

nocule, soit le pus du chancre, soit le pus du bubon d'absorption, voici ce qu'on observe. Le point piqué commence par rougir, il s'entoure d'une légère auréole inflammatoire; il se tuméfie, l'auréole s'élargit, et bientôt on voit naître une papule. Au sommet de cette papule l'épiderme se soulève et une petite vésicule pleine de sérosité apparaît; elle s'accroît, son liquide se trouble, devient purulent, et une véritable pustule lui succède. Cette pustule s'ombilique à son centre; puis, après un certain temps, elle s'affaisse et s'aplatit. Alors, de deux choses l'une: ou bien la pustule se rompt, en laissant à découvert une ulcération d'égale étendue qui constitue un véritable chancre; ou bien elle reste intacte, se dessèche sur place, et se recouvre d'une croûte brunâtre qui peut s'accroître avec l'ulcération qu'elle recouvre. Si, à ce moment, on soulève cette croûte, on retrouve une ulcération qui offre tous les caractères du chancre que nous avons décrit, et dont le pus est aussi inoculable.

Tels sont les symptômes du chancre mou; voyons maintenant quelle est sa marche. En général, elle est continue, progressive; ce chancre a toujours une tendance à envahir les tissus sains qui l'entourent, à les ulcérer, à les détruire. Le pus qu'il sécrète conserve pendant un temps fort long sa spécificité virulente, et ce n'est que pendant la dernière période du chancre que ce liquide perd son caractère contagieux.

D'après les différents changements que présente le chancre mou, on peut reconnaître ici trois périodes: l'une de progrès, l'autre d'état, la troisième de réparation ou de cicatrisation. Pendant cette dernière période le pus conserve encore quelquefois sa virulence: ainsi la cicatrisation a souvent réparé le chancre dans toute sa périphérie, que le centre fournit encore du pus inoculable. Il arrive néanmoins, dans certains cas, que les deux phénomènes marchent parallèlement, et que le début de la période de réparation est le signal de l'extinction complète de toute spécificité virulente.

La durée du chancre mou est très-variable. Dans le plus grand nombre des cas, il se cicatrise en quelques semaines; mais quelquefois la cicatrisation se fait attendre pendant un temps beaucoup plus long, sans que rien puisse expliquer ce retard.

La cicatrisation est la terminaison ordinaire du chancre simple. Cependant il peut se compliquer quelquefois de phagédénisme; nous aurons occasion de revenir plus loin sur ce grave accident. Une autre complication moins sérieuse, c'est le développement de bourgeons saillants, fongueux, végétants, qui lui donnent l'aspect d'un tubercule plat ou d'une plaque muqueuse.

b. Du chancre induré. — Le chancre induré infectant peut s'observer sur tous les points du corps; il est exclusivement propre à l'espèce humaine, et son virus n'est pas transmissible aux animaux (Ricord et Cullerier).

Ce chancre est ordinairement arrondi, comme le chancre mou. Sa surface est lisse, vernissée, d'un aspect irisé; son fond est généralement grisâtre, lardacé; son centre est d'une teinte plus foncée, d'un piqueté bru-

natre, d'où lui vient le nom d'*œil-de-perdrix* qu'on lui donne vulgairement. Dans certains cas, on peut voir une teinte blanchâtre nacré, qui offre l'aspect du cartilage. Ses bords, un peu saillants, ne sont jamais décollés. Ricord fait justement remarquer que le chancre induré n'est pas taillé à l'emporte-pièce, comme l'avait dit Hunter, mais que son fond semble être creusé en godet et fait à l'évidoir (fig. 77).

