bien, dans cette observation, qu'il s'agit d'un chancre non induré de la gencive, contracté avec une femme ayant des chancres, et non suivi, après le temps voulu, d'accidents constitutionnels ; mais j'aurais dû ajouter que *je n'avais pas vu la femme qui avait communiqué cette ulcération*, et que les chancres dont il était question pour elle, n'avaient été constatés que par le malade lui-même (1). Il est également important de faire observer que *je n'avais pas eu recours à l'inoculation artificielle*, comme dernier *criterium*, et que par conséquent il est permis de douter de la précision du diagnostic et de la valeur absolue de l'observation. »

Alfred Fournier (2) emprunte à Puche l'observation suivante :

« Un jeune homme alla trouver Puche, le 17 nov. 1861 ; il portait une ulcération sur la lèvre inférieure près de la ligne médiane, d'apparence chancreuse et durant depuis trois ou quatre jours. Cette ulcération était apparue huit jours après des rapports, dont le malade ne cherchait pas, dit Puche, à dissimuler la nature. Il y avait une adénite légère de la glande sous-maxillaire. Cullerier diagnostiqua un chancre induré. Puche peu satisfait apparemment de ce diagnostic, inocula la lésion sur l'abdomen du malade. Pendant qu'il faisait cette petite opération, le malade en cherchant à écarter la main du chirurgien, se piqua le doigt avec l'instrument inoculateur. Le résultat fut positif au bout de quelques jours tant sur l'abdomen qu'au doigt ; on institua un traitement local, et les trois ulcérations guérirent sans induration ; le malade cessa d'être observé le 31 décembre 1861 ; il ne présentait aucun symptôme constitutionnel de syphilis. »

La controverse de ce cas serait difficile, et à moins d'abandonner complètement la valeur diagnostique de l'autoinoculation, il faut bien

(1) Ricord (*Traité pratique des maladies vénériennes*, Paris, 1838) a donné dans ses tableaux d'inoculation sept cas de syphilis primitive des lèvres, et trois de la gorge ; dans tous ces cas, l'inoculation produisit la pustule caractéristique, comme dans les cas observés dans son service en 1831 et en 1837. Comme il ne donne aucun détail, ces observations n'ont pas de valeur scientifique.

(2) Alfred Fournier, *Nouveau Dict. de méd. et de chir. pratiques*. Art. CHANCRE. Paris, 1867, tome VII.

admettre qu'il s'agissait bien d'un chancroïde de la lèvre. Je sais que les expériences qui ont été faites avec du pus simple sembleraient enlever à cette observation tous ses caractères diagnostiques distinctifs, mais si on considère que ces ulcères ont été artificiellement inoculés sur la face par beaucoup d'observateurs dignes de foi, ce serait, je crois, d'une critique bien raffinée que de nier la nature chancroïdale de cette lésion de la lèvre.

Diday (1) rapporte deux observations de ce qu'il appelle chancres de la bouche, et MM. Boys de Loury et Costilhes (2) en ont publié deux autres cas, un de la paupière et un de l'oreille, mais ces observations sont trop imparfaites pour avoir quelque valeur, et je n'en parlerai plus.

Millet (3) donne l'observation intéressante, quoique un peu imparfaite, d'un homme qui, le 12 juillet 1865, se baignant dans un endroit défendu, fut poursuivi par la police et resta deux heures dans l'eau. Quand il en sortit, il était épuisé et ressentait de violentes douleurs lombaires. — Le 13, il entra à Saint-Antoine, où il resta au lit pendant quinze jours, sans voir aucun ami du dehors que sa maîtresse. Le 28, le lendemain de sa sortie de l'hôpital, il ressentit une cuisson à la lèvre inférieure, dont la surface muco-cutanée présentait quelques petits boutons jaunes. Le lendemain, ces boutons étaient couverts d'une croûte. Craignant d'avoir quelque affection vénérienne, bien qu'il déclarât que sa maîtresse était parfaitement saine, il vint à l'hôpital du Midi le 1^{er} août.

A son entrée, cuisson de la lèvre inférieure, gonflée, mais sans induration. La muqueuse était d'un rouge foncé et reluisante. Sur la surface muqueuse de la lèvre inférieure, près du pli gingivo-labial, on voyait une ulcération ayant l'aspect d'un chancre, et sur la surface cutanée couverte par la peau se trouvaient deux petites ulcérations recouvertes de croûtes. Les dents étaient bonnes, mais sales ; c'était un grand fumeur. La bouche et le pharynx étaient sains. Un ganglion sous-maxillaire, sur la ligne médiane, avait pris les dimensions d'un œuf de pigeon, et était douloureux à la pression. Salivation abondante, mais pas de fétidité de l'haleine. Pas de douleur à la lèvre, sauf pendant la mastication. Le dernier coit, d'après le malade, avait eu lieu le 10 juillet. Le 12 août, on

(1) Diday, *Union méd.* 1858 ; et *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1872, n° 2.

(2) Boys de Loury et Costilhes, *Gaz. méd. de Paris*, 1845, 1847.

(3) Millet, Thèse.

fit une inoculation avec du pus pris sur l'ulcération de la face interne de la lèvre ; cette inoculation donna un résultat positif. L'ulcération qu'elle donna dura quinze jours, et disparut sans traitement, les ulcères de la lèvre guérirent par l'usage local du chlorate de de potasse. Le ganglion sous-maxillaire ne suppura pas.

