

que l'on produit ainsi, sont par eux-mêmes une maladie nouvelle qui peut se compliquer de gangrène, d'abcès et de décollement de la peau. Dans son état de simplicité, l'ulcération qu'on détermine ne guérit communément qu'après vingt-sept jours, et laisse souvent à sa suite des cicatrices plus ou moins difformes : voilà pourquoi nous n'hésitons pas à dire que l'inoculation du virus vénérien est une pratique dangereuse qui ne peut être autorisée que dans des cas excessivement rares (1).

Que dirons-nous de la *syphilisation*, méthode consistant à inoculer successivement un grand nombre de chancres, ou bien à un sujet sain pour le préserver de la vérole comme le vaccin préserve de la variole, ou bien à un vérolé pour le saturer et le guérir, pour ainsi dire, par l'excès du mal? Cette bizarre pratique, proposée par M. Auzias et suivie en Piémont par M. Sperino, à Christiania par M. Bœck, a justement soulevé dans les Académies et dans la presse une réprobation à peu près unanime. Personne ne propose plus la syphilisation préventive, personne ne propose de donner à tout le monde un mal que la grande majorité peut éviter; mais quelques-uns syphilitent encore pour guérir certains accidents rebelles de la vérole. Les expériences de syphilisation ont établi ce fait fort remarquable, qu'en répétant les inoculations sur le même individu, on finissait par rendre celui-ci réfractaire à l'impression du virus vénérien. Mais cette immunité est-elle définitive, comme l'ont prétendu les syphilisateurs? N'est-elle pas plutôt purement temporaire? C'est ce que les faits tendent à démontrer. Si parfois les accidents syphilitiques ont disparu pendant les inoculations successives qu'on a faites, il ne faut pas rapporter nécessairement à celles-ci les résultats obtenus. Ne sait-on pas, en effet, que la vérole, après s'être montrée longtemps rebelle, cède ensuite spontanément? Et d'ailleurs, fût-il prouvé que la syphilisation peut éteindre les accidents syphilitiques, qui voudrait se soumettre à un traitement toujours long, douloureux et dégoûtant, tandis que la thérapeutique nous fournit contre la syphilis des moyens héroïques?

Le virus vénérien étant presque toujours sécrété par les parties génitales, c'est le plus ordinairement pendant les rapports sexuels qu'il infecte les individus sains; mais la contagion peut s'opérer sur d'autres parties lorsque celles-ci sont accidentellement en contact avec la matière virulente. C'est ainsi que des accidents primitifs se remarquent fréquemment du côté de l'anus et du rectum, ou dans la bouche, dans la gorge et les oreilles, chez des individus qui ont eu des rapports contre nature ou se sont prêtés à certains désirs déréglés. Le pus vénérien affecte facilement la peau et toutes les muqueuses accessibles : son contact avec ces membranes peut être sans effet si elles sont intactes, mais l'action est inmanquable si elles sont le siège d'une solution de continuité quelconque. Le pus vénérien, ingéré dans l'estomac, y est digéré et n'agit ni localement sur ce viscère, ni constitutionnellement : Hunter a cité à ce sujet des observations concluantes; les faits contraires sont tous apocryphes.

#### DE LA SYPHILIS PRIMITIVE.

Les accidents que nous allons étudier comme propres à la syphilis primitive sont le *chancre*, la *blennorrhagie* et le *bubon*.

(1) Consultez un excellent travail de M. de Castelnau sur l'inutilité et les dangers de l'inoculation (Paris, 1841), ainsi que l'introduction de M. Cazenave à son *Traité des syphilides*, à partir de la page 77.

#### Des chancres primitifs, ou ulcères vénériens primitifs.

On nomme *chancre primitif*, ou *ulcère vénérien primitif*, une solution de continuité produite sur une partie quelconque du corps par le contact ou par l'inoculation artificielle du pus syphilitique. Les chancres primitifs, contractés presque toujours pendant l'acte vénérien, siègent le plus ordinairement, chez l'homme, sur le gland, près du filet, sur la couronne, sur le prépuce, dans la fosse naviculaire, sur la peau de la verge et le scrotum; chez la femme, on les observe spécialement sur la muqueuse qui tapisse l'entrée des parties génitales externes (grandes et petites lèvres, fourchette, origine du vagin); il n'est pas rare non plus d'en trouver sur toute la longueur de ce conduit, et parfois aussi sur le col utérin lui-même. Enfin chez les individus de l'un et de l'autre sexe, on peut reconnaître des chancres primitifs sur tous les autres points du corps qui ont été en contact avec des parties infectées : tels sont surtout l'anus et le rectum chez les pédérastes; les lèvres et la langue chez ceux qui se sont livrés à des baisers lascifs; sur les mamelles, comme on le voit plus spécialement chez les nourrices qui allaitent un enfant infecté. Les médecins qui contractent la syphilis en soignant ceux qui en sont atteints voient le chancre se développer sur les doigts, surtout à la pulpe de l'indicateur. Il n'est d'ailleurs aucun point du corps sur lequel on n'ait vu un chancre naître à la suite du contact avec le pus spécifique.

