

des tubercules, car souvent ceux-ci ne se révèlent par aucun signe bien accusé.

Le **cancer** de la prostate est une affection rare, et d'un diagnostic très-difficile, surtout au début. Outre les symptômes fonctionnels qui sont propres à toutes les maladies de la prostate, ils exercent des ravages qui sont généralement l'effet de toutes les affections cancéreuses. Tumeur prostatique, hématurie, engorgement des ganglions pelviens, généralisation et cachexie cancéreuse, tels sont les principaux signes que nous avons à noter. Cette maladie se termine toujours par la mort, et ne peut être enrayée par aucun traitement.

CHAPITRE CINQUIÈME

MALADIES DE LA VERGE ET DU CANAL DE L'URÈTHRE

Nous étudierons ces maladies dans l'ordre suivant : 1^o *phimosis* et *paraphimosis*; 2^o *posthite*, *balanite* et *balano-posthite*; 3^o *tumeurs du pénis*; 4^o *chancres*; 5^o *blennorrhagie*; 6^o *rétrécissements de l'urèthre*. Nous terminerons ce chapitre par l'étude des *fistules urinaires chez l'homme*.

I. — PHIMOSIS ET PARAPHIMOSIS.

1^o Phimosis. — On appelle *phimosis* le rétrécissement de l'ouverture antérieure du prépuce, rétrécissement tel, que le gland ne peut pas passer en avant du manchon membraneux qui l'entoure.

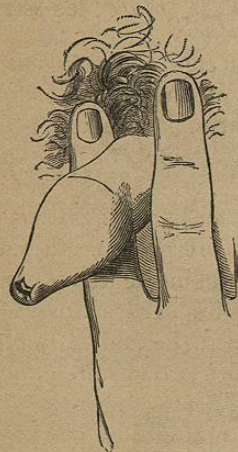


FIG. 51. — Opération du phimosis (1^{er} temps).

Il est *congénital* ou *accidentel*.

Le phimosis accidentel est causé par une inflammation ou par des chancres.

Rien de plus variable que les différentes espèces de phimosis. L'ouverture est quelquefois très-petite. Parfois le prépuce forme un conduit cutané au-devant du gland. Dans quelques cas, le prépuce est accolé au gland par du tissu cicatriciel.

Les *inconvenients* du phimosis sont nombreux. Le coït est toujours douloureux; il s'accompagne de déchirures, qui sont autant de portes ouvertes au virus syphilitique; une matière caséuse abondante, source de malpropreté, de mauvaise odeur et de douleur, s'accumule entre le gland

et le prépuce, et finit par enflammer ces parties. Quelquefois, l'orifice est si petit, que l'urine s'arrête entre le méat urinaire et le prépuce, qui reçoit l'urine dans une sorte de poche.

Le contact de l'urine avec la peau de ces régions finit par irriter les parties à un degré souvent considérable. Dans quelques cas, l'urine dépose un sédiment calculeux dans la poche que forme le prépuce en avant du gland. Ces calculs du prépuce sont très-variables quant à leur nombre et à leur volume. Quelquefois il n'en existe qu'un seul; le plus souvent, ils sont multiples; dans ce cas, ils sont polyédriques et présentent plusieurs facettes par lesquelles ils se correspondent exactement. Leur composition chimique est la même que celle des calculs de la vessie.

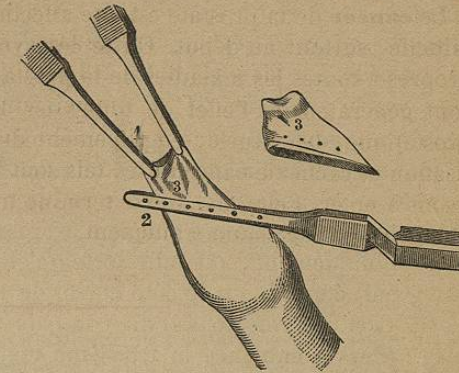


FIG. 52. — Opération du phimosis (2^e temps).

1. Pinces à disséquer attirant le prépuce. — 2. Pinces à pression. — 3. Partie exubérante du prépuce. — 3'. Cette même partie après la section.

