

En examinant un cas d'œdème, à la suite d'induration du scrotum, nous avons constaté, à côté des lésions syphilitiques caractéristiques des vaisseaux et à côté des petites cellules dues à l'infiltration, d'autres modifications provenant d'une inflammation aiguë et caractérisées par une imbibition œdémateuse des papilles, un exsudat fibrineux qui entourait, sous forme d'anneaux, les vaisseaux atteints d'endartérite, surtout ceux du tissu sous-cutané. Ces lésions aiguës étaient produites par de nombreuses colonies de cocci qui remplissaient presque entièrement la lumière de certains vaisseaux. Il se pourrait donc que l'œdème qui accompagne l'induration provienne d'une infection mixte : de l'invasion du virus syphilitique et de la présence des cocci. A l'appui de cette thèse nous citerons une observation de Mauriac, qui constata la formation d'un foyer purulent circonscrit au centre même d'une portion de tissu induré œdémateux, et deux cas de Taylor qui trouva au milieu de la partie indurée des vésicules contenant des microbes de la suppuration.

Unité et dualité du virus syphilitique.

Nous connaissons déjà la valeur diagnostique que Hunter attribue à l'induration du fond de l'ulcération. D'un autre côté nous savons que Ricord ne reconnaissait pour toutes les maladies vénériennes contagieuses qu'un seul virus. Pour lui la présence ou l'absence de phénomènes généraux tenait uniquement à des différences dans la constitution de chaque individu.

Bassereau, élève de Ricord, se basant sur de nombreuses observations, soutint la thèse suivante : un chancre mou vient toujours d'un autre chancre mou, un chancre induré d'un chancre induré; ce dernier seul peut être suivi de manifestations générales de la syphilis. Se basant sur ces assertions, Bassereau prétendait que chacune de ces deux espèces de chancre avait un virus tout à fait spécial et qu'un chancre mou ne pouvait jamais se transformer en chancre induré. Cependant on avait observé que des chancres survenus de suite après le coït, c'est-à-dire probablement des chancres mous, s'étaient transformés après une durée de trois semaines en chancres indurés, et avaient été suivis d'accidents secondaires. Rollet expliqua ces faits par l'hypothèse d'un chancre mixte : ce chancre se développe quand le virus d'un chancre mou et d'un chancre induré sont déposés simultanément ou successivement sur la même érosion.

Chacun de ces deux virus se manifeste alors indépendamment l'un de l'autre suivant son caractère spécifique propre. C'est ainsi que tout d'abord se développe le chancre mou, et que trois semaines plus tard survient seulement l'induration, modifiant alors l'évolution du chancre mou. La théorie de la dualité exposée par les auteurs français semblait résoudre toutes les questions en litige. Elle fut généralement acceptée. Ricord lui-même s'y rallia, et enseigna ensuite que le chancre induré seul est suivi de manifestations générales de nature syphilitique, que le chancre mou est une affection locale et que chaque chancre se développe et se transmet avec ses caractères propres. Le chancre mou peut se développer en nombre indéfini sur le sujet qui en est porteur, le chancre induré, au contraire, n'est pas auto-inoculable et ne peut se transmettre à un sujet déjà atteint de syphilis.

Les unicistes s'élevèrent contre ces théories. Pour eux le chancre mou et le chancre induré sont les manifestations d'un même virus, du virus syphilitique; il n'existe pour eux que ce virus seul. Tout chancre mou peut, à leur avis, se transformer en chancre induré et réciproquement. Enfin ils admettent que le chancre mou peut être suivi de phénomènes généraux.

Les objections des unicistes peuvent se diviser en deux groupes. Dans le premier il faut ranger toutes les objections qui se rapportent à la forme de la lésion primitive et surtout à l'induration. Ainsi on cite des cas où des ulcérations « molles », c'est-à-dire sans induration, ont été suivies d'infection générale; par contre il y aurait des lésions, à induration typique, qui n'auraient donné lieu à aucun phénomène général.

Le second groupe est le plus important; il a trait à toutes les expériences qui tendraient à prouver que le chancre mou dérive de la syphilis, qu'il est le produit de la vaccination d'un sujet syphilitique par du virus syphilitique et que, par conséquent, il peut être suivi de symptômes d'infection générale.

En ce qui concerne la forme et l'induration de l'ulcération, l'objection n'aurait de valeur que dans le cas suivant : Un individu atteint de syphilis transmettrait un chancre mou par infection à un individu reconnu non syphilitique. Ce chancre mou ne serait pas suivi de symptômes d'infection générale, mais transporté sur un troisième individu sain, il produirait un chancre induré avec toutes les lésions consécutives. Cependant on n'a pas encore donné cette preuve de l'identité du virus, et toutes les objections de ce genre,

dont quelques-unes certes ont de la valeur, ne sauraient renverser la théorie du dualisme.

