

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.*

latéraux ou bilatéraux? Le premier des tableaux suivant, nous montre que sur 71 malades ayant des bubons, 54 n'en avaient qu'un, 17 en avaient des deux côtés; le bubon en effet est généralement unilatéral, à moins que l'ulcère ne soit situé sur le pénis ou tout près du pénis, et les chancroïdes du pénis ne sont pas aussi fréquents que ceux des autres points de la muqueuse génitale (voir tableau XVIII).

Fréquence du bubon dans les cas d'ulcère vénérien simple.

TABLEAU XXII (1).

Malades atteints de chancroïde.....	249
— sans bubons.....	178
— avec —.....	71
— avec un bubon.....	54
— avec un double bubon..	17

TABLEAU XXIII (2).

Malades atteints de chancres simples..	207
— — bubons.....	65
— sans bubons.....	142

TABLEAU XXIV (3).

Nombre total des bubons.....	71
Bubons suppurés.....	30
— non suppurés.....	41

Résumé.

Nombre total des malades.....	456
— avec bubons.....	136
— sans bubons.....	320
Proportion des cas de bubons au nombre total.....	30 p. 100
Nombre total des bubons (Voir Tabl. XXIV).....	71
Proportion des bubons suppurés au nombre total des bubons (Tabl. XXIV).....	42.2 p. 100

Au point de vue pathologique, il y a donc deux espèces de bubons, le bubon sympathique, et le bubon d'absorption. Le premier symptôme noté par le malade est une sensation de gêne et de douleur dans l'aîne d'un côté ou dans les deux, exaspérée par les mouvements; à l'examen, le chirurgien découvre un ou plusieurs ganglions tuméfiés et douloureux. Cette tuméfaction diffère matériellement de l'adénite syphi-

(1) Sturgis, *Records of third venereal division, Charity hospital, B.-J., New-York, 1879, in-8.*

(2) Ricord, *op. cit.*, p. 40.

(3) Sturgis, *Records of third venereal division, Charity hospital, B.-J., New-York, 1879, in-8.*

litique: le ganglion n'est pas distinct et séparable des tissus voisins, mais il se confond avec l'infiltration inflammatoire et l'exsudation cellulaire; les limites n'en sont pas nettes; le gonflement gêne les mouvements. D'abord il n'y a pas de rougeur, mais au bout de peu de temps, la rougeur apparaît et envahit toute la partie tuméfiée. Après une durée plus ou moins longue, le sommet de la partie tuméfiée se ramollit, et au palper on trouve de la fluctuation. Jusque-là, les deux espèces de bubons ont la même marche, et il n'y a aucun moyen de savoir à quelle classe on a affaire. Dès que la fluctuation est certaine, le plus sage est d'ouvrir le bubon, et cela pour deux raisons: c'est, en chirurgie, une règle fondamentale d'évacuer le pus partout où cela est praticable; le bubon, s'il est simple, guérit plus rapidement s'il est ouvert, tandis que, s'il est virulent, il est extrêmement important de l'ouvrir, en premier lieu pour l'empêcher de creuser, et en second lieu pour arrêter l'action destructive, qui est constante et très dangereuse. Ces bubons, quand on les abandonne à eux-mêmes, s'ouvrent toujours spontanément plus ou moins vite, mais parfois pas avant d'avoir produit de larges décollements de la peau; c'est donc d'une bonne pratique d'ouvrir en toutes circonstances un bubon dans lequel la fluctuation est évidente.

Le bubon, une fois ouvert, prend une marche différente selon l'espèce à laquelle il appartient. Le *bubon simple* est un abcès ordinaire à fond et à bords bien propres et de bon aspect; il sécrète un pus louable, les granulations sont rouges, il saigne aisément et guérit rapidement. Le *bubon d'absorption*, d'autre part, a l'apparence d'un chancroïde, ce qu'il est en effet; le fond est inégal, irrégulier, de mauvaise mine, couvert d'une couche pultacée d'un gris sale ou jaune, adhérente; les bords sont décollés et la peau qui les recouvre est flétrie et ridée; la suppuration, abondante, est grisâtre ou brune, sanieuse, a des propriétés irritantes, différant ainsi beaucoup du pus normal; il n'y a pas de granulations de bonne nature. A moins d'être arrêtée par le traitement, l'ulcération prend une extension rapide, détruisant les tissus et creusant l'aîne profondément dans la direction de la cuisse et même des parois abdominales, donnant assez souvent naissance à des hémorragies alarmantes, qui proviennent de l'érosion des artères épigastriques superficielles et fémorales.