Millet lui-même doute que cette lésion fût réellement un chancroïde ; deux circonstances, selon lui, ôtent de sa valeur à cette observation : la première, c'est qu'il n'eût pas la permission d'examiner ou même de questionner la maîtresse de cet individu ; la seconde, c'est que le pus de la stomatite ulcéreuse a été démontré inoculable plusieurs fois par M. Bergeron, de l'hôpital Sainte-Eugénie (1).

Le cas suivant est rapporté par Labarthe (2).

Un homme se présenta, le 4 décembre 1870, avec trois chancres du pénis et une adénite inguinale droite fluctuante. Le bubon fut ouvert le jour même et les lésions furent soumises à un traitement local. Le 8 décembre, le malade appela l'attention du médecin sur la lèvre inférieure qui lui faisait mal. Entre la ligne médiane et la commissure gauche, on voyait une ulcération longitudinale ayant l'apparence d'une fissure profonde. Les bords cependant en étaient taillés à pic et un peu décollés ; le fond était grisâtre et était le siège d'une sécrétion purulente. Le malade interrogé dit qu'il avait l'habitude de mettre entre ses lèvres l'épingle servant à maintenir le pansement de son bubon. Labarthe crut avoir affaire à un chancroïde de la lèvre, mais, pour en être plus sûr, il inocula du pus de l'ulcération labiale sur l'abdomen du malade ; au bout de quatre jours le résultat était positif.

Les observations suivantes sont de Profeta, de Palerme (3).

La première observation a trait à un musicien italien, chez lequel un chancroïde, qui dura deux ans, s'étendit de la commissure droite des lèvres à la joue et au front. C'était un chancroïde phagédénique ; sa base était engorgée et non indurée ; il sécrétait du pus en abondance ; les bords en étaient livides et décollés, il présentait en un mot tous les caractères du chancroïde phagédénique. Pas de signes de syphilis constitutionnelle : le malade portait une éruption vésiculo-pustuleuse due à la gale. On pratiqua une autre inoculation qui eut un résultat positif.

La deuxième observation est celle d'un barbier porteur de chancroïdes multiples du pénis, avec un bubon suppuré. En essayant d'ouvrir ce bubon avec un rasoir, il se coupa le doigt, dont la plaie fut souillée

(1) Bergeron, *De la stomatite ulcéreuse*. Paris, 1860.

(2) Labarthe, *Le chancre simple*, Thèse, p. 53.

(3) Profeta, Mémoire traduit dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, tome V.

par le pus et le sang du bubon. Il mit alors promptement le doigt dans sa bouche pour arrêter le sang, et s'inocula. Il portait un chancroïde de l'index de la main gauche avec engorgement lymphatique du bras du même côté ; de plus il avait deux ulcérations chancroïdales des lèvres supérieure et inférieure, occupant à la fois la peau et la muqueuse. Il ne voulut pas se soigner. Profeta le vit plusieurs fois pendant un an, et dit qu'il avait le visage parsemé de chancroïdes.

La troisième observation est une observation de chancroïde phagédénique du pénis, qui était presque entièrement détruit par l'ulcération. Le malade portait aussi un chancroïde du scrotum et une ulcération située sur l'aile droite du nez, ayant tous les caractères d'un chancroïde. Ce dernier chancroïde inocula les parties voisines, finit par devenir phagédénique, et détruisit les tissus sur une grande étendue. Malgré le succès du traitement, Profeta perdit le malade de vue, avant que la cicatrisation ne fût complète.

Dans cette troisième observation on n'eut pas recours à l'autoinoculation : il peut donc s'élever quelque doute sur la nature de la lésion ; n'était-ce pas une syphilide serpigineuse ulcérée, bien qu'il ne soit pas fait mention de syphilis ; mais pour les deux premiers cas aucun doute raisonnable ne peut exister.

Dans la quatrième observation de Profeta (1) il s'agissait d'un chancroïde serpigineux datant de deux ans, situé sur la face. Profeta s'inocula lui-même avec le pus de ce chancroïde en cinq points ; il se produisit cinq chancroïdes qui n'étaient pas encore, au bout de dix-huit mois, suivis de symptômes de syphilis.

Le Dr Taylor (2), de New-York, rapporte un cas observé par lui au dispensaire de New-York.

Un homme porteur de chancroïdes du prépuce, s'inocula lui-même au niveau de l'arcade sus-orbitaire ; il se produisit une ulcération ayant toutes les apparences d'un chancroïde. Le pus de cet ulcère sus-orbitaire fut inoculé sur l'abdomen du malade, et on prit soin d'empêcher que la plaie ne fût contaminée par le pus des chancroïdes ; quatre jours après on constatait un résultat positif.

Outre ces cas d'inoculation accidentelle, des inoculations artificielles ont été pratiquées par Bassereau, Puche, Rollet, Hubbenet et autres, qui prouvent la possibilité d'inoculer le chancroïde à la face. On a dit qu'une des particularités des chancroïdes céphaliques était leur courte durée, mais en passant en revue les ob-

(1) Profeta, *Gazette médicale de Lyon*, pour 1867.

(2) Taylor, *Archives of Practical medicine*, 1873.

servations, je ne suis pas édifié à cet égard. Un nombre suffisant d'observations a été rapporté, qui montrent que la région céphalique n'est pas à l'abri des chancroïdes. Ces ulcérations ne sont pas fréquentes, il est vrai, dans cette région ; aussi pouvons-nous tirer de ce fait la loi générale que les ulcérations de cette partie sont suspectes, et doivent être considérées comme syphilitiques, jusqu'à preuve du contraire.

Origine de l'ulcère vénérien simple.