**Début.** — C'est ordinairement du troisième au huitième jour qui suit un coït impur qu'on voit le chancre se développer. Hunter cite quelques faits où ce développement se serait effectué au bout de sept semaines, et d'autres fois au bout de vingt-quatre heures; mais des cas pareils sont excessivement rares. On considère généralement cette période où le virus existe à l'état latent comme la période d'incubation de la maladie, quelques-uns même supposent que l'économie est infectée aussitôt après l'inoculation virulente, et que la manifestation du chancre en est la conséquence, l'expression. M. Ricord a, dans son enseignement et dans ses écrits, cherché à battre en brèche cette opinion. S'appuyant surtout sur ses expériences d'inoculation, il a nié qu'il y eût pour le chancre une période d'incubation. Lorsqu'en effet on inocule avec la lancette du pus syphilitique, on voit la partie rougir bientôt, devenir saillante; son sommet est soulevé par de la sérosité qui se trouble et devient puriforme, et ces phénomènes divers se succèdent sans interruption, sans temps d'arrêt, d'une heure à l'autre. M. Ricord conclut donc que, dans les cas où la contagion s'opère naturellement, le pus mis en contact avec des surfaces non excoriées a besoin d'un certain temps pour les altérer, pour faire brèche et pénétrer dans leur tissu. Retenu souvent dans un pli du vagin, de la vulve, du prépuce ou dans un follicule, il agirait donc comme irritant avant d'agir comme spécifique. Cette opinion, très-habilement présentée, ne nous paraît pas pourtant être fondée; il ne saurait en effet y avoir parité entre l'inoculation avec la lancette et celle qui, pour ainsi dire physiologique, s'opère par contact. D'ailleurs, on sait que l'inoculation est une loi commune pour tous les virus, et l'on ne concevrait pas *a priori* pourquoi le virus syphilitique n'y obéirait point.

Le chancre n'est-il d'abord qu'une affection locale qu'on puisse éteindre sur place? C'est là une question délicate qui divise beaucoup les médecins; cependant il est difficile, en consultant les témoignages et surtout les faits, de ne pas se prononcer d'une manière négative.

Le chancre ne commence pas toujours de la même manière : souvent il dé-

bute par un point rouge légèrement tuméfié qui devient ordinairement le siège d'une douleur cuisante ou prurigineuse; l'épiderme est soulevé par une sérosité qui devient bientôt opaque, purulente : c'est une petite pustule d'ecthyma du volume d'une lentille, d'une pièce de 20 centimes au plus. A la pustule succède parfois une croûte brûnâtre; si on la détache, ou si, avant qu'elle se forme, on crève la pustule qui la précède, on découvre une ulcération qui gagne rapidement en surface et en profondeur, et qui peut acquiescer l'étendue d'une pièce de 20 à 50 centimes et plus encore, car elle finit parfois par envahir la totalité du gland et du prépuce. La vésicule ou la pustule qui constitue le premier degré ou la première période du chancre manque toujours lorsque la matière virulente est mise en contact avec une partie préalablement déchirée, excoriée ou ulcérée; alors on voit peu après la solution de continuité changer d'aspect et revêtir tous les caractères de l'ulcère vénérien. M. Ricord pense même que, dans les cas les plus ordinaires, le chancre commencerait par une ulcération d'emblée, superficielle et profonde. Car, d'après lui, le pus déposé sur une muqueuse agirait, ainsi que je l'ai dit déjà, comme le ferait une matière âcre qui enflamme et érode le tissu. M. Ricord admet encore que le chancre débute parfois par un petit abcès ou par un vrai furoncle; cela arrive, par exemple, lorsque du pus virulent inoculant le fond d'une piqûre de sangsue sans en inoculer les bords, qui se cicatrisent, ceux-ci enclavent le virus; puis, un abcès se formant, il en résulte après son ouverture un foyer qui présente tous les caractères du chancre. Lorsque le chancre se développe sur un point où l'épiderme est plus dense que sur le prépuce, par exemple quand il naît sur la peau de la verge ou sur celle du scrotum, on voit la vésicule se dessécher promptement; la croûte est généralement enlevée par le frottement ou arrachée; puis il s'en forme une nouvelle, plus large que la première par suite de l'agrandissement rapide de l'ulcération.

Il n'existe souvent qu'un seul chancre, ou bien il y en a plusieurs; quelquefois le gland et le prépuce en sont comme criblés; leur dimension est, en général, en raison inverse de leur nombre; souvent deux ou trois de ces ulcérations se réunissent par leurs bords pour ne plus former qu'un ulcère unique.

*Caractères du chancre.* — De quelque manière que le chancre débute et quelle que soit la partie sur laquelle il se développe, une fois établi, il ne se présente pas toujours avec les mêmes caractères extérieurs et il n'a pas la même marche; de là deux espèces principales de chancre considérées par les uns comme de simples variétés, par les autres comme deux maladies distinctes : ce sont le chancre *induré* et le chancre *mou*.

Le chancre induré, qui le plus communément est solitaire, se présente sous la forme d'une ulcération presque toujours peu douloureuse, souvent même indolente, et pouvant ainsi passer inaperçue des malades; il est plus ou moins exactement arrondi, taillé en quelque sorte en godet, en cupule; son fond, qui repose sur le tissu cellulaire, est dur, inégal, et recouvert d'une couenne, d'une pseudo-membrane grisâtre, d'aspect lardacé, qu'on ne peut détacher. Ses bords sont durs, coupés perpendiculairement ou un peu obliquement, presque toujours adhérents, très-rarement décollés et entourés d'une auréole d'un rouge brun ou cuivré. Le pus sécrété est rarement phlegmoneux; il est ordinairement mal lié et séro-sanguinolent.

