

ne suffit pas de regarder dans un ophthalmoscope pour y voir quelque chose, non plus que d'introduire l'index dans le vagin d'une femme enceinte pour percevoir l'effacement ou la dilatation du col. De même il ne suffit pas de palper un chancre pour le reconnaître induré ou non induré. Il faut savoir *comment palper ce chancre* pour y trouver tel signe qu'on y recherche.

Eh bien, pour reconnaître l'induration chancreuse (alors, bien entendu, qu'elle ne s'impose pas de prime abord), il faut procéder suivant certaines règles. A savoir :

I. — D'abord, *isoler le chancre des parties périphériques*. Pour cela, le saisir aux extrémités opposées d'un de ses diamètres, à ses pôles opposés, et non pas (comme ne manquent guère de faire les novices) à une certaine distance de ces pôles. — Car, si l'on interpose entre le chancre et les doigts une certaine épaisseur de tissus sains, il est fort possible que la souplesse normale de ces tissus masque ou ne laisse pas percevoir l'induration, laquelle, on le sait, est toujours exactement circonscrite à la base même de l'érosion chancreuse.

II. — En second lieu, *isoler le chancre des parties sous-jacentes*. Pour cela, le saisir superficiellement et le soulever quelque peu, comme si l'on voulait le détacher des tissus situés au-dessous de lui. — Car, de même que précédemment, la souplesse normale de ces tissus pourrait donner le change et masquer le signe morbide à percevoir.

III. — Enfin, le chancre étant saisi de la sorte et immobilisé entre les doigts, exercer du pouce à l'index une pression douce, délicate, plusieurs fois renouvelée, et cela parallèlement à la surface du chancre, dans la direction de son plan. — C'est dans ce mouvement d'opposition des doigts qu'on perçoit alors cette résistance toute particulière et indéfinissable qui traduit les indurations parcheminées ou foliacées, résistance assez exactement analogue à celle qu'on perçoit en pressant entre les doigts, parallèlement à sa surface, une fine carte de visite ou une feuille de papier.

Plus facile à exécuter qu'à décrire, cette petite manœuvre est indispensable à la perception des indurations légères, notamment des indurations en surface, en ménisque. Si on la néglige ou si on la pratique d'une façon défectueuse, on laissera échapper des indurations qu'une main plus expérimentée saura parfaitement découvrir et apprécier.

IX. — Enfin, le chancre syphilitique constitue une lésion remarquablement *indolente, aphlegmasique, dépourvue de troubles fonctionnels et pauvre en complications*.

Très positivement, il naît, se développe et s'éteint sans douleur. Sans doute il est un peu sensible quand on le touche, quand on le lave, quand on le panse ; mais, une fois au repos, il est comme s'il n'existait pas, et les malades n'en souffrent aucunement. Je n'ai vu

que trois ou quatre fois, en dehors d'irritations ou de complications, le chancre devenir l'origine d'élançements locaux et de véritables douleurs névralgiques.

De même, il est aphlegmasique, c'est-à-dire dépourvu de tous symptômes d'éréthisme inflammatoire. Les tissus qui l'environnent ne sont nullement influencés par lui et semblent indifférents à sa présence.

Il ne devient douloureux et inflammatoire que sous l'influence de causes d'irritation surajoutées, telles que frottements, froissements, malpropreté, défaut de pansements ou pansements avec substances excitantes, fatigues, érections, coït, excès alcooliques, contact de l'urine ou des matières fécales, etc., etc.

Aussi bien, par lui-même et en dehors de telles causes, n'éveille-t-il ni troubles fonctionnels (réserve faite pour ceux qui peuvent dériver de son siège, alors, par exemple, qu'il réside sur l'urèthre, l'anus, l'amygdale, etc.), ni complications.

