

monde un enfant syphilitique, sont à l'abri de toute infection, qu'elles présentent ou non les symptômes de la maladie (loi de COLLES). Nous reviendrons en détail sur ce sujet en parlant de la syphilis héréditaire; nous ferons seulement remarquer que ces femmes ne doivent pas être considérées comme absolument saines, qu'elles ne sont pas complètement épargnées par la syphilis; aussi ces cas ne constituent-ils pas une exception à la loi générale que nous avons énoncée plus haut, qui reconnaît à tout individu une égale réceptivité à la syphilis.

CHAPITRE IV

LA MANIFESTATION INITIALE DE LA SYPHILIS

LE CHANCRE SYPHILITIQUE

Après le moment où le virus syphilitique a été inoculé, et quelle que soit la manière dont cette inoculation s'est faite, il s'écoule d'abord un certain temps pendant lequel on ne constate chez l'individu infecté, aucune modification morbide, locale ou générale; ce temps représente la *période d'incubation*, analogue à celle qu'on observe dans d'autres maladies infectieuses.

La durée de cette incubation varie ordinairement de quinze jours à un mois; elle comporte au minimum dix jours et au maximum six ou sept semaines; une incubation aussi prolongée est toutefois un fait très rare.

Après cette période, il se produit, à l'endroit où s'est faite l'inoculation, une modification qui constitue le premier indice de la maladie et qu'on a nommée, en raison de ce fait, la **manifestation primitive** ou **initiale de la syphilis** (*Primar-oder Initial Affect*); on lui a encore donné le nom de *sclérose* ou *sclérose primitive*, d'après la caractéristique clinique qui la distingue, c'est-à-dire l'induration du tissu. Il est moins correct de se servir de la dénomination si répandue cependant

de chancre induré ou chancre huntérien; celle-ci surtout ne s'applique qu'aux scléroses ulcérées (1).

Dans beaucoup de cas, ce mode d'évolution subit certaines perturbations: il arrive parfois que deux virus différents, celui de la syphilis et celui du chancre mou s'inoculent en même temps. On voit alors, après la période d'incubation du chancre mou, période qui dure de un à deux jours, se développer une ulcération qui pendant deux ou trois semaines ne présente que les caractères du chancre mou et qui peut même, lorsque l'évolution est heureuse, se cicatriser complètement pendant cet intervalle. Après ce laps de temps qui correspond à la durée d'incubation de la syphilis, le fond et les bords de l'ulcère se modifient; ils sont envahis par l'induration caractéristique de la sclérose initiale; d'autres fois, l'ulcère s'est déjà cicatrisé et c'est à la place où siégeait le chancre mou que se développe l'induration.

Le chancre syphilitique est constitué par une *infiltration du tissu* dans lequel il se développe; suivant la densité et la forme de l'infiltrat, l'aspect de celui-ci est très variable et peut plus tard encore se modifier sous l'influence des modifications régressives, plus ou moins rapides, dont il devient le siège. Tantôt la sclérose se présente sous forme d'une petite papule très consistante, grosse comme un pois; la peau qui la recouvre a une coloration rouge ou rouge livide. D'autres fois la sclérose prend plus d'extension et forme des nodosités aplaties ou des petites tumeurs proéminentes.

L'examen microscopique du chancre induré montre qu'il est essentiellement formé d'une infiltration dense de petites cellules dans le tissu sous-cutané; au début, cette infiltration siège tout autour des vaisseaux; pour bien s'en rendre compte il faut examiner un chancre induré récent ou bien la périphérie d'un chancre plus ancien.

Les altérations vasculaires sont très remarquables: la tunique adventice, ainsi que les autres tuniques sont envahies par une infiltration compacte de petites cellules; l'endothélium

(1) Nous nous rallions complètement à l'opinion de l'auteur; nous serons cependant forcé, au cours de cet ouvrage, de déroger au conseil si juste qu'il nous donne; la langue française ne possède qu'une synonymie assez restreinte et nous serons parfois obligés de nous servir du terme « chancre induré » pour éviter les répétitions trop fréquentes des mots *sclérose* et *manifestation initiale*. Il suffit qu'on sache que c'est là une simple exigence de la traduction. (*Note du traducteur.*)

prolifère; la lumière des vaisseaux se rétrécit et parfois peut même tout-à-fait disparaître (*Endarteritis obliterans syphilitica acuta*, UNNA). Plus tard seulement l'épiderme prend part aux modifications produites; des cellules migratrices l'envahissent et

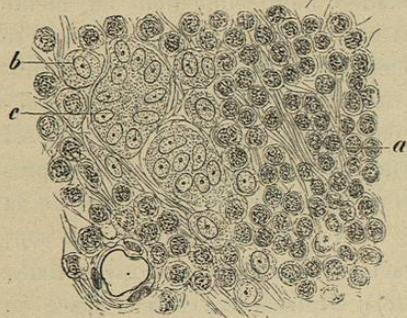


Figure 5.