C'est sous cette forme que se présentent un très-grand nombre, la moitié peut-être des ulcères vénériens primitifs. Ces caractères, parfaitement traités par Hunter, ont fait donner à ces chancres le nom de chancres *huntériens*. Ils

sont remarquables, et sont surtout caractérisés par l'induration du tissu qui les accompagne. Cette induration, qu'on finit par retrouver plus tard sur toute la surface de l'ulcère et tout autour de lui, a une élasticité particulière; elle est ordinairement bien circonscrite, et ressemble assez, comme le disait Bell, à la moitié d'un pois sec qui serait placé sous l'ulcération. Cependant elle n'a pas toujours cette forme ou cette intensité. Au lieu de cette dureté absolue, elle offre parfois plutôt de la rénitence, de l'élasticité au toucher; d'autres fois, au lieu d'être profonde, elle est tout en surface et ne cause au toucher que la sensation que donnerait une doublure de parchemin : c'est l'induration *parcheminée* de Ricord. Ces dernières ulcérations, si l'on n'y prenait garde, seraient facilement confondues avec de simples écorchures; mais en les palpant, en les saisissant entre les doigts, on en reconnaît aisément les caractères particuliers. L'induration qui le plus souvent peut-être occupe à la fois et la surface et les bords du chancre, peut être bornée seulement à ces derniers et affecter une forme annulaire.

Cette induration, qui est un des caractères les plus importants du chancre que j'étudie, n'aurait, au point de vue de la structure anatomique, rien de bien spécial; car jusqu'à présent on ne l'aurait trouvée constituée que par un tissu fibro-plastique.

L'induration ne précède jamais l'ulcération, mais elle la suit de plus ou moins près. D'après M. Ricord, le chancre ne s'indurerait peut-être jamais avant le troisième jour ou après trois septénaires; le plus souvent ce caractère se révélerait dans les derniers jours du premier septénaire. On peut constater le chancre induré indistinctement sur tous les points du corps chez l'homme aussi bien que chez la femme; cependant il importe de remarquer, avec M. Ricord, que les chancres qui se développent sur le vagin, à la marge de l'anus, sont moins indurés, à peine parcheminés, et même la légère induration qu'ils présentent est tout à fait passagère.

Contrairement à ce que nous dirons pour le chancre mou, le chancre induré est rarement inoculable sur le même individu. M. Fournier n'a vu qu'un résultat positif sur quatre-vingt-dix-neuf inoculations.

La seconde espèce de chancre, nommée *simple*, ou chancre *mou*, a des caractères et un aspect bien différents. Il ne présente jamais l'induration du précédent, à quelque époque qu'on l'observe; il est presque toujours multiple; ses bords sont bien découpés, taillés à pic; le fond est irrégulier, chagriné, couvert d'une concrétion grisâtre; le pus qu'il fournit est blanc, phlegmoneux; il est sécrété en grande abondance, il est très-contagieux. Enfin le chancre mou se cicatrise lentement, il a une grande tendance à rester stationnaire, et beaucoup plus souvent que le chancre induré il devient *phagédénique*.

Il est une particularité remarquable du chancre mou signalée dans ces derniers temps, c'est qu'il ne siège presque jamais sur la tête : à une époque on disait même que le chancre mou n'avait jamais été vu à l'extrémité céphalique, c'était une erreur; mais il reste établi qu'il affecte ce siège fort rarement, sans qu'il soit possible de donner à cette anomalie aucune explication satisfaisante.

Le chancre mou peut s'inoculer en quelque sorte indifféremment sur le même sujet, on parle d'un médecin allemand qui a pu sur lui-même produire deux mille deux cents inoculations positives.

Le chancre *phagédénique*, qui succède à un chancre induré ou bien à un chancre mou, offre des caractères remarquables. Le fond n'est jamais induré,

même lorsque le phagédénisme atteint le chancre induré, car la destruction porte tout d'abord sur l'induration elle-même. La surface de l'ulcération présente une sorte de détritit brun ou grisâtre, comme dans la pourriture d'hôpital ou dans certaines inflammations diphthéritiques de la gorge; ou bien encore elle est grenue, fongueuse et saignante. Le chancre phagédénique a des bords plutôt œdémateux que réellement indurés; tantôt il est indolent, tantôt il est le siège de douleurs vives. On le nomme aussi *rongeant*, parce qu'il détruit les tissus qu'il affecte. Si l'ulcère n'est rongé que sur un de ses côtés, tandis qu'il se cicatrise sur le bord opposé, on le dit *serpigneux*. Il n'est pas rare de voir les chancres phagédéniques se gangrener sur une partie ou sur toute l'étendue de leur surface. Cette mortification est rarement l'effet d'un excès d'inflammation, mais elle dépend plutôt d'un état constitutionnel ou d'une disposition inexplicable de la partie malade. Le pus formé par le chancre phagédénique est généralement séreux, sanguinolent et très-âcre; il est inoculable comme l'est le pus du chancre huntérien ou celui du chancre simple.

Le phagédénisme produit souvent des désordres considérables: c'est ainsi qu'on a vu les chancres dont nous parlons détruire une partie du gland et de la verge, même la verge tout entière; chez la femme, il a parfois détruit les lèvres, attaqué et perforé les cloisons vaginales; aux aines et à la cuisse, il a été cause d'ulcérations assez profondes pour dénuder les muscles et les vaisseaux. C'est ce qu'on a vu trop souvent à la suite des chancres produits par une inoculation artificielle faite dans un but de pure expérimentation.

Ces variétés du chancre phagédénique ne tiennent pas aux qualités du virus lui-même, mais à des conditions spéciales et tout individuelles. C'est ainsi que des chancres simples s'enflamment, deviennent le siège d'une gangrène franche, lorsque les individus se livrent à des excès, surtout à des excès alcooliques. De même l'état phagédénique du chancre trouve parfois son explication dans les conditions hygiéniques des individus, dans la misère, les privations, le défaut de soin, dans les pansements et dans le mauvais état de la constitution.