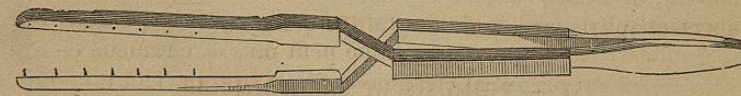


FIG. 53. — Pince à pression armée de dents pour l'opération du phimosis.

On traite le phimosis par l'*incision*, l'*excision*, la *suture*, les *serres-fines*, la *dilatation*.

Dans l'*incision*, on fend le prépuce en haut, en bas ou sur l'un des côtés. Pour cela, on met une petite boule de cire sur la pointe d'un bistouri, et l'on conduit cet instrument au fond du sillon formé par le gland et le prépuce: on perfore la peau et l'on incise.

M. Ricord fait l'*excision* avec une pince particulière qui prend toute la partie antérieure du prépuce. On coupe le tout en rasant la pince, puis on réunit.

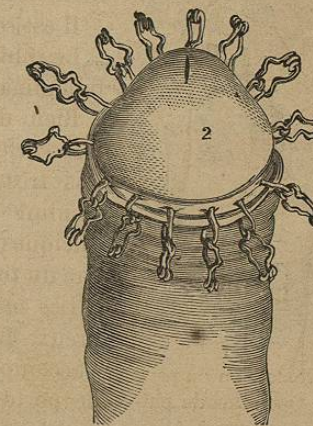


FIG. 54. — Opération du phimosis (3^e temps).

Pour faire la *suture*, on passe d'abord des fils à travers la base du prépuce, puis on fait la section de cette membrane, et ensuite les points de suture.

Les *serres-fines* ont été appliquées par Vidal (de Cassis). Voici quel est son procédé. Un aide rétracte, à l'aide de deux doigts, la peau de la verge vers le pubis (fig. 51). En même temps, le chirurgien attire à lui le prépuce au moyen de deux pinces à disséquer, dont l'une est placée du côté du frein, l'autre du côté du dos de la verge (fig. 52). On place alors sur le prépuce une pince à pression, munie de dents, de manière à bien fixer la partie qui doit être excisée (fig. 53). Cette pince doit être placée obliquement, de telle sorte qu'elle saisisse le prépuce dans une plus grande étendue sur le côté dorsal de la verge que sur sa face inférieure. Cela fait, on abat d'un coup de ciseaux tout ce qui débordé la pince. Alors commence le troisième temps. La peau et la muqueuse, sectionnées au même niveau, et maintenues dans leurs rapports respectifs par la pince à dents, sont exactement affrontées, puis définitivement réunies au moyen de serres-fines, qu'on place très-près les unes des autres, afin de mieux assurer la réunion; celle-ci est complète, en général, au bout de vingt-quatre heures (fig. 54).

La *dilatation* se fait avec une sorte de pince à trois branches, qu'on introduit entre le gland et le prépuce; on écarte ensuite les trois branches, et le prépuce présente des déchirures à son bord antérieur.

2° Paraphimosis. — Il y a paraphimosis lorsque le prépuce rétréci est passé en arrière du gland et qu'il ne peut plus être ramené en avant.

Le rétrécissement préputial étrangle le gland, qui devient douloureux, se tuméfie, s'enflamme et finit par se gangrener, si l'on n'apporte remède.

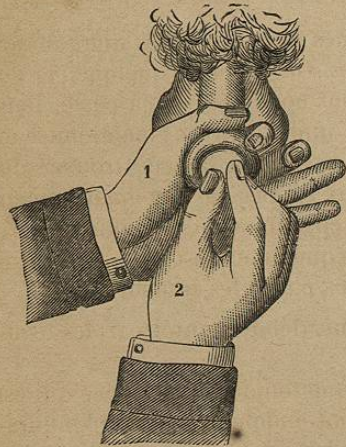


FIG. 55. — Réduction du paraphimosis.

1. Main gauche tenant la verge embrassée. —
2. Main droite repoussant le gland.

de le faire diminuer de volume, puis à le réduire.