Aussi bien encore, très fréquemment, reste-t-il soit *inaperçu* du malade, soit *méconnu* en tant que chancre, et cela parce qu'il ne fait pas souffrir, parce que parfois même il n'est pas senti, parce qu'en raison de son indolence et de sa bénignité les malades se refusent à le considérer comme origine possible d'une maladie telle que la vérole. Ce n'est pas une rareté, surtout à l'hôpital, de rencontrer des malades qui, actuellement affectés d'un chancre génital, déclarent de la meilleure foi du monde « n'avoir jamais eu le moindre mal à la verge », et qui restent stupéfaits quand on leur montre le chancre qu'ils renient : « C'est étonnant, vous disent-ils, je ne m'étais aperçu de rien. » — Et il est bien plus commun encore que certains malades, tout en ayant remarqué leur chancre, l'aient pris pour toute autre chose qu'un chancre. « Pour sûr, vous disent ceux-là, ce que j'avais n'était pas un chancre ; c'était un bouton, une écorchure, un bobo, car cela ne m'a jamais fait mal, et cela a guéri tout seul. » Double raison qui, à leurs yeux, est exclusive du chancre, mais qui pour nous comporte un sens tout différent.

4^e — *Période de réparation cicatricielle*. — I. — Une fois constitué avec l'ensemble des caractères qui précèdent, le chancre reste toujours stationnaire un certain temps, sans présenter ni tendance à s'accroître, ni tendance à se réparer.

Puis, un travail de réparation se manifeste, en s'accusant par les deux phénomènes que voici :

1^o *Modification de teinte* de la surface du chancre, laquelle se déterge de sa couche pseudo-membraneuse et, de grise ou de rouge qu'elle était, devient rougeâtre, rosée, semblable comme aspect à une plaie simple en voie de cicatrisation ;

2^o *Exhaussement* léger du fond de l'érosion ou de l'ulcération.

Ce fond s'élève, devient en général quelque peu proéminent et légèrement papuleux.

Bientôt les bords de la lésion sont envahis par une fine cicatrice, qui constitue d'abord à la circonférence du chancre une sorte de colerette grisâtre. Cette cicatrice s'étend de jour en jour en suivant une marche centripète, à mesure que l'érosion se rétrécit d'autant; finalement, elle se complète, et cela d'une façon toujours assez rapide, très rapide même dans la plupart des cas.

Dans les premiers temps, la cicatrice du chancre offre une coloration d'un rouge un peu sombre. Puis, elle se décolore, blanchit et s'efface.

Le plus souvent elle s'efface d'une façon complète, absolue, en sorte qu'il n'en reste plus traces à un moment donné. La règle, en effet, comme on l'a dit de vieille date, est que le chancre syphilitique disparaisse *sans cicatrice et sans stigmat*. Rien d'étonnant à cela d'ailleurs, puisque, pour la grande majorité des cas, le chancre n'est qu'une lésion érosive.

Mais cette règle comporte deux exceptions.

D'abord, il est des chancres (et ce sont, naturellement, les chancres de modalité ulcéralive) qui laissent après eux une cicatrice nettement apparente de par sa couleur et de par sa surface déprimée. Bien plus souvent, toutefois, on n'a affaire qu'à des cicatrices superficielles, planes, presque insignifiantes, mais perceptibles à un examen attentif ou à l'aide de la loupe.

En second lieu, certains chancres déterminent *in situ* un processus de pigmentation plus ou moins accentué, et leur cicatrice reste, soit en totalité, soit plus spécialement vers sa circonférence, teintée d'une coloration ou noirâtre ou bronzée ou bistrée, laquelle subsiste fort longtemps, au grand désespoir des malades, pour ne blanchir qu'après de longues années. Ce sont les chancres cutanés seuls et, plus spécialement, les chancres du fourreau qui présentent ce fâcheux privilège.

II. — *Que devient l'induration au moment où le chancre se cicatrise?*
— Trois ordres de cas s'observent en clinique, mais avec une très grande inégalité de fréquence. Ainsi :

1° Il n'est pas impossible que l'induration disparaisse avec le chancre et qu'on ne la retrouve plus dès la cicatrice faite. Mais cela est très rare, presque exceptionnel, et ne s'observe guère que dans les cas de chancre à induration foliacée, chez la femme spécialement.

2° En revanche, le cas usuel, ce qu'on peut appeler la règle, c'est que l'induration *survive* à la cicatrisation et soit encore nettement, très nettement appréciable sous la cicatrice pour un certain temps.

Combien de temps peut durer cette *survie* de l'induration ?