Le chancre infectant est ordinairement solitaire (1), et sa suppuration est moins abondante et moins phlegmoneuse que celle du chancre mou; même souvent il ne sécrète qu'une sérosité sanieuse et mal liée. En outre, sa base offre une induration qui produit au toucher la sensation que l'on éprouve en prenant un tissu élastique, rénitent, chondroïde. Cette induration existe à la fois au-dessous et autour de l'ulcère vénérien, dont elle limite brusquement la circonférence; elle est aussi nette chez l'homme que chez la femme dans les points anatomiques qui

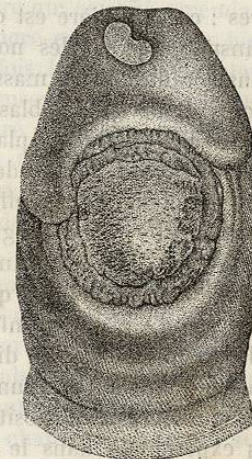


FIG. 77. — Chancre simple au sommet du gland, et chancre induré du prépuce et de la couronne du gland.

leur sont communs: lèvres, langue, par exemple; mais aux organes génitaux l'induration est plus difficile à percevoir chez la femme. C'est encore là un fait embarrassant pour la doctrine absolue du double virus. Il faut alors tenir compte pour le diagnostic des autres caractères du chancre infectant (forme de l'ulcération, caractère de ses bords); mais dans quelques cas enfin ce diagnostic est d'autant plus difficile que le retentissement ganglionnaire est aussi moins prononcé chez la femme.

L'induration du chancre infectant s'enfonce plus ou moins profondément dans les tissus, en revêtant très-souvent la forme d'une demi-sphère (moitié de pois de Bell). Elle peut, dans certains cas, se montrer aussi sous la forme annulaire, et n'envelopper le chancre que dans la périphérie (syphilis annulaire de Wallace); elle se présente quelquefois en lame mince s'étalant en surface et non en profondeur (induration parcheminée de Ricord).

L'induration siège dans la peau ou les muqueuses, ainsi que dans le tissu cellulaire qui double ces membranes.

(1) Sur 456 malades on a trouvé :

Avec un chancre unique. 341 malades. | Avec plusieurs chancres.. 115 malades.

Sur ces 115, on avait :

86 malades avec.....	5 chancres.	2 malades avec.....	5 chancres.
20 —	3	1 —	6
5 —	4	1 —	19

(Fournier, p. 121.)

Robin, qui a étudié la structure du chancre induré, y a trouvé les éléments suivants : 1° des traces de fibres du tissu cellulaire avec quelques fibres élastiques cutanées ; 2° une matière amorphe interposée à ces fibres : cette matière est d'autant plus abondante que l'induration est plus transparente ; 3° des noyaux libres fibro-plastiques formant une partie considérable de la masse, et toujours accompagnés d'une quantité au moins égale de cytoblastions ; 4° on y voit aussi un certain nombre de corps fusiformes fibro-plastiques.

Pour Ricord, cette induration est consécutive au développement de l'ulcère infectant ; jamais elle ne précède l'ulcération, comme le pensait Bashington. Elle va en progressant avec l'âge du chancre, et elle est précoce ou tardive. Il est très-important de distinguer cette induration froide de la dureté inflammatoire qui accompagne le chancre mou.

Le pus du chancre infectant n'est pas en général inoculable sur le malade lui-même. Ricord dit bien qu'il a vu quelques inoculations positives, mais ces faits datent d'une époque déjà un peu éloignée. Fournier n'a pu voir qu'un résultat positif sur 99 inoculations ; et Poisson, qui a répété ces expériences dans le service de Ricord, n'a eu sur 52 cas qu'un seul résultat. Jamais Rollet (1) n'a observé d'inoculation positive. On est donc autorisé à tenir pour très-rare le fait de l'inoculation du chancre induré sur le malade même.

