

ordre ont été signalés maintes fois, et je déclare, pour ma part, en avoir constaté plusieurs d'une façon bien positive.

Qu'est-ce donc à dire ? Un dilemme s'impose en l'espèce, comme interprétation des faits de ce genre : Ou bien il faut convenir que la syphilis n'a pas eu d'accident primitif de contagion, qu'elle n'a pas eu de chancre, et qu'elle a débuté d'emblée par des manifestations générales ; — ou bien il faut admettre que le chancre dont on ne trouve pas traces n'en a pas moins existé, qu'il a existé *quand même*, alors qu'en dépit de l'examen le plus attentif et le plus complet on n'en découvre pas vestige.

Eh bien, entre ces deux interprétations, quant à présent et dans l'état actuel de nos connaissances, le choix n'est pas permis, je crois. La seconde, rigoureusement, paraît seule acceptable, et cela pour deux raisons : parce qu'il y a de telles difficultés en maintes circonstances à retrouver le chancre qu'il n'est rien d'étonnant à ce que ces difficultés deviennent parfois de réelles et insurmontables impossibilités ; — en second lieu, parce que, dans tous les cas où la syphilis a été inoculée expérimentalement, pas une fois, pas une seule fois l'évolution morbide n'a commencé par des accidents de forme secondaire. Toujours, invariablement toujours, c'est le chancre qui a ouvert la scène, pour être suivi, après l'incubation réglementaire, par les accidents généraux. Cela est péremptoire, décisif.

Certes, il n'y aurait pas, théoriquement, impossibilité à ce que la syphilis, en certaines conditions qui nous échappent, procédât d'une façon différente de celle qui lui est habituelle. Mais l'authenticité de cette syphilis d'emblée est bien loin d'être établie ; elle paraît même, dirai-je, condamnée par le témoignage irrécusable de l'expérimentation. Et le dernier mot reste encore à la doctrine que Ricord exprimait ainsi dans son langage imagé :

« La syphilis ne pénètre jamais dans l'économie *sans effraction*. Elle n'envahit jamais l'organisme *sans faire son trou* quelque part ; elle a toujours une *porte d'entrée*. Ce trou, cette porte d'entrée, c'est l'accident de contagion, le chancre, qui prélude à toutes les autres manifestations, et sert en quelque sorte d'exorde indispensable à la maladie. »

PÉRIODE PRIMAIRE

Chancre et bubon.

La période primaire de la syphilis se compose essentiellement de deux accidents, étroitement reliés l'un à l'autre, voire inséparables, et dont l'un n'est même que symptomatique de l'autre, à savoir : 1° le *chancre* ; — et 2° le *bubon*, accident deutéropathique au chancre.

Elle commence avec l'introduction du contagion syphilitique dans l'organisme, pour faire place à ce qu'on appelle, dans les divisions artificielles de la maladie, la période secondaire, laquelle est inaugurée par la première explosion des manifestations générales.

Elle affecte en moyenne et très approximativement — réserves faites pour certains cas exceptionnels — une durée de 70 jours, ainsi répartie : 25 jours pour la première incubation, qui prélude à l'apparition du chancre ; — et 45 jours pour la seconde incubation, qui sépare l'éclosion du chancre de la première explosion secondaire.

CHANCRE SYPHILITIQUE.

SYNONYMIE. — Chancre *huntérien*, du nom d'un chirurgien et syphiliographe célèbre, J. Hunter, qui a tracé une description du chancre restée classique ; — chancre *induré*, dénomination empruntée à l'un des attributs les plus caractéristiques de la lésion, à savoir l'induration de base ; — chancre *infectant*, d'après une doctrine qui considérait le chancre comme un foyer infectieux d'où la virulence irradiait ultérieurement dans tout l'organisme.

DÉFINITION. — Le chancre est l'accident initial de la syphilis acquise.

Nosologiquement il n'est pas susceptible d'une autre définition. Il n'est pas chancre, en effet, de par tel ou tel de ses attributs physiques ou objectifs, à savoir de par sa forme, son étendue, sa couleur, son induration, etc., non plus que par son évolution et sa durée. Il est chancre en raison de caractères d'un tout autre ordre, d'un ordre supérieur, à savoir : parce qu'il est le premier résultat *in situ* de l'introduction du contagion syphilitique dans l'organisme ; — parce qu'il a été précédé avant son éclosion d'une incubation classique ; — parce qu'il prélude au delà, avec une seconde incubation, à l'invasion des symptômes dits constitutionnels ou généraux ; — parce qu'enfin, avec certains caractères qui ne lui font guère défaut, il constitue l'expression première, toute locale en apparence, de l'infection spécifique.