Grandes variétés à ce point de vue, en relation avec le développement du noyau néoplasique. C'est ainsi que les indurations foliacées s'effacent presque aussitôt après la cicatrisation; — que les indura-

tions parcheminées demandent au moins quelques semaines pour disparaître; — et que les indurations globuleuses, à gros noyau, persistent au minimum plusieurs mois. Il n'est même pas rare, pour celles-ci, d'en trouver encore vestige après une année.

Toujours ce processus régressif de l'induration s'accomplit d'une façon progressive. D'une part, le néoplasme (sous forme de noyau ou de ménisque, n'importe) diminue de volume, se réduit, se résorbe; d'autre part, il diminue de rénitence, s'assouplit, s'amollit et ne donne plus aux doigts que la sensation d'un noyau pâteux. Finalement, il disparaît.

3° Exceptionnellement, enfin, on peut voir l'induration continuer à s'accroître comme volume et à s'accroître comme rénitence après la cicatrisation du chancre. J'ai observé ce fait notamment, et cela d'une façon bien authentique, sur les chancres de la rainure glando-réputiale.

DURÉE. — Forcément variable, parce qu'elle est soumise à des conditions multiples et diverses, telles que les suivantes, prises comme exemples : dimensions et caractères de la lésion (les grands chancres guérissent plus lentement que les petits; les chancres érosifs se réparent plus vite que les chancres ulcéreux); — influences de siège (le chancre du col utérin, par exemple, se cicatrise souvent avec une rapidité surprenante; inversement, les chancres du méat urétral ou de l'anus, irrités par l'urine ou déchirés par le bol fécal, ont toujours une durée relativement longue); — absence de traitement et d'hygiène; — irritations locales, complications inflammatoires, etc. — Mentionnons aussi la grossesse, qui a pour effet constant d'entretenir toutes les lésions vulvaires et d'en retarder la cicatrisation; le chancre, tout naturellement, n'échappe pas à cette influence.

Toujours est-il que cette durée est généralement remarquable par sa *brève* durée. Dépourvu de complications et de causes d'entretien, le chancre syphilitique dure peu. On peut dire qu'en moyenne il ne demande guère plus de quatre à six semaines pour accomplir toutes ses périodes et aboutir à cicatrisation. — Quelquefois cette durée atteint sept ou huit semaines, et il faut vraiment des complications pour la prolonger davantage. — Parfois aussi elle est plus courte et descend à une vingtaine de jours. — Dans un cas, enfin, j'ai vu un chancre, que j'ai observé et suivi assidûment *depuis son début embryonnaire jusqu'à sa terminaison*, évoluer complètement, c'est-à-dire naître, progresser et se cicatriser en l'espace de *quatorze jours*. Cinq ou six jours plus tard il n'en restait même plus vestige, au point qu'il me fut impossible d'en retrouver le siège.

Résumé. — *Caractère dominant de la lésion primitive : Bénignité.* — Que si maintenant, après avoir analysé dans ses détails la symptomatologie du chancre, on vient à la considérer d'ensemble, il est

impossible de ne pas être frappé d'un fait majeur qui la domine et la résume. Ce fait, c'est la *bénignité* du chancre à toutes ses périodes, c'est l'*importance minime* du chancre en tant que lésion, d'un bout à l'autre de sa courte durée.

Et, en effet, qu'est-ce que le chancre à son début ? La plus insignifiante des érosions, une écorchure, une égratignure, un rien.

Qu'est-ce que le chancre plus tard ? Une érosion reposant sur une base épaissie.

Et plus tard encore, à son summum de développement ? Une plaie limitée, en général simplement érosive, indolente, sans tendance à s'étendre non plus qu'à se creuser ; quelque chose comme un herpès élargi ; quelque chose comme le plus superficiel et le plus bénin des traumatismes.

Puis, enfin, cette érosion se répare, se cicatrise. Et tout est dit. C'est là toute la lésion. Le chancre est cela et rien de plus.

Ainsi, cette lésion, loin d'avoir tendance à s'étendre, se limite à des proportions exigües ; — loin de se creuser, reste superficielle, effleurant plutôt qu'entamant les tissus ; — loin de traîner en longueur, se juge avec une rapidité surprenante ; — loin d'être menaçante et rebelle, ne demande qu'à s'effacer, qu'à disparaître, qu'à guérir, et cela, même livrée à son impulsion propre, même en dehors de toute intervention curative.