Le retentissement ganglionnaire est constant dans le chancre infectant, et cette adénopathie est ordinairement multiple, indolente et dure. Les ganglions, augmentés de volume, forment de petites tumeurs ovoïdes très-dures ; ils sont indépendants les uns des autres et mobiles au milieu du tissu cellulaire voisin. L'un d'eux, correspondant aux lymphatiques de la partie où siège le chancre, présente un volume plus considérable que les autres : c'est le ganglion anatomique de Ricord. L'adénopathie est ordinairement double ; cependant la pléiade ganglionnaire est plus accusée du côté où siège le chancre ; quelquefois elle se montre dans l'aîne d'un seul côté. Les chancres des organes génitaux et de l'anus s'accompagnent de bubons inguinaux ; les chancres des lèvres et de la langue, de bubons sous-maxillaires : en un mot, le bubon existe dans les ganglions qui reçoivent les lymphatiques du point ulcéré. Nous avons déjà dit que ce retentissement ganglionnaire était indolent ; mais dans certaines circonstances particulières, telles que fatigues, excès, coups, etc., le bubon peut suppurer, et le pus de ce bubon n'est pas non plus en général inoculable sur le sujet qui le porte. Outre l'adénopathie, le chancre infectant est assez souvent accompagné d'indurations suivant le trajet des lymphatiques ; elles partent du chancre et vont quelquefois jusqu'au pubis ; d'autres fois le cordon est moins étendu. Nous reviendrons avec plus de détails sur ces faits, que nous devons toutefois signaler ici.

(1) Laroyenne, *Études expérimentales sur le chancre (Annuaire de la syphilis, etc., par Diday et Rollet, 1859).*

Le chancre infectant dure de quatre à six septénaires ; il peut quelquefois ne pas être remarqué du sujet qui le porte, et l'on voit ainsi des syphilitiques ne se croyant pas affectés d'un chancre qui existait cependant déjà depuis longtemps. L'indolence de ce chancre explique assez bien cette ignorance de certains malades. Quelquefois le chancre infectant peut se transformer *in situ* en pustules muqueuses, comme l'ont établi Davasse et Deville dans un mémoire inséré dans les *Archives de médecine* en 1845 ; le plus ordinairement il se termine par réparation ou cicatrisation ; alors des bourgeons rouges et de bonne nature se montrent vers la circonférence de l'ulcère et gagnent de plus en plus le centre. Ailleurs, la cicatrisation se développe d'emblée sur toute la surface du chancre. Mais pendant la cicatrisation, que devient l'induration ? Parfois, elle disparaît avant la cicatrisation ; mais c'est là un cas exceptionnel. Le plus souvent elle persiste longtemps après la réparation : cette durée n'a rien de fixe, elle varie de quelques semaines à plusieurs années ; quand cette induration s'efface, elle perd graduellement sa rénitence, son élasticité, devient gélatiniforme, puis disparaît. Si le chancre occupe une surface cutanée, le fourreau de la verge par exemple, la cicatrice prend dans ce cas une teinte foncée très-caractéristique, que l'on ne voit pas se développer à la suite du chancre mou. Cette coloration peut persister pendant un temps assez long, et lorsqu'elle existe, sa présence révèle la nature de l'ulcération à laquelle elle a succédé. Le chancre infectant peut se compliquer de phagédénisme, mais bien plus rarement que le chancre mou.

Après avoir décrit le chancre induré complètement développé, nous devons rechercher sous quelle forme il apparaît d'abord ; quelle est son évolution, s'il a un certain temps d'*incubation*.

La solution de ces diverses questions est facile pour le chancre mou : on inocule presque sans danger cet ulcère autant de fois que l'on veut, et l'on voit presque toujours se produire, au bout d'un temps assez court, la pustule caractéristique, puis l'ulcération chancreuse. Mais ces mêmes conditions ne se rencontrent plus pour le chancre infectant, et si la solution est encore possible pour l'incubation, elle devient d'une difficulté extrême quand il s'agit de déterminer le mode de développement du chancre. La confusion qui régnait sur la nature des chancres, l'opinion erronée que l'on se faisait du résultat des inoculations, ont entouré ce problème d'une grande obscurité.