Les autres complications possibles de l'ulcère vénérien simple sont le phimosis, le paraphimosis, la balanite et le phagédénisme.

PHIMOSIS ET PARAPHIMOSIS.

Ces complications sont sérieuses seulement quand elles sont aggravées par une inflammation intense, quand l'obstacle mis à la nutrition des parties amène de la gangrène. Dans le *phimosis*, la peau du pénis s'œdématie énormément, le prépuce ne peut plus être ramené en arrière et l'écoulement devient souvent assez abondant pour simuler la blennorrhagie. C'est l'auto-inoculation qui, ici, nous vient en aide, et si elle est positive, tous les doutes disparaissent, car le pus blennorrhagique ne s'auto-inocule pas. Si le résultat est négatif, les probabilités sont en faveur de la blennorrhagie; et ce point est important au point de vue du traitement, car dans la blennorrhagie on peut recourir aux incisions, pour guérir les phimosis, tandis que le chirurgien hésitera à l'employer, s'il a affaire à un chancroïde.

PARAPHIMOSIS.

Le diagnostic est beaucoup plus facile, les parties sont à découvert, et le seul but du chirurgien doit être de prévenir la gangrène.

BALANITE.

Elle s'observe assez souvent avec les chancroïdes; elle constitue un ennui plutôt qu'un accident sérieux, les abrasions se convertissant en ulcères chancroïdaux qui tendent à se réunir.

PHAGÉDÉNISME.

Outre les complications que nous venons de passer en revue, il y en a une autre, de beaucoup la plus sérieuse: je veux parler du *phagédénisme*. Il est la conséquence de quelque vice constitutionnel, comme la tuberculose ou la scrofule, ou d'une altération générale de l'économie, comme l'alcoolisme, et non pas d'une cause locale inhérente à l'ulcère lui-même ou de l'inflammation de cet ulcère. Quand un chancroïde est atteint de phagédénisme, ses caractères et son aspect extérieur subissent de notables changements. Le pus, qui était abondant et de bonne nature, devient rare et terne; il passe du jaune au brun, quelquefois même au noir. Ce changement de coloration est dû à la destruction des tissus; son fond prend une teinte d'un gris de plomb, brune ou noire, et se convertit en une masse pultacée, épaisse, gra-

nuleuse; les bords décollés s'affaissent, en même temps que l'ulcère continue à creuser et prend une extension alarmante. Quelquefois il se fait un commencement de cicatrisation à une des extrémités de l'ulcération, qui fait de rapides progrès à l'autre; elle peut décrire aussi des sinuosités, et prend alors le nom de *chancroïde phagédénique serpigneux*. D'autres fois, le fond de l'ulcère est recouvert d'une membrane grisâtre floconneuse, assez semblable à une membrane diphthéritique, et également adhérente. C'est le *chancroïde diphthéritique*. L'odeur de ces ulcères est nauséabonde, et le malade, épuisé par la suppuration et la nécrose des tissus, quelquefois par les hémorragies dues à l'érosion des vaisseaux que l'ulcération envahit, peut être réduit à un état de faiblesse alarmant.

Sous l'influence d'un traitement approprié, le phagédénisme disparaît quelquefois; l'ulcère revêt alors l'aspect d'une plaie simple granuleuse, et finit par guérir, mais souvent aux dépens d'une perte de substance sérieuse, en laissant une cicatrice indélébile. Cet heureux résultat n'est pas toujours atteint; quelquefois l'ulcère refuse absolument de guérir avec le traitement le plus approprié, reste indolent, garde son mauvais aspect, le fond couvert d'un exsudat grisâtre, et les quelques granulations qui en émergent, restent flasques et peu viables. L'ulcère reste plus ou moins longtemps en cet état, jusqu'à ce qu'une cause accidentelle l'excite; alors l'activité morbide se réveille soudainement, le phagédénisme s'étend avec une rapidité effrayante, et il en résulte une perte de substance grave. Cette période d'activité s'arrête au bout de quelque temps, l'ulcère retombe dans son état d'indolence précédent, jusqu'à ce qu'il reprenne une activité nouvelle. Ces *chancroïdes chroniques* sont incurables en pratique, et le malade finit par mourir d'épuisement et de phthisie concomitante, comme c'est, je crois, souvent le cas. J'ai observé beaucoup de ces cas à l'hôpital, et bien que je ne puisse affirmer d'une manière absolue que c'est la phthisie qui est la cause de l'incurabilité dans ce cas, je crois qu'elle joue à ce point de vue un rôle important.

CHANCRE MIXTE.