Les chancres qui existent en certain nombre sur le prépuce et sur le gland produisent un gonflement, un état inflammatoire qui détermine souvent la production d'un phimosis ou d'un paraphimosis. L'excrétion de l'urine peut être gênée lorsque l'ulcération, située vers le méat urinaire, provoque un gonflement des parois qui oblitère le canal. Ces accidents accompagnent plus souvent le chancre simple que le chancre induré. Enfin, il existe souvent aussi une uréthrite, une balanite, une posthite, des érections douloureuses, etc.

Les chancres des organes génitaux de la femme présentent les mêmes caractères et les mêmes variétés que chez l'homme; ils s'accompagnent souvent d'un gonflement considérable, d'inflammation ou d'œdème de la vulve, et d'écoulement. Ceux qui sont phagédéniques peuvent perforer et détruire les grandes et les petites lèvres, la fourchette, etc. Ceux qui siègent sur le col utérin sont rarement douloureux; mais ils déterminent communément la plupart des accidents que développent les autres ulcérations du col de l'utérus.

Les chancres produisent, d'après M. Baumès, des engorgements inguinaux 93 fois sur 100. Ceux-ci se déclarent toujours lorsque le chancre est induré; ils envahissent plusieurs ganglions, ils sont généralement indolents, et ils ont peu de tendance à se terminer par suppuration. Par contre, le bubon qui se déclare consécutivement au chancre simple ou chancre mou, est plus circonscrit, mais il a une forme plus inflammatoire; il se termine fréquemment par suppuration et produit un pus éminemment contagieux.

Les chancres, dit M. Ricord, à quelques variétés qu'ils appartiennent et quel que soit leur siège, ont deux périodes: l'une qu'on peut appeler *spécifique* ou de *progrès*, l'autre qui est celle de *réparation*. La première commence au moment où la cause a agi, et se prolonge tant que l'ulcération, soit qu'elle s'étende, soit qu'elle soit stationnaire, fournit un pus inoculable: cette période peut durer de un à quatre septénaires. La seconde période, dite de *réparation*, est marquée d'abord par la disparition de l'aréole, puis par l'affaissement des bords, qui prennent une teinte grisâtre et se recollent; bientôt le fond se déterge, prend une teinte pâle, gris-perle, et se couvre de bourgeons charnus; l'ulcère offre alors les caractères d'une plaie simple, et le pus qu'il fournit, lié et de bonne nature, cesse dès lors d'être inoculable. La cicatrice qui lui succède peut être plus saillante ou bien être de niveau; plus souvent encore elle est déprimée; elle peut être indélébile, ou bien s'effacer tout à fait après un temps plus ou moins long. Elle reste pour toujours blanche, inégale, déprimée, si l'ulcère a été phagédénique et gangréneux.

Le chancre peut subir des recrudescences plus ou moins nombreuses pendant son évolution. Il peut à une certaine époque changer d'aspect, se couvrir, par exemple, de végétations lorsqu'on ne réprime pas à temps les bourgeons charnus; il peut, en se transformant sur place, présenter les caractères des pustules plates, accident syphilitique dont nous parlerons plus tard; cependant la cicatrice une fois formée, le chancre ne récidive plus, et si une nouvelle ulcération fournissant un pus inoculable se montre, il faut en conclure qu'il y a eu une nouvelle contagion (Ricord).

Les chancres peuvent être suivis de plusieurs infirmités, telles que fistules urinaires, rétrécissements uréthraux, adhérences du prépuce. Ceux de la marge de l'anus et du rectum peuvent devenir l'origine du rétrécissement de l'intestin.

*Le chancre induré et le chancre mou constituent-ils deux affections distinctes?*

— Ces deux espèces de chancres que nous avons précédemment décrits sont regardés par la généralité des médecins comme le produit du même virus; mais quelques-uns soutiennent l'opinion contraire, et considèrent les deux chancres comme l'expression de deux virus distincts. D'après cette doctrine, le chancre mou ne constituerait qu'une affection locale et ne produirait jamais d'accidents constitutionnels, tandis que ceux-ci éclateraient fatalement à la suite du chancre induré, car l'induration serait déjà un signe certain de l'infection, elle en constituerait en quelque sorte le premier degré.

M. Bassereau, qui l'un des premiers a défendu l'existence de deux virus, apporte en faveur de sa doctrine quelques faits historiques d'où il résulterait que le chancre mou aurait été connu de toute antiquité, tandis que les chancres suivis d'accidents constitutionnels ne dateraient que de 1494. D'abord distingués par les médecins du xv<sup>e</sup> siècle, ils auraient été bientôt confondus et regardés comme étant l'expression d'une infection unique. Cette doctrine, attaquée de nos jours par quelques syphiliographes, est la seule qui soit vraie. Car s'il est exact de dire que, dans la grande majorité des cas, le chancre mou ne transmet à un individu sain qu'un chancre de même espèce, il est cependant incontestable que le chancre mou peut succéder au chancre induré, et réciproquement; de sorte que dans l'état actuel de la science on doit considérer les deux variétés de chancres que j'ai décrites comme étant une manifestation du même virus.

**Diagnostic.** — Nulle difficulté pour reconnaître le chancre huntérien, remarquable, en effet, par sa surface grisâtre, par l'induration de son fond et de

ses bords, qui sont en général adhérents et élevés, ainsi que par l'engorgement concomitant des ganglions inguinaux. Le chancre mou a des caractères non moins bien tranchés, mais dans quelques cas il peut être difficile de le distinguer d'une ulcération simple, et l'on ne pourrait alors s'éclairer d'une manière complète qu'en ayant recours à une inoculation faite sur l'individu même.