On cherche à réduire. Pour cela, on prend la verge de la main gauche, sans la serrer outre mesure; cette main cherche à ramener le prépuce en avant, pendant que le pouce de la main droite refoule le gland dans la cavité du prépuce.

On peut encore prendre la verge, en arrière du rétrécissement, entre les indicateurs et les médius, pendant que les deux pouces cherchent à réduire le gland. Il faut prendre la précaution d'interposer de l'huile entre le prépuce et le gland, pour faciliter la réduction.

Un autre moyen consiste à presser fortement le gland dans la main, pendant une ou deux minutes, afin

Si tous ces moyens échouent, on peut avoir recours au suivant: on entoure la verge, le prépuce et le gland d'une petite bande médiocrement serrée, puis on relève la verge sur le ventre. Souvent, au bout de quelque temps, le but est atteint.

Enfin, si l'étranglement est violent et que la gangrène menace, il faut faire plusieurs débridements sur la portion de prépuce qui étrangle.

II. — POSTHITE. BALANITE. BALANO-POSTHITE.

Le *posthite* est l'inflammation du prépuce; la *balanite* est l'inflammation du gland, et lorsque ces deux inflammations sont réunies, on a la *balano-posthite*. Ces trois inflammations se développent sous l'influence des mêmes causes; elles se compliquent fort souvent. Elles sont dues au coït pratiqué avec une femme affectée de vaginite ou à la malpropreté de certains sujets.

Elles peuvent être déterminées par le phimosis. Lorsqu'on n'apporte pas remède à cet état, non-seulement la muqueuse du gland et du prépuce devient d'un rouge vif, mais encore on observe des excoriations, des ulcérations, d'où peuvent résulter plus tard des adhérences anormales entre le gland et le prépuce.

Le *traitement* consiste en soins de propreté et en lotions légèrement astringentes. Autant que possible, il faut empêcher le contact du gland et du prépuce, en interposant un petit tampon de charpie.

III. — TUMEURS DU PÉNIS.

Le pénis présente fort rarement certaines tumeurs, telles que *tumeurs érectiles*, *tumeurs graisseuses*, *kystes sébacés*. On y trouve quelquefois des *tumeurs urinaires* et des *abcès urinaires*, dont nous avons déjà parlé. Dans quelques cas, on y observe l'*éléphantiasis*, que nous avons mentionnée en décrivant l'éléphantiasis du scrotum. Il n'est pas rare de trouver des noyaux indurés dans les corps caverneux formés par un épanchement plastique inflammatoire, ou par de petits épanchements sanguins.

La tumeur qu'on y rencontre le plus fréquemment est certainement le cancer. Nous décrirons aussi les végétations parmi les tumeurs.

Cancer du pénis. — Le cancer du pénis débute tantôt par les téguments, tantôt par le gland.

Lorsqu'il débute par la peau, c'est presque toujours le prépuce qui est affecté. C'est d'abord un noyau dur, souvent indolent. Bientôt l'induration s'étend; elle est inégale, bosselée; des ulcérations apparaissent. Elles détruisent peu à peu les enveloppes de la verge, en gagnant du terrain du côté de la racine de cet organe. La maladie éprouve ordinairement un temps d'arrêt au niveau des corps caverneux, dont

l'enveloppe fibreuse paraît lui offrir une certaine résistance ; mais ceux-ci ne tardent pas à être bientôt envahis.

Le cancer des téguments du pénis est presque toujours un épithélioma. On peut en dire autant de celui qui prend naissance aux dépens du gland. Le plus souvent, il se manifeste, au début, sous la forme d'une petite saillie verruqueuse, qui s'étend en surface, s'ulcère, et présente tous les phénomènes que nous avons décrits en parlant du cancroïde en général. C'est l'*épithélioma papillaire*.

La rétention d'urine est un accident assez fréquent du cancer du pénis ; la tumeur comprime le canal de l'urèthre et finit par effacer complètement son calibre. Elle peut être due aussi à l'oblitération du méat par la masse morbide.