Caractères anatomiques. — Anatomiquement, le chancre est ceci : un néoplasme tégumentaire à surface érosive ou plus rarement ulcéreuse.

Deux phénomènes essentiels le constituent, à savoir : 1° une infiltration néoplasique, une néoplasie du derme cutané ou muqueux ; — 2° un processus érosif de surface. — Je précise :

I. — *Le chancre est un néoplasme*. — Et, en effet, si l'on examine un chancre et si on le soumet à une dissection attentive, on trouve, sous l'érosion de surface, un ménisque ou un nodule de tissu morbide manifestement constitué par le dépôt, par l'infiltration d'éléments nouveaux au sein des éléments fondamentaux du derme ; on trouve, en un mot, une production nouvelle, un néoplasme.

Ce néoplasme, dit encore *sclérose primaire* ou *sypphilome primaire*, affecte des formes diverses qu'on peut rattacher à deux types. Ainsi :

Tantôt il se présente étalé en *lamelle*, en ménisque, c'est-à-dire aplati et semblable à ce qu'est, par exemple, une pièce de monnaie ;

Et tantôt, plus épais, plus massif, plus globuleux, il affecte une forme *nodulaire*, semblable à une moitié de pois, à une demi-noisette.

Dans l'un et l'autre cas, il se différencie nettement des tissus périphériques par sa densité, sa résistance, sa *dureté*.

À la coupe, ce néoplasme offre l'aspect d'un tissu compact, lardacé, d'un rose pâle ou d'un gris rosé, peu vasculaire d'apparence.

Soumis à l'inspection microscopique, on le trouve constitué (d'après les travaux de Virchow, Robin, Cornil, Auspitz et Unna, Biesiadecki, Leloir, Neisser, Finger, Darier, etc.), par divers éléments, à savoir :

1° Des *fibrilles de tissu conjonctif*, extrêmement nombreuses, fines, déliées, s'entre-croisant et s'anastomosant en tous sens, de façon à former un véritable réticulum.

2° Dans les mailles de ce réseau, des *éléments cellulaires* surabondants, arrondis ou déformés par pression réciproque, de dimensions variables et très certainement aussi d'origines diverses (leucocytes issus des vaisseaux par diapédèse, éléments embryonnaires dérivés des cellules fixes du tissu conjonctif plus ou moins modifiées ; accessoirement, cellules épithélioïdes, et, très rarement, cellules géantes, etc.). — En toute évidence, cette prolifération exubérante d'éléments cellulaires constitue en l'espèce la lésion majeure ; c'est elle qui, jointe au réseau fibrillaire, donne à la lésion sa note dominante, son esprit (si je puis ainsi parler), en créant un néoplasme interstitiel qui devient en clinique le signe majeur du chancre, à savoir, l'*induration*, la fameuse induration de base.

Ce néoplasme chancreux peut être limité à la partie la plus superficielle du derme, comme aussi en occuper toute l'épaisseur. Il est assez rare qu'il se prolonge jusque dans l'hypoderme.

3° Des *lésions vasculaires*, intéressant les artères et les veines, mais prédominantes sur les artères.

Les artérioles du néoplasme se présentent affectées surtout dans leur membrane externe ou adventice, quelquefois aussi dans leurs trois membranes (*endo-méso-périartérielle*), et cela toujours suivant le même mode, à savoir par infiltration surabondante d'éléments cellulaires. Elles sont donc épaissies, sclérosées. — Elles se présentent modifiées de forme, aplaties par pression extérieure provenant de la prolifération cellulaire ambiante. — Rétrécies de calibre par épaississement de leurs parois et, de plus, comprimées de dehors en dedans, elles peuvent arriver à s'oblitérer complètement (ce qui est intéressant au point de vue clinique, en expliquant la possibilité d'une fonte gangreneuse de l'induration). — D'autre part, elles sont toujours entourées d'une sorte de manchon néoplasique, formé

par des agglomérations de cellules qui se groupent autour d'elles comme sur un support, à la façon de cristaux autour de leur axe de cristallisation. — Enfin (autre détail important pour le clinicien), ces proliférations périvasculaires peuvent déborder le néoplasme et pousser des pointes d'irradiation dans les tissus sains (1).

4° Enfin, d'après Cornil, « les faisceaux nerveux qui passent dans le tissu induré du chancre peuvent être enflammés dans leur gaine lamelleuse et dans leur tissu conjonctif interstitiel ».