Comme nous l'avons dit, Clerc, en 1854, voyait dans le chancroïde le résultat de l'inoculation d'un chancre induré sur un sujet déjà syphilitique. Depuis Clerc, cette doctrine est tombée en discrédit, et jusqu'à ces derniers temps, on admettait que le chancroïde et le chancre étaient dus à deux virus distincts, et qu'il n'était pas possible de produire un chancroïde autrement que par le contact d'un chancroïde ou d'un bubon chancroïdal. C'est encore un exemple de l'erreur produite par ce mot *virus*, qui finira, je crois, par être éliminé du vocabulaire des affections vénériennes. Nous avons vu déjà qu'il est possible de produire un ulcère ayant beaucoup de rapports communs avec le chancroïde par l'inoculation de pus simple, et si les expériences sont dignes de confiance, c'est le corpuscule du pus qui est la cause de l'ulcère (chancroïde) et non un virus imaginaire. Voyons s'il en est de même du produit de sécrétion de la syphilis, et quelles sont les conditions du succès.

En 1854, M. Maratray (de Nevers) publia une observation (1) très intéressante et très instructive.

« En septembre 1852, un de mes amis, syphilitique, me consulta sur la nature d'une ulcération située sur le frein, qu'il rapportait à un coït datant de douze jours. Au premier coup d'œil, je reconnus une ulcération spécifique à tendance phagédénique. Il me dit qu'un autre jeune homme, qui avait eu le même jour des rapports avec la même femme, avait une ulcération moins douloureuse et moins étendue. Je reconnus sur ce jeune homme un chancre induré accompagné d'une adénite inguinale parfaitement caractérisée, un des signes les plus certains de la syphilis. Je lui demandai s'il était possible de voir l'auteur présumé de l'accident. La femme consentit à se laisser examiner. Mon attention se dirigea d'abord du côté de la fourchette, siège de prédilection des chancres chez la femme, comme le frein l'est chez l'homme. Je dé-

(1) Maratray, *op. cit.*, p. 49 et suiv.

couvris immédiatement une ulcération spécifique en voie de réparation ; à la palpation on sentait un nodule dur, cartilagineux, élastique. Tous les caractères du chancre induré étaient réunis ; il n'y avait pas d'erreur possible ; les ganglions inguinaux, bien qu'un peu difficiles à reconnaître, étaient pourtant constatables en comparaison de ceux du côté indemne. Malgré une exploration très attentive, rien sur les organes de la femme, ni dans le vagin, ni dans le col, ne put donner raison de l'existence du chancre phagédénique. Comme les bonnes conditions hygiéniques, dans lesquelles le premier malade était placé compensaient un peu l'influence débilite de la syphilis, un pansement au vin aromatique produisit une guérison rapide. Quant aux deux chancres indurés, la cicatrisation était commencée et s'acheva. J'appris ensuite que des symptômes secondaires apparurent chez l'homme et chez la femme malgré un traitement mercuriel de quelque durée. »

Cette observation fut suivie, en 1856, des deux suivantes, publiées par Ricord et citées par Alfred Fournier (1).

Première observation. — Un de mes anciens malades, que j'avais traité pendant plusieurs mois dans mon service en 1843, pour un chancre induré, suivi de manifestations constitutionnelles, roséole, plaques muqueuses de la bouche, adénite cervicale postérieure, alopecie, etc., eut des rapports sexuels en mai 1856. Le malade n'avait pas vu de femme depuis deux mois au moins. Quelques jours après ces rapports, deux chancres apparurent sur le prépuce, un sur la surface cutanée, l'autre sur la surface muqueuse. Le malade ne suivit d'abord aucun traitement. Quand je l'examinai, les chancres duraient depuis dix jours, avaient la dimension d'une pièce de dix sous, sans induration à la base ; ils étaient parfaitement souples et exempts d'inflammation. Les glandes de l'aîne gauche étaient légèrement gonflées et douloureuses. Le diagnostic ne présentait aucun doute. J'avais affaire à des chancres simples, au moins d'après leurs caractères extérieurs. Ils guérirent, sans complications, avec un pansement simple au vin aromatique. L'adénite disparut rapidement. Aucun traitement interne ne fut mis en usage, mais le malade, soumis à une surveillance rigoureuse, ne présenta aucun nouveau symptôme de syphilis. Pendant que ce malade était traité au Midi, mon interne chercha et trouva la femme désignée comme la source du mal de l'homme. Que supposez-vous qu'il trouva ? Un chancre induré typique de la grande lèvre, avec une énorme induration chancroïde. Ce chancre, selon la malade, existait depuis quelques semaines. Il était accompagné d'une adénite bien marquée, et fut suivi de manifestations constitutionnelles.

Deuxième observation. — L., fille de 17 ans, contracta en juin 1856, un chancre induré, accompagné

(1) Alfred Fournier, *Recherches sur la contagion du chancre.*

d'une adénite inguinale, multiple, dure et indolente. Elle suivit un traitement mercuriel pendant quelques semaines seulement. En septembre, une roséole confluyente apparut, les cheveux commencèrent à tomber et une adénite cervicale double se développa. Il ne pouvait y avoir aucun doute sur la nature du mal. A la fin de juin, un de mes malades, que j'avais traité en 1842 pour un chancre infectant suivi de symptômes constitutionnels, eut des rapports avec cette fille, et contracta deux chancres du pénis, l'un sur le frein, l'autre sur le prépuce. Ces deux chancres étaient entièrement exempts d'induration, leur base resta souple. Les ganglions inguinaux ne se prirent pas, et, quoiqu'on n'employât aucun traitement, il ne se manifesta pas de symptômes constitutionnels.