Il faut faire au plus tôt l'amputation du pénis, et agir sur des tissus sains. De la main gauche le chirurgien saisit la verge, tandis qu'un aide rétracte la peau vers le pubis ; de la main droite, il la tranche d'un seul coup de couteau. On a donné le conseil de placer préalablement une sonde dans l'urèthre ; mais cette précaution est au moins inutile. Il est toujours facile de trouver l'orifice uréthral sur la surface de section, et d'y introduire une sonde qu'on laissera à demeure pendant la durée de la cicatrisation.

Les **végétations** ne sont pas des productions syphilitiques, comme on l'a cru pendant longtemps.

Ce sont des saillies de forme variée, siégeant surtout sur le prépuce et



FIG. 56. — Végétation de base du gland.

sur le gland, auxquelles on a donné différents noms, d'après leur conformation : *végétations*, *crêtes de coq*, *choux-fleurs*, *framboises*, etc.

Elles ont la plus grande analogie avec les verrues et les poireaux ; elles sont constituées, en effet, par de nombreux vaisseaux répandus au milieu d'une masse de tissu conjonctif et d'épithélium.

Les végétations, lorsqu'elles siègent sur le pénis, font le désespoir des jeunes gens, qui ne manquent jamais de les considérer comme un accident syphilitique, et qui se hâtent, en général, de se soumettre à un traitement mercuriel.

Le virus syphilitique n'a aucune influence sur leur développement. Ces productions végétantes sont dues à des irritations variées : contact répété d'un liquide leucorrhéique,

écoulement de la blennorrhagie, de la vaginite, accumulation du caséum sous-préputial par défaut de soins de propreté, pus venant d'un chancre et agissant seulement comme irritant.

Ces tumeurs, ordinairement petites, font quelquefois des progrès très-rapides. On les voit, dans certains cas, former des masses considérables. Lorsqu'elles acquièrent un grand volume, il n'est pas rare de voir la peau du voisinage et leur surface elle-même s'ulcérer et présenter une certaine ressemblance avec un cancroïde ulcéré. L'erreur a été commise, au dire de Virchow.

Leur *traitement* consiste en soins de propreté (elles disparaissent quelquefois par des lavages à l'eau). Si elles sont pédiculées, on les *excise*, en ayant soin d'emporter une partie du tissu sur lequel elles sont implantées, pour éviter la récurrence. Si elles sont volumineuses, on a recours à l'écraseur linéaire, à cause de l'hémorrhagie qui survient dans certains cas.

IV. — CHANCRES.

Nous ne décrivons pas la syphilis ; nous essaierons seulement de présenter un résumé de l'état actuel de la science sur ce point tant étudié, tant discuté. Nous ne nous occuperons ni des controverses qui ont divisé les syphiliographes, ni des points de doctrine qui ont amené leur désaccord. A ceux qui voudraient se faire une opinion sur ce sujet, nous recommandons la lecture des intéressants et nouveaux articles : blennorrhagie, bubon, chancre, syphilis, etc., d'un syphiliographe-dermatologiste, que de nombreux et importants travaux ont placé à la tête de cette spécialité¹, et d'un médecin² fort érudit, élève de M. Ricord, et auquel on doit reconnaître une qualité incontestable de clarté d'exposition.

Définition. — Sous le nom de chancres, on décrit généralement toutes les *ulcérations primitives* produites par la contagion vénérienne³. Nous aurons spécialement en vue, dans notre description, les chancres de la verge.

Division. — On distingue généralement deux sortes de chancres : 1^o le *chancre mou* ou *simple* ; 2^o le *chancre induré* ou *syphilitique*.

Sous le nom de *chancres volants*, on désigne vulgairement des ulcérations superficielles, excoriations, le plus souvent herpétiques, qui dis-

1. *Traité des maladies vénériennes. Aphorismes sur les maladies vénériennes*, par Ed. Langlebert.

2. Alfred Fournier, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

3. Ne confondez pas les mots *vénérien* et *syphilitique*. On appelle maladie vénérienne, toute maladie se développant à la suite des plaisirs de Vénus, que le mal soit local ou général. L'épithète syphilitique suppose l'infection générale de l'économie, une diathèse. Ainsi, la syphilis est une maladie vénérienne, et le chancre mou, qui est un mal vénérien, n'est pas syphilitique.

paraissent rapidement, et qui peuvent se montrer à la suite d'irritations quelconques du pénis.