II. — *Le chancre est un néoplasme à surface érosive*. — Et, en effet, toujours le chancre, dans sa période d'état, se présente avec une surface *à vif*, suivant l'expression vulgaire, c'est-à-dire dénudée, dépourvue d'épiderme ou d'épithélium.

Cette dénudation de surface constitue ce qu'on appelle en clinique l'*érosion* chancreuse.

Comme règle, elle n'intéresse que la partie superficielle du derme. Rarement elle se prolonge plus avant, pour former une entamure réelle des tissus, c'est-à-dire une ulcération.

Elle débute toujours par le centre même de la lésion, pour s'étendre excentriquement et recouvrir presque toute l'aire de la production néoplasique.

Enfin, à sa circonférence, elle est le plus souvent bordée par un bourrelet légèrement exhaussé tant au-dessus d'elle que des parties saines périphériques.

Par quel processus intime se produit l'érosion qui surmonte le néoplasme ? Est-ce, comme le disent Cornil et Leloir, par infiltration purulente des couches superficielle et intermédiaire de l'épiderme, avec altération cavitaire des cellules épidermiques ? Vraisemblablement, oui. Mais, comment intervient ici le microbe spécifique, et quelle part prend-il à ce processus, quel rôle y joue-t-il ? Inutile de dire que nous ne sommes en rien renseignés sur ce point.

Toujours est-il — et ceci nous intéresse bien autrement — que cette érosion de surface du néoplasme chancreux se montre en général tout à fait remarquable par sa *superficialité* même. Superficielle, en effet, et beaucoup plus superficielle qu'on ne le croit usuellement est l'érosion du chancre syphilitique. Souvent, bien souvent, elle se borne à détruire les couches cornée et intermédiaire de l'épiderme, en respectant le corps muqueux qu'on trouve intact ou partiellement intact au fond de la lésion. D'autres fois elle entame ce corps mu-

(1) On conçoit l'excessive importance de ce fait pour un procédé thérapeutique que nous aurons à décrire sous le nom d'*excision* du chancre.

Finger a dit de même : « L'infiltration cellulaire envoie au loin (en dehors de l'induration proprement dite) des *trainées* qui se bifurquent, trainées en forme de rubans qui communiquent avec le foyer de la sclérose, s'étendent au loin dans le tissu cellulaire cutané et sous-cutané en apparence sain, et ne présentent à la pression du doigt aucune trace d'induration. »

queux, en décapitant les papilles ; mais c'est tout. Il est rare qu'elle pénètre plus avant (1).

J'ajouterai qu'enfin sur la circonférence du chancre, là où se remarque cette zone circulaire d'exhaussement dont je viens de parler, l'inspection microscopique révèle un certain degré d'hypertrophie de l'épiderme, du corps muqueux de Malpighi et de ses prolongements interpapillaires.

Somme toute, néoplasme intra-dermique, d'une part, et, d'autre part, érosion à la surface de ce néoplasme, voilà ce qu'est le chancre syphilitique, anatomiquement.

Or, cette constitution du chancre présente-t-elle quoi que ce soit de spécial, qui appartienne au chancre exclusivement et qui soit de nature à en constituer la caractéristique anatomique? — Non.

Quoi de spécial, d'abord, dans le néoplasme chancreux, tel que je viens de le décrire? Rien, absolument rien, de l'aveu des histologistes les plus autorisés. Des néoplasmes de cet ordre sont des productions banales et peuvent dériver, par exemple, d'inflammations vulgaires.

En second lieu, est-il quelque particularité plus spéciale dans le processus érosif du chancre? Pas davantage. Car, banale également et plus encore est une destruction de surface, que sont aptes à réaliser les causes les plus diverses.

Donc, la spécificité du chancre ne ressort en rien de ses lésions anatomiques.

Elle en ressort même si peu que Virchow a pu dire : « Anatomiquement, le chancre n'est qu'un ulcère gommeux » ; — que, pour Wagner, « l'altération anatomique qui constitue le chancre se reproduit identiquement dans toutes les lésions de la syphilis » ; — que, pour Cornil et Ranvier, « les lésions déterminées dans le tissu conjonctif par le chancre ne diffèrent pas essentiellement de celles que produit l'inflammation dans ce même tissu ; et qu'il n'existe pas de distinction histologique précise entre le chancre syphilitique et la gomme au début » ; etc., etc.