Le chancroïde peut se présenter sous un aspect qui ne constitue guère ce qu'on doit appeler une complication, mais qui est plein d'intérêt et mérite d'être mentionné. Je fais allusion

au chancre mixte de Rollet, dont l'invention fut un heureux trait de génie pour rendre compte de certains ulcères, qui, bien que constituant au début de leur carrière des chancroïdes indubitables, se transforment au bout de quelque temps en chancres syphilitiques et sont suivis des autres symptômes de la syphilis constitutionnelle. Le nom donné à cette lésion produisit une grande confusion; on croyait au mélange réel des deux espèces de virus, et on pensait que la sécrétion de cet ulcère devait produire par inoculation une lésion qui, bien que purement chancroïdale au début, devenait syphilitique et était suivie des manifestations consécutives de la syphilis sur la peau et les muqueuses. Mais l'expérience a montré que telle n'était pas la marche invariable des choses, et que dans les cas où elles prenaient cette tournure, cela était dû à la période à laquelle était arrivé l'ulcère ayant fourni la matière de l'inoculation.

Ainsi, quand on se servait du pus pris sur un ulcère encore récent, c'est-à-dire dans les quinze premiers jours de son existence, l'ulcère d'inoculation était et restait un chancroïde; mais si ce pus était pris entre le quinzième et le vingt et unième jour, l'ulcère, qui en résultait, débutait souvent sous la forme d'un chancroïde et se terminait par celle d'un chancre syphilitique; si ce pus était pris après le vingt et unième jour, il ne se produisait pas un chancroïde, mais dès le début un chancre syphilitique. En d'autres termes, il y avait un mélange des deux virus; il se faisait une double infection au même point, ne résultant peut-être pas nécessairement du même côté, et chacune des deux affections suivant sa marche propre, la première était un chancroïde, et la lésion syphilitique initiale apparaissait en son temps. Chacune des deux maladies, pour parodier la vieille maxime bien connue de la politique romaine *divide et impera*, poursuit sa marche indépendamment de l'autre dans la mesure possible; mais la syphilis, ayant un caractère de chronicité plus marqué, survit naturellement au chancroïde.

Traitement des complications.

BUBON.

Les bubons réclament, suivant leur âge, un traitement abortif ou stimulant. Tout à fait au début, il faut essayer de déterminer l'absorption et la disparition du gonflement. On fera des applications locales de teinture d'iode (simple ou composée) sur le ganglion tuméfié, en même

temps que de la compression, si le gonflement le permet. En outre, on a employé avec des succès variés les applications de nitrate d'argent (2 grammes, 2 gr. 50 et même 4 grammes pour 30 grammes d'eau) et de collodion, soit seul, soit tenant en suspension de l'iodoforme. L'administration interne du sulfure de calcium, à doses variant de 5 milligrammes à 3 centigrammes, n'a pas produit entre mes mains de résultats satisfaisants, bien que quelques auteurs en fassent le plus grand éloge. L'application de glace peut être utile en diminuant la douleur et l'inflammation.

Dès que la fluctuation est manifeste, ces remèdes doivent être abandonnés, et il faut instituer un autre traitement. Tout doit être fait pour favoriser la suppuration, pour les raisons que j'ai déjà données et que je puis répéter. Comme je l'ai dit, quand un bubon menace de s'ouvrir, il est impossible, avant qu'il soit ouvert, de déclarer s'il est *simple*, ou, comme on dit, *virulent*; aussi est-il important de favoriser la suppuration et de bien établir ce point. Si le bubon est *simple*, l'évacuation du pus sera presque tout le traitement, avec un pansement à la charpie et à l'eau froide. Mais s'il s'agit d'un bubon dit *virulent*, les choses changent complètement. L'ulcère qui reste après l'évacuation du pus est à tous points de vue un chancroïde, et réclame pour sa guérison un traitement actif (1).

La première indication à remplir est de faire disparaître le caractère inflammatoire et destructif de l'ulcère, et le meilleur procédé, si le bubon est un peu grand, est d'employer le cautère actuel, selon une des méthodes mentionnées plus haut. Tous les ganglions non encore détruits doivent être enlevés, soit avec le bistouri, soit avec l'écraseur, et les hémorragies, quelles qu'elles soient, doivent être arrêtées avec le fer chauffé à blanc. En cautérisant ces chancroïdes comme les autres, on aura grand soin de faire porter le cautère sur tous les points malades. On fera ensuite des pansements détersifs et stimulants; les meilleurs sont ceux à l'acide nitrique et phénique. On appliquera ces lotions sur du coton perméable, dont on bouchera toutes les parties de la plaie, jusqu'à ce qu'elle prenne un bon aspect; on pourra alors recourir à un pansement sec, à l'iodoforme de préférence.