Il n'est aucune branche des sciences médicales où l'on ait autant cherché à généraliser que dans la nôtre. Dans aucune on n'a attribué autant de valeur à certains symptômes isolés que dans la syphilis. Quel est le praticien éclairé qui voudrait faire dépendre le diagnostic d'une maladie, d'un seul et unique symptôme. Et cependant il est des coryphées de notre science qui ont défendu avec persistance et ténacité ce symptôme de l'induration comme si de lui devait dépendre la théorie du dualisme destinée à s'effondrer devant chaque argument contraire.

Un grand nombre de dualistes, surtout en France, attachent trop d'importance à l'induration qu'ils identifient avec la lésion syphilitique primitive. La *lésion syphilitique primitive* est constituée par une modification des tissus qui se produit au point même de pénétration du virus syphilitique. L'*induration* n'est qu'un symptôme de cette lésion initiale. Ce symptôme peut manquer et, malgré cela, la lésion peut être syphilitique; de même l'induration peut exister et accompagner une lésion de toute autre nature.

Ainsi la présence de cet unique symptôme ne permet pas de conclure à l'existence d'une seule et même maladie. Du reste l'induration n'est pas un symptôme constant de la lésion syphilitique primitive; bien plus, on peut la rencontrer dans d'autres maladies. Nier ces faits, c'est fausser la vérité pour défendre un système.

En ce qui concerne l'induration du syphilome, *malgré son origine syphilitique, elle peut être essentiellement modifiée en ce qui concerne l'intensité de son développement et son extension, par des conditions toutes locales*. Nous avons tenu à insister sur ce fait lorsque nous avons décrit les formes spéciales de la lésion initiale.

Les *indurations typiques nodulaires* se rencontrent surtout au niveau du sillon balano-préputial, à la couronne du gland, au méat urinaire, au bord des grandes et petites lèvres, au mamelon et à la muqueuse labiale; la *selérose parcheminée* s'observe sur le corps du gland, à la face interne des petites lèvres et dans le vestibule; enfin la *papule d'inoculation* se trouve sur le tégument externe. On peut voir combien grande est l'influence des conditions locales, lorsque les lésions primitives siègent dans le repli balano-préputial et s'étendent de là à la couronne du gland, puis au corps même du gland. La lésion du repli préputial et de la couronne est dure, cartilagineuse, en forme de nodule, tandis que la lésion du gland devient parcheminée et peut à

peine être dite indurée. Cependant, lorsqu'on examine plus attentivement la structure de l'appareil génital de l'homme et qu'on étudie les conditions de développement et de forme de la sclérose, on s'explique mieux ces particularités.

Nous avons montré, en étudiant l'anatomie pathologique de la lésion primitive, que la forme et la marche de cette lésion dépendaient de la distribution vasculaire. Revenons sur ce fait pour en étudier les conditions plus intimes. Nous avons fait quelques recherches à cet égard sur les parties génitales de l'homme; elles nous ont fourni des résultats très intéressants.

Les corps caverneux sont recouverts au niveau du gland d'une membrane qui, continuant la lamelle interne du prépuce près du repli balano-préputial, se replie sur la couronne du gland et se confond au niveau de l'orifice de l'urèthre avec la muqueuse uréthrale. Cette membrane, dépourvue de glandes sudoripares et sébacées, comprend deux couches: la *couche réticulée (stratum reticulare)*, qui repose directement sur les corps caverneux; elle est formée de tissu conjonctif contenant beaucoup de fibres élastiques et s'étend du sillon coronaire vers le méat urinaire; la *couche papillaire (stratum papillare)*, dont les papilles sont élevées au niveau de la couronne du gland, mais s'aplatissent en arrivant vers le méat, et qui est recouverte d'épiderme. La disposition des vaisseaux varie dans le corps même du gland, du méat urinaire, de la couronne du gland et du repli balano-préputial.

Dans le corps du gland, le tissu de soutien des corps caverneux abandonne quelques vaisseaux de moyen calibre. Ces vaisseaux traversent obliquement la couche réticulée, sans s'y ramifier, se terminent dans les couches inférieures du corps papillaire en un réseau horizontal; ce réseau capillaire serré fournit de nombreuses anses vasculaires aux papilles. Le nombre de ces vaisseaux allant en diminuant, leur rayonnement terminal s'étend de plus en plus; ils ne fournissent pas de branches à la couche réticulée, mais abandonnent beaucoup de vaisseaux horizontaux dans la couche papillaire; ils forment ainsi un réseau capillaire très serré; sur des préparations bien injectées (Pl. I, fig. 1), la membrane qui recouvre le corps du gland présente un aspect particulier: on y constate deux couches constantes, nettement séparées, d'inégale épaisseur; la plus extérieure, très riche en vaisseaux, correspond à la *couche réticulée*. La disposition des vaisseaux est toute différente dans le repli préputial, la couronne du gland et le méat urinaire. Par opposition à ce qui