Quelle est l'*incubation* du chancre infectant, c'est-à-dire combien de temps se montre-t-il après le coït infectant ? L'école du Midi répond que l'incubation n'existe pas. Toujours railleuse, elle appelle la période d'incubation, la *période d'inobservation* ; mais c'est là une erreur que nous réfuterons par deux ordres de preuves : les résultats cliniques et les expériences. Sans doute, les résultats cliniques ne sont pas tous concluants, et il est rare de rencontrer un malade qui puisse faire remonter à une cause bien déterminée sa contagion ; mais si ces cas sont rares, il en existe ce-

pendant, et l'on peut alors préciser l'incubation. Cette incubation est ordinairement de deux à six semaines. Ricord répond à ces faits que le chancre a pu rester inaperçu pour le malade. Cette objection ne peut être adressée à certains malades qui, après chaque coït, passent toute leur journée à trouver une trace d'ulcération, et qui, à la moindre rougeur sur le gland, s'empressent d'accourir chez le médecin; mais cette objection tombe plus radicalement encore devant l'expérience. Cette expérience a été une seule fois pratiquée avec du pus de chancre infectant: Rollet (1) a inoculé sur un malade déjà possesseur de deux chancres mous, du pus de chancre infectant, et l'incubation a duré dix-huit jours.

Nous pouvons encore donner à l'appui de notre opinion une autre preuve expérimentale. Rollet, dans son très-remarquable mémoire, publié dans les *Archives de médecine* en 1859, a démontré que les accidents secondaires étaient contagieux, et que la lésion produite par cette contagion avait les trois caractères du chancre infectant: l'ulcération, l'induration et le retentissement ganglionnaire indolent; ce chancre n'a même pas de signe distinctif du chancre produit par la contagion ou l'inoculation d'un ulcère primitif induré. Les exemples de contagion de la syphilis secondaire viendront alors éclairer la question de l'incubation de l'ulcère infectant; mais, parmi ces exemples, il faut encore préférer aux faits cliniques les expériences qui permettent moins les objections et les fins de non-recevoir. Or ces expériences prouvent l'incubation du chancre. Celles de Waller, de Wallace, de Rinecker, de l'anonyme du Palatinat (*Archives de médecine*, 1858, vol. I, p. 595), de Gibert que nous ferons connaître plus tard, sont sur ce point d'une très-grande précision.

Selon nous, le chancre infectant a une incubation variant de deux à six semaines environ. Mais s'il est intéressant de préciser la durée de l'incubation, il est beaucoup plus important de savoir si cette incubation existe ou non. Car la doctrine de l'incubation entraîne avec elle l'idée de l'infection primitive, et le chancre n'est plus, comme le pensait Hunter, et comme le professe aussi Ricord, un accident local n'infectant que plus tard l'économie. L'ulcération syphilitique n'est que la manifestation d'un état général déjà acquis, et la cautérisation, comme méthode abortive, devient donc inutile.

Nous arrivons à la seconde question que nous avons à résoudre: le mode de développement du chancre infectant. L'étude clinique nous sera moins utile ici que les expériences; car un malade ne donnera pas toujours des renseignements très-précis sur la manière dont son chancre a commencé. Les expériences ont ici un grand avantage, et, sans vouloir imiter ceux qui les ont instituées, on peut profiter de leurs trop hardies tentatives.

Or l'expérience déjà citée de Rollet nous apprend qu'au bout de dix-huit jours, une papule s'est montrée; puis cette papule s'est ulcérée;

(1) *Études cliniques sur le chancre produit par la syphilis secondaire* (*Archives de médecine*, 1859, vol. I, p. 409).

l'ulcération a envahi d'abord le centre, et n'a gagné que plus tard la totalité de la papule.

Les mêmes phénomènes ont été observés par les auteurs qui ont inoculé les accidents secondaires à des sujets vierges de syphilis; il suffira de parcourir les expériences que nous citerons pour partager notre opinion.

Le chancre infectant a donc une incubation, et débute par une papule indurée qui s'ulcère plus tard.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic d'un chancre est ordinairement facile; la difficulté n'existe que dans certains cas pour le diagnostic de l'espèce. Les chancres sont quelquefois confondus avec l'herpès. Mais le nombre des vésicules, assez considérable ordinairement, l'absence d'induration, de retentissement ganglionnaires indolent, ne permettent pas de confondre cette éruption avec le chancre infectant. La non-inoculabilité de l'herpès est un signe pathognomonique pour le différencier d'avec le chancre mou. On tient compte aussi d'autres caractères tirés de l'étendue des ulcérations, de leur sécrétion, de leur forme taillée à pic dans le chancre.