Cette division du chancre mérite une explication.

Anciennement, on n'établissait aucune distinction entre le chancre mou et le chancre induré. Tout individu ayant un chancre était considéré comme syphilité.

C'est à M. Ricord que revient le mérite d'avoir montré les différences qui séparent ces deux chancres, et surtout d'avoir fait voir que leur traitement est complètement différent. M. Ricord, en présence des manifestations toujours locales du chancre mou et des manifestations générales du chancre induré, a admis l'existence de deux virus : 1^o le *virus du chancre mou* ; 2^o le *virus du chancre induré*, le *virus syphilitique*.

Les auteurs qui admettent l'existence de ces deux virus sont appelés *dualistes* (c'est le plus grand nombre). Les *unicistes* sont, par opposition, les médecins, assez rares du reste, qui attribuent, comme anciennement, les deux chancres à un virus unique, qu'ils appellent syphilitique.

Lorsque M. Ricord eut donné l'impulsion, on se mit à l'œuvre. L'un de ses élèves les plus distingués, placé au premier rang parmi les syphiliographes de notre époque, M. Bassereau, le père, s'est livré à de nombreuses recherches scientifiques, desquelles il résulte que les deux chancres datent d'une époque différente.

Le cadre de cet ouvrage ne nous permettant pas de décrire longuement l'histoire du chancre, nous dirons en résumé, d'après M. Bassereau, que le chancre mou était le seul connu des médecins anciens (c'est celui dont parlent Galien, Celse, etc.), tandis que le chancre induré paraît n'avoir pris naissance que vers la fin du xv^e siècle. Les médecins de cette époque ne confondirent pas les deux chancres ; mais, au bout de quelques années, Vella et Brassarole englobèrent les deux maladies dans une même description, véritable chaos que M. Ricord commença à débrouiller.

Nous décrirons séparément les deux chancres.

§ 1. — Chancre mou ou simple ¹.

Le *chancre mou* ou *simple* est un chancre reposant sur des tissus non indurés, se produisant toujours par contagion, et possédant deux caractères essentiels : 1^o il ne donne lieu qu'à des accidents locaux ; 2^o il est inoculable, et se reproduit avec tous ses caractères sur le malade lui-même.

Causes. — Le chancre mou est très-commun. M. A. Fournier, sur 341 chancres observés chez l'homme, à la consultation de l'hôpital du

1. Synonymies : *chancre non infectant* ; *ulcère simple* ; *chancre ancien* ; *chancreoïde* ; *chancrelle* ; *chancre pseudo-syphilitique*.

Midi, dans l'espace de trois mois, a constaté 215 chancres mous, et seulement 126 chancres indurés.

On n'a jamais observé le *développement spontané* du chancre simple ; son existence indique un contact antérieur, une *contagion*.

C'est le plus souvent par des éraillures de la muqueuse ou de la peau, par des excoriations, des écorchures quelconques, que se fait l'inoculation du chancre mou ; mais le virus chancreux peut procéder autrement : « N'allez pas croire, toutefois, que la pénétration du virus chancreux ne se fasse que par des solutions de continuité, ou, pour ainsi dire, par des portes d'entrée préparées à l'avance. Le pus chancreux peut lui-même se préparer ses voies et s'ouvrir la tranchée... Déposé à la surface des téguments, ce pus, âcre et irritant, détermine une excitation... survient un érythème ; puis une ulcération superficielle se manifeste, le derme est dénudé. Dès lors, la solution de continuité se trouve établie, la tranchée est ouverte, et le virus exerce son action ¹. »

Le chancre mou est inoculable du malade à l'homme sain, et du malade au malade lui-même ; il reproduit dans cette auto-inoculation un chancre semblable à lui-même et sujet aux mêmes accidents.

Siège. — Les chancres mous des organes génitaux sont de beaucoup les plus fréquents. Viennent ensuite les chancres péri-génitaux (périnée, pubis, région cruro-scrotale), et les chancres de l'anus. On ne connaît, au dire de M. Fournier, qu'un seul exemple de chancre mou céphalique.