Ricord considérait ces deux cas comme des cas de chancres simples, produits par la sécrétion d'un chancre induré sur un individu déjà syphilitique. Mais ils peuvent donner lieu à une autre interprétation. La femme pouvait avoir ce que Rollet appelle un chancre mixte ; elle pouvait avoir en même temps un chancroïde et la syphilis. Chacun de ces chancres suivant les lois de son développement, le chancroïde devait apparaître le premier. Les hommes, ayant pratiqué le coït à ce moment — il n'y a rien dans l'observation qui permette de rejeter cette supposition — avant l'apparition de la syphilis, ne devaient naturellement contracter qu'un chancroïde ; la femme, examinée après la disparition de son chancroïde, et quand la lésion initiale fut entrée en scène, était évidemment syphilitique ; la conclusion naturelle étant que la sécrétion de la lésion initiale avait produit un chancroïde, était une erreur fatale.

Voyons si d'autres cas ont été publiés, capables de nous aider dans notre recherche.

H. Rey (1) rapporte un cas très extraordinaire, dont voici le résumé :

« Deux jeunes gens, A. et B., n'ayant jamais eu la syphilis, ont des rapports le même jour avec la même femme C. Dix à quinze jours après, A. va voir M. Rey, et lui présente un chancre induré avec adénite inguinale. Quelques jours après, B. va chez M. Rey, et lui présente quatre chancroïdes du pénis, avec une adénite mono-glandulaire inflammatoire. C. est alors examinée. Elle porte un chancre induré à la fourchette, avec adénite syphilitique double. Ensuite A. présente de l'adénite cervicale et des plaques muqueuses de la gorge ; B. un bubon suppuré, qui guérit ainsi que son chancroïde, sous l'influence d'une médication simplement locale, et aucune manifestation n'apparaît dans l'espace de six mois et

(1) H. Rey, *Annuaire de la syphilis*, 1858

demi après la cicatrisation du chancroïde; C. a une syphilide maculeuse. »

Que signifie cette observation de M. Rey? Deux individus, A. et B. non syphilitiques, ont le même jour des rapports avec la même femme, C. Elle porte un chancre induré magnifique. Quel est le résultat? L'un, A., contracte la syphilis — ce que nous devons prévoir; mais l'autre, B., contracte des chancroïdes, — ce à quoi nous ne nous attendions pas. Pourquoi? C'est inexplicable, à moins qu'il ne soit arrivé ceci: B. pratiqua le coït immédiatement après A.; l'excitation produite sur la femme par le coït de A. fit suppurer la lésion initiale de cette femme, et le pus devenu inflammatoire inocula, non la syphilis mais un ulcère local (chancroïde). Ceci est une hypothèse pure, car, bien que nous possédions beaucoup d'exemples de l'auto-inoculation de lésions initiales enflammées, nous n'en possédons aucune, à ma connaissance, d'inoculation de ce pus inflammatoire sur des sujets non syphilitiques, et jusqu'à ce que cela ait été fait le problème reste non résolu (1).

Mais, bien que nous ne possédions aucun cas remplissant ces conditions, il y en a un, publié par Melchior Robert (2) qui nous offre une expérience très intéressante ayant trait indirectement à ce sujet:

« Madame J. présentait deux ulcérations cancéreuses du nez, dont la plus grande avait les dimensions d'une pièce d'un franc.

14 octobre. L'ulcération la plus étendue fut pansée avec de la charpie imbibée de pus pris sur un chancre récent d'inoculation pratiquée sur une syphilitique; ce chancre provenait d'une ulcération simple.

16-25 octobre. L'inflammation périphérique a augmenté; l'ulcération a pris de l'extension. Le fond de l'ulcère est gris; ses bords festonnés sont décollés. La suppuration est très abondante, et la malade se plaint de chaleur et de cuisson en ce point. Pas d'engorgement ganglionnaire.

1^{er} novembre. L'ulcère est évidemment transformé en chancre.

15 décembre. La plaie qui avait été inoculée, et qui était cicatrisée en partie, fut pansée avec du vin aromatique. Aucun signe d'adénite ni d'infection.

27 décembre. L'ulcère d'inoculation, ainsi que la

(1) A ce propos, voir Lee, *Lectures on syphilitic and vaccino-syphilitic inoculations*. London, 1863. — Boeck, *Recherches sur la syphilis*. Christiania, 1882. — Danielssen, *Deutsche Klinik*, n° 33, 1858, etc.

(2) M. Robert, *Nouveau traité des maladies vénériennes*. Paris, 1861. Cette observation a été rapportée plus haut et plus complètement, pour établir un autre point de doctrine.

seconde ulcération cancéreuse, étaient complètement guéris. Il n'y eut aucun signe d'infection constitutionnelle. On fit d'abord des pansements au diachylon, pris au vin aromatique.

Ainsi on n'a pas encore publié, on ne connaît pas d'observations, qui établissent la descendance directe du chancroïde de la syphilis celles que j'ai citées (les seules que j'ai trouvées) présentent toutes des objections sérieuses.

Il serait évidemment oiseux de spéculer sur la possibilité de cette filiation; contentons-nous donc de dire que l'ulcère vénérien simple (le chancroïde) provient de la sécrétion d'un autre chancroïde, ou d'un bubon virulent (chancroïdal), et de rien autre chose. La possibilité d'auto-inoculer du pus ordinaire n'enlève à ce fait rien de son importance.

Anatomie de l'ulcère vénérien simple.