(1) L'aspiration du pus, dans ces cas, est inutile; une large incision est la meilleure méthode de traitement.

PHIMOSIS.

On essaiera de diminuer le gonflement et l'œdème du prépuce au moyen de bains locaux chauds, fréquents et continus, jusqu'à produire un léger état syncopal. En même temps on fera des injections sous-préputiales avec des lotions à l'acide nitrique ou phénique; la plus grande propreté sera prescrite; dès que l'œdème tombera et que la rétraction du prépuce sera possible, le chancre caché sera traité de la manière déjà indiquée. Il vaut mieux, dans ce cas, ne pas essayer d'inciser le phimosis, à moins que la gangrène ne soit menaçante; car les bords de la plaie s'inoculent presque invariablement, et il en résulte la formation d'un large ulcère. Si pourtant il est nécessaire de faire l'opération, il vaut mieux faire l'incision double que simple; on en fera une de chaque côté du prépuce, au lieu de faire l'incision consacrée le long du dos de la verge. L'incision double permet de découvrir plus aisément et plus complètement le gland et la rainure glando-préputiale, et facilite l'application des médicaments nécessaires. Les chancroïdes cachés, ainsi que les bords des plaies, seraient cautérisés de la manière et par les moyens ci-dessus indiqués.

PARAPHIMOSIS.

C'est ordinairement un accident moins sérieux que la complication que nous venons d'étudier, bien que même ici la constriction puisse être assez grande pour produire la gangrène du pénis. Si la gangrène est menaçante, il faut naturellement la prévenir en divisant à temps la partie du prépuce qui détermine la constriction; il faut observer ici les mêmes règles, en ce qui regarde les incisions, que pour le phimosis. Le traitement antiphlogistique par des bains locaux d'eau chaude, des sangsues au niveau de l'anneau inguinal, des ponctions multiples du prépuce œdématié et la glace, est celui qui amène le plus grand et le plus rapide soulagement; il faut détruire les chancroïdes le plus rapidement possible.

BALANITE.

Dans la *balanite*, le danger principal vient de l'auto-inoculation des points abrasés; aussi faut-il les cautériser et les traiter comme s'ils étaient déjà des chancroïdes.

CHANCROÏDES CACHÉS (LARVÉS DES FRANÇAIS).

S'ils sont situés immédiatement derrière le méat, on peut ordinairement les traiter par des cautérisations et les pansements ci-dessus mentionnés, sans grande difficulté. S'ils sont situés plus profondément, on en fera l'application au moyen d'un spéculum: le meilleur à employer est le spéculum auriculaire de Gruber. Je ne crois pas que ces ulcères soient jamais situés à plus de 25 millimètres de profondeur, et le cas célèbre de Ricord, décrit dans sa *Clinique iconographique*, est douteux au point de vue du diagnostic. La lésion ressemblait plutôt à un tubercule qu'à un chancroïde.

PHAGÉDÉNISME.

La complication la plus sérieuse est le phagédénisme, et le point le plus important à rappeler est qu'il est dû bien plus à quelque vice constitutionnel qu'à aucune propriété locale du chancroïde; il exige donc un traitement double: il faut détruire l'ulcération, et modifier la diathèse par un traitement interne. Le seul cautère à mettre en usage dans ces cas est le cautère actuel, et il faut l'appliquer avec résolution, quel que soit le siège de l'ulcère. Ensuite on pansera avec la lotion nitrique: ces pansements devront être appliqués sur toute l'étendue du mal, les cautérisations seront répétées tant que le fond présentera la teinte grisâtre purulente, ou que le mal montrera de la tendance à s'étendre. L'usage du tartrate de potasse et de fer, tant vanté par Ricord comme l'ennemi né du phagédénisme, ne paraît pas être aussi efficace en Amérique qu'ailleurs, et il présente l'inconvénient évident de déposer du tartrate de fer métallique à la surface de l'ulcère. A l'intérieur, comme toujours, il est quelquefois utile.