Symptômes.

1^o Début. Mode de développement. — Le mode de développement est le même, que le pus chancreux soit inoculé dans une expérience ² ou dans des rapports sexuels.

a. *Lorsqu'on l'inocule sous l'épiderme* avec la pointe d'une épingle, on remarque :

Premier jour. Petite aréole inflammatoire autour de la piqûre.

Deuxième jour. Papule (bouton plein) surmontée d'une petite croûte sanguine et entourée d'une aréole inflammatoire.

Troisième jour. Vésicule au centre du point rouge, jaunâtre et pleine d'une sérosité louche.

Quatrième jour. Pustule vraie, analogue à une pustule d'ecthyma de 3 à 4 millimètres.

Cinquième jour. La pustule se rompt, le pus s'écoule, le derme est ulcéré.

Jours suivants. L'ulcération gagne en profondeur et en surface ; ses

1. Ricord, *Leçons sur le chancre*.

2. Ces expériences, dont on a abusé, ne doivent être faites sur le malade lui-même qu'en cas de diagnostic douteux.

bords sont taillés à pic; son fond est irrégulier, grisâtre, recouvert d'une sorte de pseudo-membrane assez adhérente. Tant que dure l'ulcération, le pus qui s'en écoule est éminemment contagieux.

Généralement, au bout de quelques semaines, l'ulcère se cicatrise.

b. Lorsque le chancre est le résultat de la contagion, il paraît se développer sans incubation. Peu de jours après les rapports suspects, le malade s'aperçoit d'une petite ulcération, la pustule ayant souvent passé inaperçue.

2° Caractères physiques du chancre. — Nous avons à étudier l'ulcération elle-même et le pus qu'elle fournit.

Le pus, appelé *pus chancreux*, ne présente aucun caractère physique particulier; il ressemble à tous les pus; il n'est ni plus ni moins abondant que celui d'une plaie simple, suppurante, de même étendue. Nous avons dit qu'il est *inoculable*; aussi est-il fréquent de voir les chancres mous plus ou moins nombreux, soit que le virus soit déposé sur plusieurs points à la fois, au moment de la contagion, soit que les parties du sujet se contaminent elles-mêmes par leur rapprochement. C'est pourquoi on observe beaucoup de *chancres symétriques*, dans la rainure interfessière, à la fente vulvaire, etc. Des malades s'inoculent quelquefois des chancres aux doigts en faisant leur pansement.

L'ulcération se rapproche plus ou moins de la forme *arrondie*. Elle est *profonde*; son fond est recouvert d'une couche gris-jaunâtre, comme pseudo-membraneuse; ses bords sont nettement découpés perpendiculairement, comme avec un *emporte-pièce*.

Les tissus sur lesquels se développe le chancre sont *mous, souples*, comme s'il s'agissait d'une plaie ordinaire: c'est de là que lui vient son nom.

Le chancre mou est médiocrement *douloureux*; il ne détermine jamais d'accidents généraux primitifs ou consécutifs.

Marche. — On lui considère trois périodes: de progrès, d'état, de réparation ou de cicatrisation.

1° Période de progrès. — Lorsque l'ulcération s'est produite, elle augmente en profondeur, et surtout en étendue. Au bout du premier septenaire, elle a un centimètre de diamètre; à la fin du deuxième septenaire, elle en a deux. Elle s'arrête alors, mais, dans quelques cas, elle grandit encore.

2° Période d'état. — Puis l'ulcération ne change plus, elle reste stationnaire pendant quelques jours, souvent pendant deux ou trois semaines, et parfois en dépit de tout traitement.

3° Période de réparation ou de cicatrisation. — Plus tard, la matière pulpeuse, qui recouvrait le fond de l'ulcère, tombe; le fond devient rougeâtre et se comble, les bords se régularisent, la sécrétion purulente cesse, et la cicatrisation se fait comme dans les autres plaies.

Durée. — La durée du chancre mou varie depuis quelques semaines jusqu'à plusieurs mois.