Cette symptomatologie *anodine*, est bien faite, on en conviendra, pour surprendre, et ne laisse pas de surprendre médecins et malades en bon nombre de cas. On n'est guère disposé, en effet, à admettre théoriquement qu'une grande maladie telle que la syphilis puisse avoir pour exorde un accident d'une telle bénignité. Et tel est cependant le chancre, sinon toujours, au moins dans l'énorme majorité des cas.

BUBON SATELLITE.

L'infection syphilitique primitive, ai-je dit, se compose de deux ordres de lésions, à savoir : 1° le chancre, que nous venons d'étudier ; — 2° des lésions de voisinage, composant ce qu'on pourrait appeler l'irradiation régionale du chancre, se produisant sur le système lymphatique et sur le district de ce système en relation anatomique avec le chancre.

Ces lésions lymphatiques affectent principalement (au point de vue clinique du moins) les ganglions, et, accessoirement, les vaisseaux blancs qui servent de trait d'union entre les ganglions et le chancre.

Toute l'histoire clinique de ces lésions a été tracée de main de maître par Ricord ; c'est là une des belles œuvres de ce grand syphiliographe, dont le nom doit trouver place en tête de ce chapitre.

Le chancre syphilitique retentit pathologiquement sur le ganglion ou sur les ganglions qui sont en relation anatomique avec le département tégumentaire qu'il affecte, et crée là une affection spéciale qui a reçu les noms de bubon primitif, adénopathie primitive, bubon symptomatique, ou, mieux encore, *bubon satellite*.

I. — **Caractère constant du bubon satellite.** — Le premier point à mettre en vedette de cet exposé, est le caractère constant, « fatal » (Ricord), du bubon satellite à la suite du chancre syphilitique.

Ce bubon, en effet, n'est en rien un accident, une éventualité, une complication du chancre ; c'en est, au contraire, un symptôme annexe, nécessaire, obligatoire, *constant*. En cela, tout d'abord, il diffère de tous les autres bubons symptomatiques, qui, suivant les cas, se produisent ou ne se produisent pas et, somme toute, ont la liberté de faire défaut. Lui, il n'a pas la liberté de faire défaut. « Il est le *compagnon fidèle* du chancre ; il l'escorte invariablement, fatalement ; il suit le chancre comme l'ombre suit le corps... *Pas de chancre infectant sans bubon*, voilà ce qu'on peut donner hardiment comme une *loi pathologique* » (Ricord).

Et, en effet, les quelques exceptions prodigieusement rares que l'on pourrait opposer à cette *loi de Ricord* ne feraient que la confirmer par leur rareté même. Certes, on a vu des chancres syphilitiques sans bubon. Ainsi, à n'en citer qu'un exemple, un de mes clients de ville a dû sa syphilis à un chancre typique de la verge qui est resté sûrement indemne de bubon. Ni M. le Dr Tillaux (qui m'a adressé le malade à propos de cette anomalie extraordinaire) ni moi ne sommes jamais parvenus à découvrir sur lui le moindre ganglion inguinal. Mais des cas de cet ordre, combien en pourrait-on citer ? Quelques-uns tout au plus. Pour ma part, j'ai repris à nouveau l'examen de la question, et je suis en mesure de dire que, sur 5.000 malades de la ville affectés de chancres de toutes régions, je n'ai vu le bubon primitif faire défaut qu'en *trois cas*. Un symptôme qui ne fait défaut que trois fois sur 5.000 cas est bien certes de l'ordre de ceux qu'en clinique il n'y a guère exagération à qualifier de *constants*.

D'ailleurs, l'absence du bubon ne pourrait-elle pas être explicable, au moins pour certains cas, par l'absence ou l'ectopie d'un département du système lymphatique ? Des anomalies de ce genre ont été, paraît-il, observées quelquefois dans ce système. Un savant anatomiste, M. le Dr Poirier, m'a dit en avoir recueilli quelques exemples et m'a communiqué la relation d'un cas où les ganglions inguinaux superficiels étaient, d'un côté, réduits à deux, et, de l'autre, faisaient absolument défaut (1).

(1) Voici un extrait de la note que M. le Dr Poirier a bien voulu me remettre sur ce cas éminemment curieux :

« Sur un sujet mâle, âgé de 62 ans, très gras, j'ai constaté l'absence des ganglions