Le traitement général du phagédénisme doit être dirigé en vue de relever la santé générale du malade, et, des différents toniques recommandés, — outre les préparations de fer —, la quinine, l'huile de foie de morue et l'acide phosphorique, peuvent être employés avec avantage. On doit prendre soin de ne pas confondre ces chancroïdes phagédéniques des organes génitaux et de la région inguinale avec les gommées ulcérées et les syphilides serpigneuses des mêmes régions, lesquelles exigent un traitement entièrement différent. Dans les chancroïdes, le mercure et l'iodure de potassium, non seulement ne présentent aucun avantage, mais font souvent

du mal, et je crois que bien des cas de chancroïdes serpigneux, qu'on dit avoir été améliorés par le traitement mixte (1), sont des exemples de syphilides serpigneuses, et non de véritables chancroïdes phagédéniques. Dans la grande majorité des cas, les chancroïdes ne réclament aucun traitement interne; c'est seulement dans les cas où les malades sont débilisés, que les remèdes constitutionnels sont nécessaires, et même alors les toniques, tels que le fer et la quinine, sont les seuls qui soient in-

(1) C'est le nom qu'on donne à l'emploi combiné du mercure et de l'iodure de potassium.

dispensables. Dans le phagédénisme, les toniques sont naturellement de toute nécessité.

CHANCRE MIXTE.

Le chancre mixte réclame un traitement double; le traitement doit changer dès que l'ulcération locale change de caractère. Tant que dure le chancroïde, il faut traiter l'ulcération comme un chancroïde; mais aussitôt qu'elle prend le caractère d'un chancre syphilitique, les remèdes applicables au chancroïde doivent être abandonnés pour les médicaments appropriés au traitement de la lésion initiale de la syphilis.

MALADIES VÉNÉRIENNES; SYPHILIS

PAR LE D^r ARTHUR VAN HARLINGEN.

Chef de la Clinique dermatologique à l'hôpital de l'Université de Pennsylvanie; médecin consultant au dispensaire des maladies cutanées, Philadelphie (1).

Histoire de la Syphilis (2).

L'origine de la syphilis est entourée d'obscurité. Cette maladie a-t-elle existé partout et à toute époque, ou s'est-elle produite *de novo* à une certaine époque, voilà des questions qui, en dépit des nombreux travaux d'érudition faits pour les résoudre, ne peuvent encore être regardées comme ayant reçu une réponse satisfaisante (3). La première mention positive de cette maladie date de l'année 1495; elle apparut

(1) Traduit par le D^r Charles Schwartz.

(2) Comme les limites d'un article comme celui-ci ne permettent pas la discussion approfondie d'un grand nombre de questions, et nécessitent une grande concision dans l'examen de presque toutes, j'ai souvent renvoyé aux monographies et publications donnant un exposé plus complet de ces questions ou les présentant sous un autre jour. Le lecteur désireux de connaître un point à fond trouvera dans les *Archiv. of Dermatology* la bibliographie complète de la syphilis de ces dernières années, et un résumé des travaux les plus importants.

(3) Les meilleurs ouvrages récents sur l'histoire de la syphilis sont ceux de Hirsch (*Handbuch der historischen-geographischen Pathologie*, 1860-4) et de Haeser (*Geschichte der epidemischen Krankheiten*, 2^e Aufl., Iena, 1853 et 1865), en faveur de l'origine ancienne de la syphilis, et celui de Geigel (*Geschichte, Pathologie und Therapie der Syphilis*, Würzburg, 1867) contre cette origine. On trouve un résumé excellent et complet de la question dans Lancereaux, *Traité historique et pratique de la syphilis*, 2^e édit. Paris, 1874, et dans Jullien, *Traité pratique des maladies vénériennes*. Paris, 1879. 1 vol. in-8.

à cette époque, sous forme d'épidémie et avec un caractère malin, dans l'armée française conduite par Charles VIII contre le royaume de Naples. La maladie atteignit non seulement les envahisseurs mais encore les défenseurs du royaume italien, et se répandit presque en même temps dans toute l'Europe.

Les premiers syphilographes distinguaient avec soin la syphilis des autres maladies vénériennes, mais les auteurs qui vinrent ensuite confondirent les différents états morbides dus aux rapports sexuels; à la fin du siècle dernier la confusion régnait partout (1).

L'identité de la blennorrhagie et de la syphilis était niée pourtant au siècle dernier par Astruc, Balfour et Benjamin Bell, mais John Hunter, qui publia son livre en 1786, à l'époque de sa grande réputation, maintint leur identité, et enseigna que la seule différence entre les deux maladies dépendait de la nature de la surface sur laquelle le poison était appliqué, qu'il déterminait une ulcération quand il agissait sur une surface cutanée, et seulement un écoulement purulent, sans solution de continuité, quand il était appliqué sur une muqueuse, et que la sécrétion morbide dans les deux cas pouvait donner naissance à l'une ou l'autre série de symptômes, selon le tissu avec lequel il entraînait en contact. Dans cette croyance il s'ino-

(1) Voir Bassereau, *Affections de la peau symptomatiques de la syphilis*. Paris, 1852: livre dont on peut dire véritablement qu'il fit époque, et un des ouvrages les plus importants sur la syphilis.