Terminaison. — Il guérit ordinairement, mais des complications que nous allons étudier peuvent influencer sa terminaison. Dans tous les cas, après la guérison, il ne reste qu'une cicatrice sans induration.

Complications. — Les complications se montrent sur le lieu même du chancre ou à distance.

Les complications locales sont: 1° l'*induration inflammatoire*, causée par l'inflammation des tissus sur lesquels repose le chancre: c'est une dureté analogue à celle qui entoure les phlegmons; 2° l'*induration médicamenteuse*, déterminée par les divers caustiques: nitrate d'argent, acides, etc.; 3° le *phagédénisme*, qui consiste en une extension rapide de l'ulcération; 4° des *abcès* et des *fusées purulentes*, etc.

La plus redoutable de ces complications est le *phagédénisme*. Il se montre sous deux formes principales: tantôt il s'étend en surface, tantôt il gagne en profondeur (phagédénisme térébrant). Il peut revêtir aussi la forme gangréneuse. Sa marche est lente ou rapide; aussi est-il difficile de fixer sa durée d'une manière générale. Ses conséquences sont souvent très-graves; on a vu le phagédénisme envahir non-seulement la totalité des organes génitaux, mais encore le périnée, les cuisses, l'abdomen, etc. Les ulcérations à forme térébrante détruisent profondément les tissus; elles laissent souvent des difformités considérables, devant lesquelles la chirurgie est impuissante. Ajoutons que, pendant la période d'état de la maladie, les sujets sont en outre exposés à des accidents immédiats, tels qu'érysipèle, phlegmon diffus, hémorrhagies. Presque toujours aussi l'état général est mauvais; le malade, tourmenté par de vives douleurs, couvert d'énormes ulcérations, s'épuise et s'affaiblit progressivement.

Le phagédénisme n'est point causé par un virus particulier, comme l'ont cru quelques auteurs; il est dû tantôt à des causes locales (irritation du chancre, malpropreté, pansements défectueux, etc.), tantôt à des causes générales (excès, mauvaise hygiène, privations, affaiblissement). Souvent on est forcé de le rattacher à une véritable prédisposition individuelle.

Les complications qui se montrent à distance sont la *lymphangite* et l'*adénite*. Cette dernière constitue le *bubon chancreux*, bubon spécial, propriété particulière du chancre mou, ne ressemblant pas au bubon simple de la blennorrhagie ni à l'adénopathie syphilitique. Le bubon chancreux siège toujours dans les ganglions inguinaux superficiels; le pus qu'il fournit est *inoculable*, et donne un chancre mou; lorsqu'il s'ouvre, l'ouverture prend tous les caractères de l'ulcération chancreuse. Il est en général monoganglionnaire, quelquefois multiple; on l'observe dans un grand nombre de cas (fig. 57).

Diagnostic. — Dans les cas douteux, l'inoculation du malade même,

l'auto-inoculation, éclaire le diagnostic. Mais il ne faut employer ce moyen qu'avec une grande réserve, puisqu'il a pour résultat, quand il réussit, de doter le malade d'un nouveau chancre dont les conséquences, ainsi que le démontre une observation contenue dans un nouvel ouvrage¹ de M. Langlebert, peuvent être désastreuses.

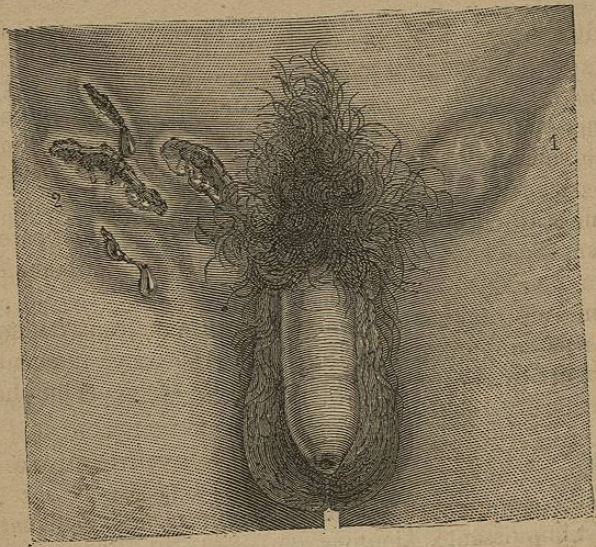


FIG. 57. — Bubons (d'après Cullerier).