Caractères cliniques. — *Chancre expérimental.* — Le prototype du chancre nous est naturellement offert par les cas de syphilis expérimentale. Dans ces cas, en effet, la lésion développée à dessein, attendue, épiée, a pu être surprise dans son développement embryonnaire, étudiée dans ses moindres détails objectifs, surveillée à loisir depuis son éclosion première jusqu'à sa terminaison.

Eh bien, en quoi a consisté cette lésion? — Dans tous les cas, et

(1) Voir, comme exemple, un très instructif schéma de la coupe d'un chancre induré, représenté par mon collègue et ami le Dr CORNIL dans ses *Leçons sur la syphilis*. — Voir de même LELOR, *Leçons sur la syphilis*, 1886.

quelle que soit la nature de la matière inoculée, ce que les observateurs ont noté est ceci :

I. — Après une incubation de quelques semaines en moyenne, apparition au point inoculé d'une petite rougeur, devenant bientôt une rougeur papuleuse, légèrement saillante ; — lenticulaire de forme ; — desquamative, exfoliante ; — puis, formation, à la surface de cette papule, d'un *exsudat croûteux*, lequel n'est qu'un masque recouvrant la lésion vraie ; — et, sous ce masque, lésion vraie, constituée par une érosion des téguments, érosion superficielle, rougeâtre, fournissant un léger suintement. — Tel est le début.

II. — Ultérieurement, *période de progrès*, où la lésion acquiert sa maturité de la façon suivante : 1° elle s'élargit excentriquement, jusqu'à présenter le diamètre d'une pièce de 20 centimes, puis celui d'une pièce de 50 centimes ; — 2° elle s'épaissit, prend du corps, devient plus saillante, en même temps qu'elle semble s'enfoncer, s'enchâsser dans les téguments ; — 3° elle devient rénitente, résistante au doigt, plus ou moins dure.

Simultanément, sa surface, accrue de proportions, reste érosive, excoriée, quelquefois ulcéreuse ; — et, de deux choses l'une, ou bien elle suppure à découvert, ou bien elle se revêt d'une croûte qui dissimule à la vue la dénudation dermique sous-jacente.

A cette époque, *stade de maturité* du chancre, la lésion a été comparée par les observateurs soit à un « condylome épais et résistant », soit à « un tubercule dur, à une plaque indurée, à un véritable tubercule plat avec érosion ou encroûtement de surface et induration de base », etc.

III. — Parvenue à ce degré de développement, la lésion reste stationnaire un certain temps (une, deux, trois semaines, suivant les cas), sans modifications bien appréciables. Il devient évident qu'elle a atteint son apogée et qu'elle va entrer dans une phase nouvelle, *phase de réparation*. Et, en effet, la croûte tombe, en laissant à découvert une plaie d'aspect simple, à tendance cicatricielle ; ou bien, si la plaie était restée à découvert, elle se modifie d'aspect, est envahie sur ses bords par un processus cicatriciel, puis se ferme à brève échéance.

Finalement, il ne reste plus de la lésion qu'une plaque cicatricielle d'un rouge brunâtre, avec léger épaissement et rénitence locale des tissus. — Ces derniers phénomènes, à leur tour, s'atténuent après un certain temps, s'effacent, et tout est dit.

Tel est le *chancre expérimental*.

Au total, donc, ce chancre consiste en ceci, comme caractères constitutifs : un *néoplasme tégumentaire* ; — une *induration interstitielle de tissus* ; — un *processus érosif* ou *ulcéreux* de surface.

Eh bien, c'est là le type sur lequel est calqué le chancre de contagion, qui nous intéresse bien autrement et que nous devons mainte-

nant étudier avec tous les détails que comporte sa haute importance pratique.

CHANCRE DE CONTAGION.

En dépit de sa courte durée, l'évolution de ce chancre peut être divisée naturellement en quatre périodes, de la façon suivante :

- 1° Période de *début* (éclosion du chancre) ;
- 2° Période d'*augment* ou de progrès (constitution du chancre) ;
- 3° Période d'*état* (chancre à maturité, chancre adulte) ;
- 4° Période de *réparation cicatricielle*.

1° Période de *début*. — Il est rare chez l'homme et tout à fait extraordinaire chez la femme que l'on observe le chancre à sa période embryonnaire. Toutefois, dans les cas où l'on a eu l'occasion de le surprendre à cette époque, on l'a vu constitué comme il suit :

I. — Sur le tégument cutané, par un tout petit « bouton » très légèrement papuleux, lenticulaire de forme, rougeâtre, desquamatif ou croûteux de surface.