Ce sujet a été peu étudié, et presque tout ce que nous savons de la pathologie du chancroïde, nous le devons aux Allemands. Kaposi (1) et Caspary (2) sont les auteurs qui se sont occupés des derniers de ce sujet, et comme la description de Kaposi est la meilleure, je la donne *in extenso*;

L'examen microscopique d'une coupe perpendiculaire, comprenant les bords, les parties voisines enflammées, en même temps qu'une partie du fond et de la base enflammée de l'ulcère, montre que le point de la peau occupée par un chancroïde présente deux parties distinctes, qui ont subi différentes altérations anatomiques (fig. 60).

A partir du fond de l'ulcère, *c d*, jusqu'à une profondeur considérable dans le chorion, on trouve une infiltration cellulaire uniforme et extrêmement épaisse, qui se termine brusquement à la ligne *f g*. Cette infiltration se continue au-dessous des papilles intactes des bords de l'ulcère, *e l*, et latéralement beaucoup plus loin que les limites de son fond. Le tissu qui borde la masse infiltrée, *f g h i*, se compose de mailles lâches, et présente des cellules éparpillées à gros noyau, que le carmin met bien en évidence. Dans les bords tuméfiés, *a b*, un certain nombre de papilles, *e*, qui se trouvent le plus près du fond de l'ulcère, sont épaissies et infiltrées d'une grande quantité de cellules. La couche des cellules de Malpighi entre ces papilles est épaissie. Elles, *b*, surplombent les parois de l'ulcère (décollement). Le

(1) Kaposi, *Syphilis der Haut und der angrenzenden Schleimhäute*. Wien, 1873.

(2) Caspary, *Zur Anatomie des Ulcus durum und molle*. *Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis*, 1876.

fond de l'ulcère, *cd*, est formé du chorion infiltré de cellules et est dépourvu de papilles. Le chorion et les papilles, partout où ils sont infiltrés de cellules, montrent de nombreux vaisseaux, dont la plupart sont

des vaisseaux sanguins. Quelques-uns pourtant sont des lymphatiques.

A un grossissement plus considérable (fig. 61), la partie infiltrée, *a b d*, consiste en un réseau serré

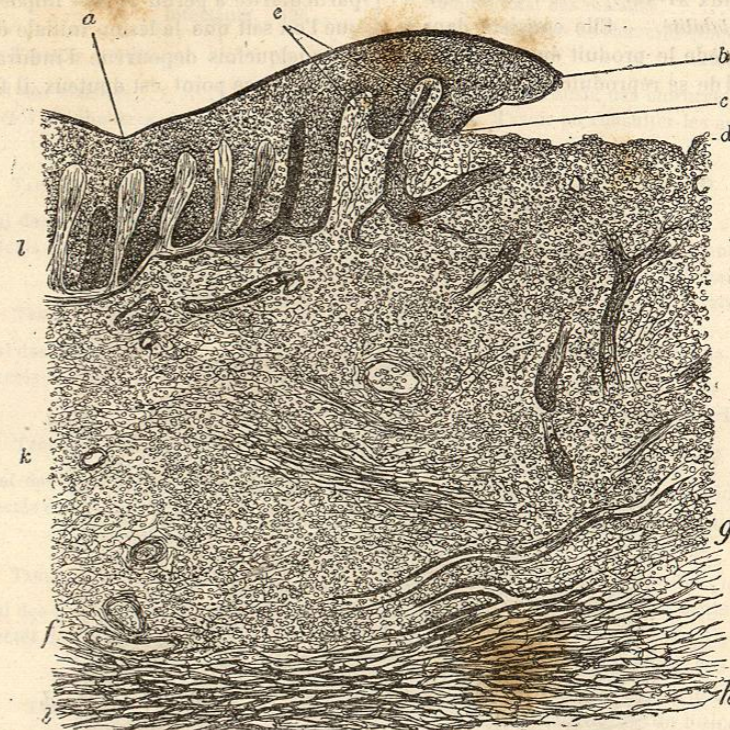


Fig. 60. — Coupe d'un chancre simple. Hartnack, *oc. 3, obj. 4* (*).

(* *ab*, pourtour du chancre tuméfié; *cd*, base du chancre; *bc*, épiderme; *c*, bord décollé; *cd, fg*, zone infiltrée de cellules, traversée par de nombreux vaisseaux sanguins dilatés; *fg, hi*, tissu sous-jacent à la base du chancre, larges mailles œdémateuses exemples d'infiltration cellulaire; *e*, papilles élargies infiltrées de cellules; *k*, continuation du tissu infiltré de cellules au-dessous des papilles intactes du bord du chancre (d'après Kaposi).

de faisceaux de fibres à contours peu nets dont les uns sont étroits, les autres larges; dans ce réseau on trouve en abondance des cellules nucléées et également distribuées, dont les unes sont très grandes et ressemblent aux corpuscules lymphatiques, les autres plus petites. Les cellules qui se trouvent près du fond de l'ulcère et des parties voisines sont pour la plupart petites et irrégulières, avec des noyaux disséminés. On trouve aussi un grand nombre de noyaux et de nucléoles libres. Plus profondément les cellules ont généralement l'apparence des corpuscules inflammatoires, mais il y en a aussi beaucoup de plus petits. L'épaississement remarquable des parois vasculaires offre un grand intérêt, *a d g*; ces parois paraissent prises dans un réseau de prolifération, due à des dépôts fibreux adventices, parallèles à leur direction. Dans ce réseau on trouve des cellules à gros noyaux. Les orifices des vais-

seaux sont partout apparents dans le tissu d'infiltration, dilatés qu'ils sont par l'œdème avoisinant. La dégénération des tissus et des cellules infiltrées ne se produit qu'à la partie supérieure, et dans une étendue limitée seulement par l'étendue et la profondeur de l'infiltration. Il n'existe pas d'abcès interstitiels. Nous n'avons trouvé aucun caractère distinctif qui puisse nous permettre de distinguer l'infiltration cellulaire du chorion et des papilles, ou la dégénération subséquente de cette infiltration du processus similaire d'origine commune.