Nous avons eu occasion de voir sur la verge des ulcérations produites par l'action locale de l'arsénite de cuivre, qui auraient pu en imposer pour un chancre induré. L'induration était très-limitée, sans inflammation; l'ulcération était arrondie, comme taillée à l'emporte-pièce; mais, dans ce cas, il n'y avait pas de retentissement ganglionnaire indolent; des pustules analogues étaient disséminées sur d'autres parties du corps; on pouvait apercevoir au centre de ces ulcérations une matière verdâtre caractéristique; enfin les commémoratifs étaient d'une grande importance. J'ai déjà insisté sur ce diagnostic différentiel dans un travail (1) que j'ai publié sur l'éruption de l'arsénite de cuivre.

Nous allons maintenant, dans un tableau comparatif, opposer les signes des deux espèces de chancres.

CHANCRE SIMPLE.	CHANCRE INDURÉ.
Plus fréquent; ordinairement multiple.	Moins fréquent; ordinairement solitaire; très-rarement plus de deux chancres indurés.
Bords décollés, renversés, taillés à pic; aspect grisâtre; fond déchiqueté.	Circonférence se continuant insensiblement avec le centre. Creusé à l'évidoir.
Base molle; quelque dureté inflammatoire, mais pas d'induration.	Induration indolente sans inflammation.
Sécrétion abondante.	Peu de sécrétion.
Pus inoculable à toutes ses périodes, et sur un sujet vierge et sur un sujet diathésé.	Non inoculable sur un sujet diathésé.
Adénite aiguë non constante.	Adénopathie indolente constante.
Suppuration du bubon; inoculation positive de ce pus.	Quand il y a suppuration, le pus du bubon n'est pas inoculable au malade.
Se complique quelquefois de phagédénisme.	Très-rarement phagédénique.
Durée de cinq à huit septénaires.	Durée de quatre à six septénaires.

(1) Follin, *Noté sur l'éruption papulo-ulcéreuse qu'on observe chez les ouvriers maniant le vert de Schweinfurt* (*Archives de médecine*, décembre 1857).

c. **Du chancre phagédénique.** — Ces ulcères, d'après Babington, ont reçu le nom de *phagédéniques*, parce qu'on a supposé que ce sont les mêmes que ceux qui ont été décrits par Celse sous le nom de *phagedæna* (de φαγέδαινα, faim dévorante). Bien qu'on puisse mettre en doute l'exactitude de ce rapprochement, cependant il est convenable de conserver une dénomination qui donne une idée assez juste des ulcères qui nous occupent.

Le phagédénisme est, comme nous l'avons déjà dit, une complication assez fréquente du chancre mou, plus rare du chancre infectant. Le début du chancre phagédénique est le même que celui des deux variétés.

Les chancres phagédéniques s'étendent plus en surface qu'en profondeur; ils détruisent plus facilement la peau et le tissu cellulaire sous-cutané que les tissus musculaires et aponévrotiques; mais leurs ravages sont plus rapides dans le tissu cellulaire, que sur la peau: le phagédénisme se crée ainsi un passage sous les téguments, et alors le fond de l'ulcère ne peut être facilement mis à découvert. La forme de ces chancres est ordinairement irrégulière, serpigineuse; ils s'étendent dans une grande étendue, affectant surtout les parties déclives: ainsi nous avons vu un chancre phagédénique qui, après avoir envahi toute la cuisse, était descendu au-dessous du genou.

A mesure que l'ulcère détruit la partie sur laquelle il est situé, la surface devient de plus en plus inégale, et sa circonférence présente une ligne irrégulière qui lui donne un contour comme festonné. Cet aspect est l'effet du mode de progrès de l'ulcère, qui ne s'étend pas d'une façon régulière dans toutes les directions, mais se propage sur quelques points avec plus de rapidité que vers d'autres. Les bords sont ordinairement très-minces, décollés, irrégulièrement découpés, perforés dans les points où le phagédénisme a envahi le tissu cellulaire en conservant la peau. La surface est recouverte d'une fausse membrane grisâtre que l'on a comparée à la pourriture d'hôpital, et dont on a fait une production diphthéritique. Quelquefois une des parties de l'ulcère se répare, tandis qu'une autre prend de l'extension. Quand un segment de l'ulcère se nettoie, son épaisseur diminue, mais pour cela la cicatrisation ne suit pas immédiatement. L'auréole violacée qui circonscrit ces chancres ne s'observe plus du côté où cette tuméfaction a disparu.