Le chancre, suivant la région du corps qu'il occupe, pourrait être confondu avec plusieurs maladies. Nous avons vu déjà qu'il pouvait simuler l'herpès *præputialis* et l'herpès *vulvaire*, et nous avons indiqué la manière de l'en distinguer. (Voyez, tome I<sup>er</sup>, l'article *Herpès*.) Il faut savoir aussi que l'orifice du conduit excréteur de la glande vulvo-vaginale, que les recherches récentes de M. Huguier ont presque tiré de l'oubli, peut s'ulcérer. Alors on voit une petite cavité infundibuliforme dont le pourtour est érodé, rouge, et qui donne issue à un liquide puriforme assez abondant, surtout si l'on exerce une pression sur le trajet du conduit. Un chancre, par ses bords taillés à pic, par sa surface bosselée et indurée, par la matière ichoreuse qu'il fournit toujours en petite quantité, ne pourra pas être confondu avec l'altération que nous venons de décrire, et qui paraît être assez commune. Les chancres des mamelles, siégeant sur le mamelon ou sur l'aréole, pourraient être pris pour des crevasses; mais les premiers sont ronds ou allongés, souvent indurés ou taillés à pic, les ganglions axillaires sont engorgés, et des ulcérations analogues existent le plus souvent sur les lèvres du nourrisson. Les chancres de l'anus, en raison des plis longitudinaux de la peau de cette région, sont souvent allongés et pourraient être pris pour une fissure; mais leur fond grisâtre, leurs bords indurés, leur étendue plus grande, les douleurs moins vives qu'ils provoquent, surtout pendant l'acte de la défécation, permettront d'établir le diagnostic différentiel. Les chancres du rectum ne pourront être reconnus qu'à l'aide du *speculum ani*. Ceux qui siègent sur la langue et sur les lèvres ont les caractères propres à ces ulcérations; ils s'accompagnent souvent de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires; ils ne pourraient guère être confondus qu'avec les ulcères mercuriels; mais nous avons établi précédemment le moyen de distinguer entre elles ces diverses solutions de continuité. (Voyez, tome I<sup>er</sup>, l'article *Stomatite mercurielle*.)

**Pronostic.** — Les chancres phagédéniques, rongeurs, serpigineux, sont les plus graves, en raison des désordres qu'ils produisent. Les chancres vraiment gangréneux sont moins fâcheux que les premiers; souvent même la gangrène marque l'époque où la maladie cesse ses progrès; l'eschare tombée laisse ordinairement à nu une plaie simple, qui marche promptement vers la guérison. Les chancres indurés sont plus graves que ceux qui ne s'accompagnent pas d'induration: non-seulement leur guérison se fait en effet plus longtemps attendre, mais ils sont en outre un signe certain de l'infection constitutionnelle, et si on les abandonne à eux-mêmes, on peut être certain que divers accidents constitutionnels surviendront sous peu. Contrairement à ce que pensent beaucoup d'auteurs estimables, M. Ricord ne redoute pas les mêmes effets du chancre qui n'est point induré: celui-ci se compliquait-il de bubon suppuré, et le pus inoculé déterminait-il un chancre, on ne devrait point, d'après lui, redouter l'infection. Nous ne saurions sur ce point avoir la même sécurité, tout en reconnaissant pourtant que les accidents constitutionnels sont infiniment plus rares après les chancres mous.

**Traitement.** — On a reconnu depuis longtemps qu'on pouvait faire avorter un chancre à son début en le cautérisant ou en l'extirpant. Cette méthode,

blâmée par Swediaur, rejetée par M. Lagneau, par Dupuytren et par Vidal, a peut-être aujourd'hui en sa faveur la majorité des praticiens, depuis surtout qu'elle a été préconisée par Hunter, par Ribes, par MM. Ricord et Baumès. On a surtout blâmé cette pratique parce que le chancre était considéré comme l'expression d'un état constitutionnel et par quelques-uns comme un émonctoire utile pour l'élimination du virus. On lui a reproché de favoriser les bubons et l'explosion des accidents secondaires. M. Ricord a depuis longtemps cherché à réfuter ces diverses accusations. Regardant le chancre comme étant toujours à son origine une affection purement locale, il insiste pour qu'on détruise, qu'on éteigne le virus sur place. La cautérisation est généralement préférée à l'extirpation, qui est plus douloureuse, plus difficile et moins efficace. La cautérisation devra comprendre indistinctement tous les chancres qui débent, et quelle que soit leur forme. M. Ricord soutient qu'il n'y a pas d'observations authentiques d'ulcères qui, détruits avant les cinq premiers jours qui suivent un coït infectant, aient donné lieu ensuite à des symptômes secondaires. Mais cette proposition est contestée surtout par Vidal, et cela avec raison. D'ailleurs, quand on étudie les effets des autres virus; quand on voit M. Renault, cautérisant le point par où il avait inoculé la morve douze heures auparavant, ne pas prévenir l'infection; quand nous voyons M. Bousquet, détruisant le bouton vaccinal dès son apparition, ne pas empêcher la vaccine d'être efficace, on se prend à douter que la cautérisation de la pustule du chancre puisse mettre les sujets à l'abri de toute infection. Nonobstant cela, je crois la cautérisation utile au début, pour faire avorter le chancre; pratiquée plus tard, elle peut seulement en abrégier la durée; mais quelque avantageux qu'en soient les résultats, nous regardons comme indispensable de faire un traitement spécifique pour prévenir l'explosion d'accidents ultérieurs.