II. — Sur le tégument muqueux (où il est infiniment plus commun), par une très petite érosion tout à fait superficielle, consistant presque en une simple exfoliation épithéliale ; — érosion de l'étendue d'une lentille, d'un grain d'orge, d'un grain de blé ; — érosion quelquefois arrondie ou même parfaitement circulaire, d'autres fois ovalaire, allongée, fissuraire, etc. ; — érosion plane, de niveau avec les parties voisines, sans arête circonferentielle et, conséquemment, sans bords ; — érosion rouge ou rougeâtre généralement, mais n'offrant d'ailleurs aucune coloration spéciale ; — érosion fournissant à peine un imperceptible suintement séreux ; — érosion, enfin, à base insignifiante ou tout au plus très légèrement épaissie. Quelquefois peut-être, en palpant très soigneusement, en roulant entre les doigts les téguments sur lesquels repose cette lésion, parvient-on à y percevoir la sensation d'une certaine rénitence circonscrite ; mais ce signe est tellement minime qu'il n'est guère à s'y arrêter et qu'on n'en saurait déduire rien de certain.

Et rien de plus. C'est là tout ce qu'on voit, tout ce qu'on perçoit ; aucun autre phénomène ne se présente à constater.

Si bien qu'à cette époque, c'est-à-dire dans les quatre premiers jours (durée que fort arbitrairement, je l'avoue, on assigne à cette période de début), le chancre n'offre aucun signe spécial qui le dénonce en tant que chancre. Bien loin de là. Il constitue véritablement à cette période la plus petite, la plus superficielle, la plus bénigne, *la plus insignifiante de toutes les érosions possibles*. Ce n'est pas quelque chose, pour ainsi dire ; c'est *moins que rien*. A ce point que, la première fois ou les premières fois qu'on est appelé à constater le chancre sous cette forme et à cet âge, *on y est toujours*

trompé. Et il est impossible en réalité qu'on ne s'y trompe pas.

Aussi bien, je l'affirme par expérience, *en pratique le chancre naissant est méconnu neuf fois sur dix*.

Et comment s'y trompe-t-on ? L'erreur commise en pareil cas est vraiment instructive et mérite d'être précisée.

Ou bien l'on prend pour un *herpès*, pour un herpès soit croûteux, soit érosif, le chancre en question ; — ou bien, ce qui est plus commun encore, on le considère comme une efflorescence cutanée insignifiante, comme une érosion vulgaire, comme une simple desquamation épithéliale, comme une écorchure, une égratignure, un « bobo », un rien. Dans l'un et l'autre cas, on s'empresse de rassurer les malades, on les congédie en leur garantissant une sécurité complète. Puis bientôt vient pour eux l'heure de la déception amère, laquelle a bien aussi pour le médecin son côté désobligeant.

2° Période d'*augment*. — Deux phénomènes principaux marquent le progrès du chancre. D'une part, l'érosion s'accroît et s'étend en surface excentriquement, mais en restant toujours superficielle, ou tout au moins en n'attaquant que les couches les plus extérieures du derme. — D'autre part, l'épaississement initial de la région devient de plus en plus manifeste ; les tissus qui sous-tendent l'érosion prennent une consistance morbide ; il semble qu'il se forme là une infiltration intra-dermique, un dépôt plastique, une *néoplasie* qui, nettement circonscrite à l'aire de la lésion, constitue sous cette lésion une sorte de base ou d'assise résistante.

Ces deux phénomènes marchent généralement d'un pas égal, à quelques exceptions près. Lorsque l'un et l'autre sont accomplis, le chancre est constitué.

3° Période de *maturité*. — Spécifions d'abord l'ensemble des attributs qui composent la caractéristique du chancre à cette époque, pour revenir plus tard en détail sur chacun d'eux.

Le chancre adulte, dans sa forme usuelle et en l'absence de complications, se présente sous l'aspect suivant :

1. Lésion bien circonscrite, d'étendue très limitée ;
2. Lésion non assujettie à une forme spéciale, mais le plus souvent ronde ou ovalaire ;
3. Lésion érosive de surface, bien plus souvent qu'ulcéreuse ;
4. Lésion se continuant sans ressaut et notamment sans bords à pic avec les tissus voisins ;
5. Lésion à fond lisse, égal, uni ;
6. Lésion n'ayant pas de coloration qui lui soit absolument spéciale, mais affectant plus volontiers l'une des deux teintes suivantes : soit la teinte rouge dite « chair musculaire », soit la teinte grisâtre du « lard ranci ».
7. Lésion suppurant peu et sécrétant de la sérosité louche plutôt que du véritable pus ;