Diagnostic de l'ulcère vénérien simple.

Répétant ce que nous avons dit auparavant des caractères extérieurs du chancroïde, nous dirons que le diagnostic de cette lésion repose sur les points suivants:

1° *Absence d'incubation.* — Le chancroïde apparaît habituellement dans les huit jours qui suivent le coït infectant et probablement dans beaucoup de cas plus tôt encore. (Voir le résumé des tableaux XI-XIV.)

2° *Auto-inoculabilité.* — Elle consiste dans la faculté que possède le produit de sécrétion de l'ulcère originel de se reproduire dans certaines

limites. — C'est à cause de cette propriété que le chancroïde est plus souvent multiple qu'unique. (Voir le résumé des tableaux V-X.)

3° *Absence d'induration de la base.* — Cette particularité a perdu de son importance depuis que l'on sait que la lésion initiale de la syphilis est quelquefois dépourvue d'induration. Néanmoins, si ce point est douteux, il faut avoir re-

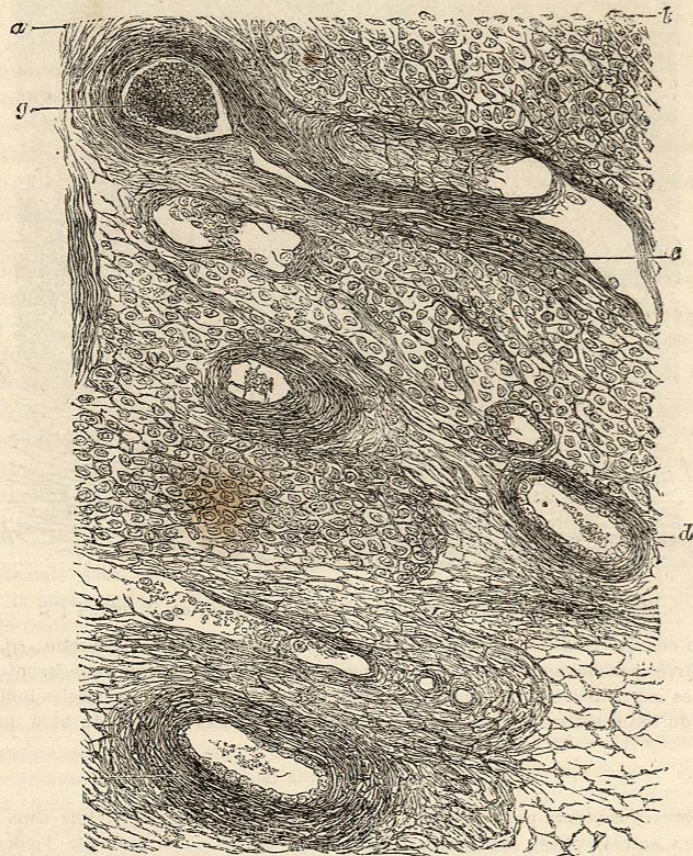


Fig. 61. — Coupe pratiquée à travers un chancre mou (chancroïde). Harnack, oc. 3, obj. 7 (Kaposi).

cours à d'autres signes pour établir le diagnostic. La pseudo-induration de l'ulcère simple doit être appréciée de la même façon.

4° *Suppuration copieuse.* — Elle est due à la nature inflammatoire et destructive de l'ulcère.

5° *Bords taillés à pic et décollés.*

6° *Aspect irrégulier et érodé du fond.*

7° *Couche d'un gris jaunâtre couvrant le fond.* Ces trois derniers caractères sont le fait ou le résultat de l'inflammation.

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

TABLEAU XXV (1).

Nombre total des malades.....	10,000
— affectés de chancres simples...	8,055
— — infectants.	1,955

(1) Ricord, *op. cit.*, p. 10.

TABLEAU XXVI (1).

Nombre total des malades.....	341
— affectés de chancres simples...	215
— — infectants.	126

TABLEAU XXVII (2).

Nombre total des malades.....	208
— affectés de chancres simples..	108
— — infectants.	90

TABLEAU XXVIII (3).

Nombre total des malades.....	150
— affectés de chancres simples...	105
— — infectants.	45

TABLEAU XXIX (4).

Nombre total des malades.....	136
— affectés de chancres simples...	71
— — infectants.	65

TABLEAU XXX (5).

Nombre total des malades.....	336
— affectés de chancres simples...	201
— — infectants.	185

TABLEAU XXXI (6).

Nombre total des malades.....	353
— affectés de chancres simples...	123
— — infectants.	230

TABLEAU XXXII.

Nombre total des malades.....	131
— affectés de chancres simples...	77
— — infectants.	54

TABLEAU XXXIII (7).

Nombre total des malades.....	167
— affectés de chancres simples...	104
— — infectants.	63

TABLEAU XXXIV (8).

Division B.

Nombre total des malades.....	619
— affectés de chancres simples...	389
— — infectants.	230

(1) Fournier, *ibid.*, p. 9.

(2) Chabaliér, *Historique de la pluralité des maladies vénériennes.* Thèse. Paris, 1860.

(3) Belhomme et Martin, *Traité théorique et pratique de la syphilis et des maladies vénériennes*, p. 129, 1876.