Ainsi donc, lorsque, à la suite d'un coït *suspect*, on voit survenir sur les parties génitales un point vésiculeux ou pustuleux, on peut, sans attendre d'avoir les éléments d'un diagnostic rigoureux, percer la petite tumeur, et cautériser profondément, car il faut, comme le dit M. Ricord, si l'on veut que la cautérisation soit efficace, qu'elle soit complète, c'est-à-dire qu'elle s'étende dans une étendue double de celle qu'occupe l'ulcération et en traversant toute l'épaisseur des tissus. Or, la chose n'est pas toujours possible, aussi échoue-t-on souvent. Le nitrate d'argent est le caustique généralement adopté; cependant M. Ricord regarde son action comme trop superficielle, il lui a préféré le caustique de Vienne, et plus récemment l'acide sulfurique mêlé à de la poudre de charbon pour faire une pâte molle qu'on applique ensuite sur l'ulcération.

La cautérisation terminée, on bassinera souvent la partie avec de l'eau fraîche ou avec de l'eau de guimauve contenant une petite quantité d'extrait de Saturne, ou bien on se bornera à appliquer un plumasseau de charpie fine et sèche, qu'on laissera en place pendant douze ou vingt-quatre heures.

Si l'ulcère est déjà établi, on cautérisera sa surface, non pour le faire avorter, mais dans le but d'en abrégier la durée en modifiant son mode de vitalité. Si le virus engagé dans un follicule y a produit une induration ou un petit abcès dont l'ouverture serait bientôt suivie d'un chancre, il faut exciser ou fendre la tumeur, et cautériser ensuite profondément. Dans tous les cas, si le chancre, bien que cautérisé une première fois, continue sa marche, ou si l'eschare en tombant laisse à nu une surface grisâtre, on devra renouveler la même opération deux ou trois fois et plus, jusqu'à ce que l'ulcère perde ses caractères spécifiques, à moins que des symptômes inflammatoires ne se déclarent.

Lorsque la cautérisation échoue, ou bien dans le cas où elle ne peut être

faite, on se bornera à panser convenablement les ulcérations. Il faut s'abstenir des corps gras et des préparations de mercure (calomel et surtout onguent gris), qui irritent et qui favorisent peut-être le phagédénisme. Lorsque les chancres sont enflammés, on les lotionnera plusieurs fois par jour avec du vin aromatique (formule du *Codex*), et on les pansera avec un plumasseau de charpie fine, *légèrement* humectée avec le même liquide. Si la suppuration continue aussi abondante, M. Ricord remplace le vin aromatique par une décoction vineuse de tan ou par une dissolution de 10 grammes de tartrate de fer potassique dans 100 grammes de véhicule. M. Baumès donne la préférence à une solution vineuse de sucre candi (4 grammes pour 30 grammes de vin). Ces pansements sont surtout recommandés dans les cas de chancres mous. Si les ulcérations sont douloureuses, on ajoutera de l'opium (40 à 50 centigrammes pour 32 grammes de véhicule). On devrait néanmoins remplacer les topiques aromatiques et astringents par les émoullients, tels que de l'eau de guimauve et des têtes de pavot, ou par une solution d'extrait gommeux d'opium (10 centigrammes pour 30 grammes d'eau), si la surface de l'ulcère était sèche, très-douloureuse et très-enflammée. L'irritation étant calmée, on revient de nouveau à l'usage du vin aromatique, et lorsque la cicatrisation s'opère, on la rend régulière en réprimant à propos avec le nitrate d'argent les bourgeons exubérants. Les pansements que nous venons de conseiller seront renouvelés toutes les douze heures. La plupart des chancres siégeant vers le filet, les malades sont obligés, à chaque pansement, de tirer le prépuce en arrière, ce qui produit souvent, quelque précaution qu'on emploie, des tiraillements douloureux. Ces inconvénients ont inspiré à M. Baumès un traitement sur l'efficacité duquel l'expérience n'a pas encore suffisamment prononcé. Dans les cas dont nous parlons, le chirurgien de Lyon défend de retirer le prépuce en arrière, et il se borne, pour tout pansement, à injecter, quatre ou cinq fois par jour, entre le gland et le prépuce, une solution de nitrate d'argent (de 4 à 5 décigrammes et plus dans 30 grammes d'eau distillée). Cette méthode lui a paru très-efficace contre les chancres indurés et enflammés. Il veut que dans l'intervalle des injections la verge soit maintenue et relevée et qu'elle soit entourée d'un cataplasme émoullient arrosé de laudanum : cette pratique mérite d'être expérimentée. Ajoutons pourtant, avec M. Baumès, qu'elle ne convient pas dans les cas de chancre phagédénique, et toutes les fois qu'il importe de suivre la marche rongearde de l'ulcère. Ces chancres phagédéniques, ou seulement les chancres qui ont de la tendance à s'étendre, réclament une cautérisation profonde; on s'est servi, à l'hôpital du Midi, de la pâte faite avec l'acide sulfurique et le charbon (caustique sulfo-carbonique). MM. Rollet et Diday préférèrent la pâte Canquoin, qui donne une eschare plus limitée et dont l'application, d'ailleurs, est plus facile. Il est parfois nécessaire de revenir plusieurs fois de suite à la cautérisation, mais celle-ci ne devra être employée que lorsqu'on aura vainement tenté les pansements avec une solution de tartrate ferro-potassique (30 grammes pour 200 d'eau) que M. Ricord considère comme doué d'une remarquable efficacité contre le phagédénisme. Dans les cas où la gangrène semble être la conséquence de la violence de la phlegmasie, on devra préalablement recourir aux émoullients, aux bains, aux cataplasmes de fécule, aux sangsues, qu'on n'appliquera jamais sur les ulcères, ainsi que quelques personnes l'ont conseillé, mais sur les parties voisines. La force du pouls et de la constitution pourra également nécessiter l'ouverture de la veine. On devra enfin s'évertuer à combattre toutes les complications, car en les faisant disparaître, on modifie souvent l'aspect de l'ulcération.