Le pus des ulcères phagédéniques est ordinairement et facilement inoculable; cette inoculation peut se faire par voisinage de tissu, et donner lieu à plusieurs ulcères qui, en se réunissant, augmentent encore les dimensions du chancre phagédénique.

Ce chancre s'accompagne quelquefois de bubons, et l'on a vu ces bubons se confondre avec le chancre.

Le phagédénisme étant une complication rare du chancre infectant, on voit rarement le chancre phagédénique suivi de symptômes constitutionnels; et quand ces symptômes se manifestent, ils n'offrent pas une gravité en rapport avec la nature du chancre phagédénique, comme le

crovait Babington. Les chancres infectants phagédéniques offrent même comme symptômes locaux un pronostic moins grave que les chancres mous phagédéniques. C'est, en effet, à la suite de ces derniers qu'on voit ces amputations de la verge, ces grands délabrements dans les régions qu'ils ont envahies. Si les symptômes constitutionnels sont, par exception, plus rebelles, cela s'explique par la constitution du malade, et non par le virus plus intense. C'est à tort aussi que Babington conseille l'emploi exclusif et à haute dose du mercure dans le chancre phagédénique. Si, dans certains cas exceptionnels, le mercure est indiqué, ce n'est pas à cause de la nature phagédénique, mais plutôt malgré le phagédénisme, et en raison de la nature infectante du chancre, dont le phagédénisme n'est qu'une complication.

Ces chancres phagédéniques sont beaucoup plus graves dans les pays froids, dans des contrées comme la Norwège, et l'on voit alors des malades ne pouvoir être guéris qu'en allant dans des régions tempérées.

Ricord a décrit une autre variété de chancre qu'il nomme *phagédénique gangréneux*. Dans quelques circonstances, selon lui, les chancres deviennent la cause où se compliquent d'une inflammation suraiguë dont la gangrène est la conséquence. Ici l'ulcère spécifique est le plus ordinairement détruit par les progrès rapides de la mortification, et à la chute des eschares il ne reste plus qu'un ulcère simple, siégeant sur des tissus que l'œdème ou une inflammation phlegmoneuse peuvent encore tenir engorgés, mais qui n'offre aucun des caractères de l'induration propre au chancre induré.

PRONOSTIC. — Ce pronostic est très-différent suivant l'espèce de chancre. Le chancre mou est un accident local qui en général n'infectera pas l'économie; le chancre infectant, au contraire, est un accident syphilitique, et sera suivi des différentes manifestations de la vérole. Enfin le phagédénisme est une complication fâcheuse qui peut envahir les deux ulcérations, mais qui, nous l'avons fait remarquer, s'observe plutôt avec le chancre mou. Ce phagédénisme est une complication d'autant plus grave, que l'économie est déjà plus détériorée.

TRAITEMENT. — Le *chancre mou*, qui dans la grande majorité des cas n'est point la syphilis constitutionnelle, ne demande qu'un traitement local. On pourra, comme le conseille Ricord, panser ce chancre avec de la charpie imbibée de vin aromatique ou d'une solution de tartrate de fer; l'emploi de cette solution à l'intérieur sera aussi indiqué, si le sujet est chloro-anémique. Quand le chancre paraît vouloir s'étendre malgré ce traitement, on emploiera avec avantage la cautérisation. A l'hôpital du Midi, on se sert souvent d'un caustique sulfo-carbonique: c'est de l'acide sulfurique uni à du charbon, de manière à faire une pâte molle. Ce caustique est analogue à celui qu'emploie Velpeau pour détruire certains cancers, avec cette différence, toutefois, que le charbon est substitué au safran, la base commune étant l'acide sulfurique.

L'emploi de ce caustique sulfo-carbonique est surtout vanté dans le