(4) Nodet, cité par Labarthe, *Le chancre simple*, p. 110. Thèse. Paris, 1872.

(5) Millet, *op. cit.*, p. 53.

(6) Belhomme et Martin, *op. cit.*, p. 477.

(7) Labarthe, *op. cit.*, p. 10.

(8) Sturgis, *Records of the male venereal division B,*

TABLEAU XXXV (1).

Division F.

Nombre total des malades.....	786
— affectés de chancres simples...	640
— — infectants.	146

Je dois à la courtoisie des chirurgiens, les D^{rs} Bronson et Fox, d'avoir pu consulter les archives de leurs divisions.

Résumé.

Nombre total des malades.....	13,572
— atteints de chancres simples...	10,337
— — infectants.	3,235
Proportion des chancres simples au nombre total	76,1 p. 100
Proportion des chancres infectants.	23,9 p. 100

Pronostic de l'ulcère vénérien simple.

On peut dire en général qu'il est favorable; la grande majorité des chancroïdes guérissent rapidement, sans laisser de suites fâcheuses, soit générales (car la maladie est purement locale, jamais constitutionnelle), soit locales. Mais à cette règle, comme à toutes les règles, il y a des exceptions, et ces exceptions se présentent ordinairement dans les cas de phagédénisme. Dans ces cas, la destruction est souvent effrayante, et l'incurabilité de l'ulcération, l'épuisement qu'elle produit, et les hémorragies sérieuses auxquelles elle donne naissance, amènent assez souvent une terminaison fatale. Ces cas sont heureusement rares, du moins parmi la population blanche; les cas fatals que j'ai observés se sont produits dans la race noire; j'ai souvent été frappé de la marche alarmante et rebelle que prennent, chez les nègres et les Chinois, les maladies vénériennes, en particulier le chancroïde et la syphilis. Il paraît que la même particularité se montre chez les Mexicains, spécialement chez les individus qui ont du sang nègre ou indien.

Traitement de l'ulcère vénérien simple.

Je m'occuperai d'abord du traitement du chancroïde non compliqué, et j'examinerai ensuite les diverses complications. Dans le traitement de tous les chancroïdes, deux indications ne doivent jamais être perdues de vue: la

New-York dispensary, from Sept. 1 1878, to Sept. 1, 1880.

(1) Sturgis, *Record of the male venereal division F, New-York dispensary, from Sept. 1, 1878, to Sept. 1, 1880.*

première est de prévenir l'extension de l'ulcération et de combattre l'inflammation; la seconde d'empêcher le transport du pus sur les tissus voisins éloignés, pour prévenir la formation de nouveaux ulcères.

La meilleure méthode pour remplir la première de ces indications est de détruire la surface ulcérée, spécialement si elle est étendue et fait des progrès, par quelque caustique actif qui, en transformant la nature de l'ulcère, en détermine la guérison; c'est ce qu'on appelle vulgairement détruire le virus. Le meilleur agent est le cautère actuel chauffé à blanc, le galvano-cautère, le cautère de Paquelin; chacun d'eux suffit à modifier le caractère de l'ulcère. C'est aux ulcères serpigineux diphthéritiques et phagédéniques, dont l'extension est rapide et les ravages sérieux, que cette forme de cautérisation s'adapte le mieux; pour les variétés plus bénignes, un caustique moins puissant suffit. L'acide sulfurique chimiquement pur est à la tête de ces derniers: il détruit radicalement l'ulcération; puis viennent la potasse caustique, les acides nitrique et phénique chimiquement purs, l'iode et le brome, et en dernier lieu le nitrate d'argent, qu'on ne peut pas proprement appeler un caustique, son action étant si superficielle, qu'il constitue plutôt un agent stimulant qu'un agent destructeur.

Beaucoup de chirurgiens rejettent aujourd'hui l'usage des agents caustiques ou destructeurs dans le traitement de la majorité des chancroïdes, qu'on rencontre dans la pratique, prétendant que des moyens plus doux et moins héroïques suffisent à la guérison. Il est certainement parfaitement vrai qu'un grand nombre d'ulcères vénériens simples, qu'on rencontre aujourd'hui, appartient à la variété bénigne et superficielle, et guérit avec l'iodoforme ou quelque remède aussi simple. Mais l'avantage des caustiques, tant que l'ulcération est enflammée et de mauvaise nature, est qu'ils substituent à cet état de choses une lésion de bonne nature, et s'opposent à l'apparition de l'inflammation qui assez souvent envahit les chancroïdes. En outre l'usage des caustiques hâte la guérison, et tous les moyens qui atteignent ce résultat sont bons, alors même qu'ils ne sembleraient pas absolument indiqués.

APPLICATION DE CAUSTIQUES.

Si l'on doit faire usage de caustiques, certaines précautions doivent être observées pour rendre leur usage efficace. Après avoir choisi le

plus actif, il faut l'appliquer non seulement sur la surface apparente de l'ulcère, mais sous ses bords et dans le tissu sain dans l'étendue de trois à quatre millimètres ou plus, si le décollement prend de l'extension; en d'autres termes, l'ulcération doit être détruite dans toute son étendue; autrement l'ulcération de bonne nature que laisse après elle la cautérisation, peut être contaminée avec le pus venant des parties restées à l'abri de son action; l'inflammation renaît et s'étend à une plus grande surface encore. Les anciens caustiques connus sous le nom de pâte de Ricord et de Canquoin ont dernièrement cessé d'être en usage; leur emploi ne présente aucun avantage sur la cautérisation simple de l'ulcère avec le caustique liquide suivi de pansements à l'eau froide, et il a l'inconvénient de dérober le chancroïde à la vue, et d'empêcher ainsi le chirurgien de savoir ce qui se passe au-dessous de la croûte. Plus l'agent employé est simple et efficace, plus l'ulcère est accessible à l'inspection du chirurgien, plus rapide est la guérison, car on peut appliquer le caustique assez fréquemment pour assurer la substitution d'un processus de bonne nature à l'inflammation morbide.