Il y a des chancres qui sont excessivement douloureux, sans être pourtant très-enflammés. Si l'exagération de la sensibilité paraissait dépendre d'un état particulier de la surface, il ne faudrait pas hésiter à en modifier la vitalité par une cautérisation profonde : ce moyen est le plus efficace, et soulage bien plus rapidement que les topiques narcotiques, auxquels on a le plus généralement recours.

Cependant il est des chancres rebelles qui, résistant à tous les traitements déjà indiqués, continuent à s'étendre au loin. M. Ricord veut qu'alors on applique sur l'ulcération un vésicatoire, ou bien qu'on la saupoudre de cantharides, et qu'on revienne au bout de vingt-quatre heures au vin aromatique; par ces moyens, la surface suppurante ne tarderait pas à se déterger. Mais heureusement il est rare que la maladie résiste avec tant d'opiniâtreté. D'ailleurs, dans ces cas d'ulcérations si rebelles, on devrait, avant d'en venir à des moyens aussi violents, se hâter de recourir au traitement spécifique : les chancres seraient saupoudrés de calomel, et l'on donnerait à l'intérieur le sublimé en liqueur ou en pilules.

Le chancre nécessite-t-il toujours un traitement général? Personne n'en conteste l'utilité dans les cas de chancre induré. Mais beaucoup, à l'exemple de M. Ricord, considérant le chancre mou comme une affection purement locale, ne le combattent que par une médication topique et rejettent absolument le traitement général. Je ne saurais adopter cette pratique, car j'ai précédemment prouvé que ces deux chancres n'étaient pas deux maladies différentes, mais deux variétés d'une affection unique, et tout en concédant que le chancre mou est beaucoup plus rarement suivi de symptômes constitutionnels, ne vaut-il pas mieux, pour prévenir ceux-ci, prescrire un traitement mercuriel qui, convenablement dirigé, n'a jamais d'inconvénients, plutôt que d'exposer le malade à une syphilis secondaire et aux nombreux accidents qui l'accompagnent?

L'induration, qui est un des caractères si remarquables de certains chancres, est souvent considérable; elle est en effet parfois presque cartilagineuse, et comme elle résiste dans quelques cas avec une opiniâtreté désespérante, il importe d'avoir en son pouvoir plusieurs moyens à lui opposer. Nous citerons comme utiles, après le traitement mercuriel, les onctions avec les pommades iodurées, les lotions avec une décoction d'écorce de chêne ou avec une solution de chlorhydrate d'ammoniaque (16 grammes pour 30 grammes d'eau); enfin, la compression, toutes les fois que la disposition des parties en permettra facilement l'application.

Nous avons dit que les chancres occasionnaient souvent un phimosis par suite du gonflement qu'ils déterminent, et un paraphimosis lorsque le prépuce, tuméfié et étroit, est ramené derrière le gland qu'il étrangle. Dans ce dernier cas, on essaye de réduire le gland; si c'est impossible, on débride l'anneau préputial. S'il existe un phimosis, et si le gonflement est médiocre, on se borne à l'emploi des émoullients et des antiphlogistiques; mais si les chancres sont phagédéniques; si le prépuce, distendu par le gonflement du gland, par la production des végétations, menace de tomber en gangrène, il faut se hâter de le fendre longitudinalement pour mettre les parties à découvert. Si le prépuce est long, et si les chancres siègent à son orifice, on pourrait même opérer la circoncision. Enfin, lorsque les chancres cicatrisés ont laissé l'ouverture préputiale étroite et dure, on rendra à la partie sa souplesse par des lotions émoullientes et par des frictions mercurielles. Les chancres phagédéniques, serpigineux, amènent parfois de larges décollements de la peau; si celle-ci est amincie et bleuâtre, il y aura intérêt à l'exciser. Enfin, plus fréquemment on voit des chancres perforer le frein. Dans ce cas, on conseille de couper celui-ci

et d'exciser les lambeaux, puis on en cautérise la surface : cette pratique hâte beaucoup la guérison.

Ce que j'ai dit plus haut s'applique à tous les chancre, quelle que soit la région sur laquelle ils se développent. Ajoutons pourtant que, lorsque l'ulcération occupe l'orifice du canal, il faut introduire dans celui-ci une petite mèche pour empêcher le contact des lèvres du méat, pourvu toutefois que les malades la supportent sans douleurs. Si le chancre occupe l'intérieur du vagin ou le col, il faut à chaque pansement le mettre à découvert à l'aide du spéculum pour le cautériser et appliquer à sa surface les topiques qui sont indiqués. Pour les chancres du rectum, il faut recommander une propreté extrême, et faciliter les garderobes par des lavements.

#### De la blennorrhagie.

SYNONYMIE. — Gonorrhée, chaudepisse, urérite ou uréthrite chez l'homme; vaginite, uréthro-vaginite chez la femme, etc.

Le mot *blennorrhagie*, employé d'abord par Swediaur, sert à désigner aujourd'hui tous les écoulements muqueux ou puriformes qui ont lieu à la surface de l'urèthre, du prépuce chez l'homme, et du vagin chez la femme. Ces écoulements, très-rarement spontanés, sont presque toujours produits, ou par l'action du virus syphilitique, ou par l'application de toute autre matière irritante.

**Divisions.** — Dans l'étude de la blennorrhagie, il faut établir plusieurs divisions importantes : la maladie doit être distinguée en virulente et en non virulente, en aiguë et en chronique; enfin elle devra être séparément étudiée chez l'homme et chez la femme, en raison des différences capitales qu'elle présente dans les deux sexes, eu égard à son siège, à ses symptômes, à sa marche et à ses complications.