1. Bubon non suppuré. — 2. Chancres mous ganglionnaires à la période d'état, consécutifs à une adénite multiple chancreuse.

Il faut éviter de prendre pour un chancre mou les ulcérations de l'herpès et le chancre induré. Les ulcérations de l'herpès sont ordinairement plus superficielles, plus petites, plus nombreuses que celles du chancre mou; elles succèdent à des vésicules; elles ont peu de tendance à s'étendre en surface, enfin elles se réparent rapidement. Nous reviendrons plus loin sur le diagnostic différentiel des deux espèces de chancres.

Pronostic. — Il n'est pas grave en général. Nous savons que ce chancre ne donne pas la vérole. Il faut reconnaître toutefois que ses complications peuvent présenter un certain degré de gravité.

Traitement. — Le chancre mou ne doit pas être traité par le mercure. Non-seulement le mercure ne le guérit pas, mais son emploi exaspère l'ulcération, qui fait des progrès plus rapides. En topique même, le mercure est détestable; le calomel, l'onguent napolitain appliqués sur la plaie favorisent son extension.

1. *La syphilis dans ses rapports avec le mariage*, Paris, 1872.

Le vrai traitement du chancre mou, institué par M. Ricord, est la *destruction sur place* de l'ulcère. C'est la seule manière de prévenir des accidents. Ce traitement consiste à détruire le virus chancreux, et à transformer le chancre en une plaie simple.

On n'y parvient pas avec des caustiques peu énergiques, comme le nitrate d'argent et autres; le fer rouge, excellent moyen, effraie les malades.

C'est du *caustique sulfo-carbonique* que se sert M. Ricord.

Voici comment on procède: on prend de la poudre de charbon de bois ordinaire, on y verse de l'acide sulfurique, de manière à faire une pâte demi-solide. On recouvre l'ulcère bien exactement d'une couche de cette pâte caustique, et l'on applique de la ouate par-dessus, pour protéger les parties voisines. Cette cautérisation est supportable.

Au bout d'un certain temps, l'eschare tombe avec la pâte desséchée; il reste une plaie simple qui guérit en se cicatrisant, comme toutes les plaies.

Si le malade ne veut pas se soumettre à la cautérisation, il peut guérir par de simples soins de propreté et par un traitement tonique et reconstituant; mais il reste exposé à tous les accidents du chancre mou.

§ 2. — Chancre induré ou syphilitique.

Le chancre induré a reçu encore le nom de *chancre infectant*.

Causes. — Il se produit par contagion ou par inoculation, comme le chancre mou, dont il se distingue en ce qu'il ne se reproduit pas sur le malade lui-même, déjà infecté par le virus syphilitique. Inoculé sur un sujet sain, il reproduit un chancre induré.

M. Ricord et son école ont soutenu pendant longtemps que le chancre induré procédait toujours d'un chancre semblable.

Le pus du chancre, disait M. Ricord, est fatalement inoculable et reproduit le chancre. Le pus des accidents secondaires n'est jamais inoculable; ces accidents ne sont pas contagieux.

C'est à M. Langlebert que revient l'honneur d'avoir découvert et démontré le premier, en 1856, que le chancre induré ou syphilitique peut être également le produit de l'inoculation de la matière séro-purulente sécrétée par les lésions secondaires de la syphilis, particulièrement de la plaque muqueuse qui, loin d'être inoffensive, comme on le disait, est au contraire une des sources les plus communes de l'infection syphilitique¹.

La découverte de ce fait, aujourd'hui reconnu et admis par tous les syphiliographes, a mis fin aux longues discussions dont nous avons été autrefois témoin sur la contagiosité des accidents secondaires de la

1. Langlebert. — *Du chancre produit par la contagion des accidents secondaires de la syphilis*, Paris, 1861. — *Traité des maladies vénériennes*, 1864, p. 444 et suiv.