PANSEMENTS CONSÉCUTIFS.

Les pansements consécutifs sont ceux qui sont employés d'une manière continue dans l'intervalle des cautérisations. Les pansements secs sont infiniment préférables aux pansements humides. L'iodoforme est l'agent le plus recommandable sous ce rapport; la seule objection à son usage est son odeur âcre et pénétrante. On a proposé beaucoup de substances pour pallier ce défaut, la dernière est l'hydrate de chloral; mais aucune d'elles n'a une grande efficacité. La meilleure manière de corriger cette odeur serait peut-être d'avertir le malade de ne pas répandre de la poudre d'iodoforme sur ses mains et sur ses vêtements; avec une attention suffisante, on peut ainsi amoindrir le désagrément d'un excellent médicament. Outre l'iodoforme, l'oxyde de zinc impur, le tannin en poudre mêlé à quelque autre poudre inerte comme le bismuth ou le lycopode, dans la proportion d'une partie du médicament actif pour trois parties du médicament inerte, sont souvent utiles. Ces pansements doivent être faits plusieurs fois par jour, l'ulcération lavée avec soin à l'eau chaude avant chaque pansement. Après avoir saupoudré les parties, on les protège avec de la charpie ou du

coton absorbable de Davison, lequel constitue un excellent pansement. Des pansements humides les solutions d'acide phénique sont les meilleurs, mais l'inconvénient de l'usage prolongé de ces solutions est qu'elles macèrent l'épithélium des tissus voisins sains, qu'elles font durcir les parties environnantes et qu'elles rendent l'ulcère indolent et flasque. Un autre excellent pansement et préférable peut-être, en somme, à l'acide phénique, est ce qu'on appelle à l'hôpital de la Charité de Blackwell's Island la lotion à l'acide nitrique, qui est faite simplement avec une solution de 4 grammes environ d'acide nitrique chimiquement pur dissous dans un demi-litre d'eau. Si cette solution produit une sensation de brûlure et de douleur au niveau de l'ulcère pendant plus de trois à quatre minutes après son application, elle doit être diluée; autrement il faut s'en servir telle quelle. Sous l'influence de cette solution, la surface de l'ulcère perd son aspect grisâtre, et se couvre de granulations de bonne nature; l'écoulement purulent cesse et les bords de la plaie se recollent. Alors il faut cesser ce pansement et y substituer un

pansement sec. Dans le traitement de cette variété d'ulcère, il faut avoir soin de persévérer dans l'usage des médicaments jusqu'à cicatrisation complète, car un certain nombre de chancroïdes s'enflamment et s'étendent de nouveau, alors même qu'ils paraissent tout près de la guérison.

L'usage des bains d'eau chaude, généraux et locaux, a été recommandé, et il est certain que dans les cas d'inflammation intense, ils sont très utiles. Mais au point de vue de la guérison des chancroïdes, je ne puis me servir de termes d'approbation de quelques auteurs parlant du traitement par l'eau chaude; le plus que j'ai obtenu a été une diminution de l'inflammation, surtout dans les ulcères phagédéniques, dans lesquels, après la disparition des symptômes aigus (gonflement, rougeur et douleur), l'ulcère reste stationnaire, et réclame pour guérir des mesures plus actives. Il peut rester dans cet état stationnaire alors même que le traitement par les bains a été suivi avec soin et persévérance.

COMPLICATIONS DE L'ULCÈRE VÉNÉRIEN SIMPLE

Pathologie.

Ces complications sont nombreuses, et plus l'inflammation est aiguë, plus elles ont chance de se produire.

BUBON.

La plus fréquente est le bubon; il est de deux espèces: le bubon simple, produit par sympathie, n'est en réalité qu'un abcès glandulaire ou périglandulaire, qui sécrète du pus simple et guérit rapidement dès qu'il s'est vidé; l'autre espèce, le bubon virulent, est toujours sérieuse, dépend de l'absorption de la matière chancroïdale par les lymphatiques, de son arrêt et de sa rétention dans la chaîne ganglionnaire la plus proche; il produit une ulcération inflammatoire et contagieuse du ganglion, semblable à celle qui donne naissance au bubon.

Pour montrer la fréquence relative des complications variées de l'ulcère vénérien simple, je renvoie le lecteur au tableau ci-joint.

Fréquence des complications de l'ulcère vénérien simple.

TABLEAU XXI (1).

Nombre des malades.....	200
— sans complications.....	135
— avec.....	65
— bubons (non suppurés).....	22
— phimosis.....	21
— gonorrhée.....	17
— balano-posthite.....	5

Ainsi sur 200 cas observés au dispensaire de New-York dans les quatre derniers mois de 1879, il y eut des complications dans 65 cas, ou dans un tiers des cas environ, et sur ces 65 malades, 22 ou environ un tiers eurent des bubons; ceux atteints de phimosis, de blennorrhagie et de balano-posthite, ne forment que les deux autres tiers. C'est donc le bubon qui est la complication la plus fréquente des chancroïdes. Ces bubons sont-ils ordinairement uni-

(1) Sturgis, *Records of New-York dispensary for the last four months of 1879, division F.*