**Historique.** — Quelque opinion qu'on adopte sur l'origine de la syphilis, on ne saurait contester pourtant qu'il ait existé des écoulements blennorrhagiques dès la plus haute antiquité. Les indications précises qu'on trouve sur ce sujet dans le *Lévitique* de Moïse ne laissent aucun doute que cette affection n'ait été commune chez les Juifs, et l'on peut conclure des précautions hygiéniques prescrites par le grand législateur de ce peuple, que les écoulements uréthraux étaient alors *contagieux*. Nonobstant cela, les auteurs qui, avec Oviedo et Astruc, donnent à la syphilis une origine américaine, n'ont vu dans ces écoulements qu'une affection catarrhale, et n'ont fixé le début de la blennorrhagie virulente qu'en 1540 ou même en 1545, c'est-à-dire plus de quarante ans après l'époque qu'ils assignent à l'invasion de la syphilis. Signalée alors par Brasavola (1551), par Fernel (1555) et par Fallope (1560); considérée tour à tour comme un symptôme de la syphilis, par d'autres comme étant l'effet d'un virus spécial, et par plusieurs comme une inflammation simple de la muqueuse, elle occupe une place importante dans tous les traités des syphiliographes; mais nuls n'en ont mieux parlé que Swediaur et Hunter. Les pages qu'ils ont consacrées à l'étude de cette affection sont des modèles d'exactitude; si l'on y joint la lecture des travaux importants de MM. Lagneau, Ricord, Vidal et Baumès, on aura le complément de tout ce qu'on sait de positif sur l'histoire de la blennorrhagie.

1° De la blennorrhagie aiguë chez l'homme.

**Caractères anatomiques.** — Les recherches cadavériques faites depuis Morgagni ont prouvé que, dans la blennorrhagie aiguë de l'homme, la membrane

muqueuse du canal de l'urèthre était dans sa totalité et plus souvent encore dans une partie de son étendue, injectée, rouge, bleuâtre ou brunâtre, épaissie par places et friable. Les follicules muqueux sont également injectés, indurés, et les sinus de Morgagni sont rouges, tantôt agrandis, plus souvent ils sont rétrécis, oblitérés ou même détruits. Chez quelques individus pourtant, la phlegmasie a été tellement superficielle, qu'elle laisse à peine après la mort des traces de son existence; on trouve alors la muqueuse seulement plus humide et plus sèche; d'autres fois, au contraire, l'inflammation étant plus intense et s'étant propagée aux tissus subjacents, il existe des noyaux d'induration qui quelquefois ne font aucun relief dans l'urèthre, mais qu'on sent distinctement à l'extérieur de ce canal. Ces indurations sont de plusieurs sortes : les unes dépendent uniquement de l'épaississement de la muqueuse; la plupart sont l'effet de l'engorgement du tissu cellulaire subjacent; cet engorgement gagne quelquefois l'urèthre en entier et peut se propager aux corps caverneux eux-mêmes. Tous les médecins ont reconnu aujourd'hui que, dans l'uréthrite aiguë, la membrane muqueuse était très-rarement ulcérée ou excoriée, dans trois autopsies de pendus atteints de blennorrhagie, Philippe Barthez, Vidal, chacun dans un cas, n'ont trouvé aucune solution de continuité dans la muqueuse uréthrale, qui était seulement rouge. Plusieurs fois pourtant on a constaté la présence d'une ou de plusieurs ulcérations, soit que celles-ci résultassent uniquement du travail inflammatoire (chose fort rare), soit plutôt qu'elles fussent l'effet de l'action spécifique du virus. Ainsi M. Ricord a recueilli et figuré dans sa *Clinique iconographique* de l'hôpital des Vénériens deux pièces pathologiques présentant des chancres uréthraux à différentes profondeurs, ulcérations qui avaient été reconnues pendant la vie par les résultats fournis par l'inoculation.

Chez les sujets qui succombent avec une blennorrhagie, on peut trouver diverses altérations ordinairement de nature inflammatoire dans la prostate, dans la vessie, dans les vésicules séminales, dans les testicules, etc. Nous en parlerons en traitant des complications.

**Siège.** — Les recherches cadavériques, et l'étude des symptômes surtout, ont démontré que, dans la plus grande majorité des cas, la blennorrhagie occupait la fosse naviculaire, partie qui a été soumise directement à l'action de la cause virulente. La phlegmasie peut y rester circonscrite pendant assez longtemps, plusieurs mois par exemple : cependant, pour peu que l'uréthrite soit intense et qu'elle se prolonge, l'inflammation se propage à une plus ou moins grande profondeur, comme 6 ou 10 centimètres; il n'est même pas très-rare de la voir envahir jusqu'aux portions bulbeuse et prostatique. Il est une autre variété de blennorrhagie étrangère à l'urèthre, dans laquelle l'inflammation occupe exclusivement, soit le gland (*balanite*), soit le prépuce (*posthite*) : on la désigne communément sous le nom de *blennorrhagie fausse* ou *bâtarde*; elle ne diffère de l'uréthrite que par le lieu qu'elle occupe.

**Symptômes.** — Lorsque la blennorrhagie est virulente, elle se déclare communément de quatre à huit jours après le coït. Des auteurs dignes de foi, et notamment J. Hunter, citent des cas où il se serait écoulé un mois et même six semaines entre le moment où la contagion a pu se faire et l'explosion de la maladie; d'autres fois, au contraire, les premiers symptômes de l'uréthrite se seraient déclarés un jour, et parfois même peu d'heures après le coït. On dit que, dans ce dernier cas, la blennorrhagie est rarement de nature vénérienne, mais qu'elle résulte presque toujours alors du simple contact d'une matière âcre et non virulente, ou bien d'un traumatisme survenu pendant l'acte du coït. Tous