Coupe d'une sclérose initiale syphilitique. — a Infiltration de cellules embryonnaires. — b Grandes cellules uninucléées. c Multi-nucléées du tissu conjonctif. — Durci dans l'alcool, coloré au carmin aluné, monté au baume. — Grossissement. 350.

parfois même les cellules épidermiques elles-mêmes montrent des signes de prolifération. Quand l'induration chancreuse n'est pas ulcérée, l'épiderme semble intact au-dessus de l'infiltration du derme, sous réserve des altérations que nous venons de signaler; cette disposition constitue la différence anatomique la plus nette d'avec le chancre mou, dont l'épiderme est, dès le début, complètement

détruit au niveau de l'ulcère. Il en est tout autrement quand le chancre induré s'ulcère ou quand on a affaire à un chancre mixte; dans ces deux cas aussi, la couche épidermique est détruite. Quant à la présence de bacilles dans cette induration, il en a déjà été question.

On voit donc qu'en dehors des indurations qui se produisent sur un chancre mou ou sur toute autre ulcération, l'épiderme ne présente aucune modification essentielle au début du mal et conserve même son aspect normal pendant toute la durée de l'évolution du chancre induré; mais plus tard il s'y produit souvent un soulèvement superficiel et la partie médiane de l'induration devient le siège d'une *érosion*. La surface ulcérée sécrète un peu de pus et celui-ci, exposé à l'évaporation, se concrète et forme une mince croûte. Si on enlève cette croûte on met à jour une surface rouge, humide, brillante, qui paraît vernissée; d'autres fois elle est rougeâtre, granuleuse, velvétique. Dans certains cas, cette érosion devient une *ulcération* véritable qui envahit profondément les tissus; cette complication survient surtout chez les individus malpropres, négligents ou dont le chancre a été soumis à d'énergiques cautérisations; on peut même voir, dans certains cas malheureux, ce processus ulcératif

prendre un caractère *gangréneux* et produire des vastes pertes de substances.

La forme du chancre induré dépend du siège qu'il occupe, de la structure anatomique de l'endroit où il s'est développé. C'est pourquoi nous croyons opportun de nous occuper dès maintenant des **localisations** du chancre syphilitique et des modifications qui en résultent. Nous avons déjà eu l'occasion, en parlant des modes de transmission de la syphilis, de nous occuper des facteurs essentiels qui régissent ces localisations.

C'est aux *organes génitaux* que siège le plus souvent l'induration syphilitique initiale. Chez l'homme on la rencontre surtout au *feuillet interne du prépuce*, au *sillon balano-préputial*, au *frein* et à l'*orifice du prépuce*; il est plus rare de l'observer ailleurs pour la simple raison que c'est ordinairement aux parties que nous venons de citer que se produit, pendant le coït, les écorchures qui ouvrent la porte à l'inoculation spécifique.

Au *feuillet interne du prépuce*, l'induration présente en général une forme aplatie; elle donne la sensation d'une feuille mince de parchemin qu'on aurait glissée entre les deux feuillets du prépuce (*chancre parcheminé*). Au *sillon coronaire*, c'est la forme nodulaire qui prédomine; le chancre y est souvent peu étendu; mais parfois il envahit tout le sillon et entoure le gland d'un anneau rigide de tissu infiltré. Quand on retire la peau du prépuce (ce qui est toujours difficile, parfois même tout-à-fait impossible), l'infiltration bascule sous le feuillet interne du prépuce, à peu près comme le cartilage tarse sous la paupière qu'on retourne. La tension à laquelle on soumet le chancre chasse le sang des vaisseaux et comme ceux-ci sont déjà diminués de calibre, l'induration paraît exsangue, avec une coloration d'un blanc jaunâtre. Quand l'induration se localise soit au *frein* soit au voisinage immédiat de celui-ci, elle transforme ce repli en une corde rigide, épaisse, résistante. — Les deux dépressions cupuliformes situées sur le côtés du frein sont aussi un des sièges de prédilection du chancre syphilitique.

A la *surface du gland*, l'aspect que présentent les chancres est un peu différent; ici l'induration est souvent très faible; on ne constate qu'une érosion ou une ulcération superficielle, recouvertes d'une mince croûte (*Érosion chancreuse*). Le

chancre syphilitique du *méat urinaire* présente au contraire, une induration plus marquée; elle occupe tantôt une seule lèvre du méat, tantôt les deux à la fois et se prolonge parfois quelque peu sur la muqueuse de l'urèthre; on peut alors facilement sentir du dehors une trainée allongée d'induration. Le méat subit ordinairement un rétrécissement plus ou moins notable; même après la guérison, ce rétrécissement peut persister, soit qu'il n'y ait pas eu résorption complète de l'infiltration, soit qu'il se soit produit une rétraction cicatricielle consécutive. Dans d'autres cas, lorsque les tissus ont été largement détruits, le méat urinaire est plutôt élargi.

L'*orifice préputial* devient le siège du chancre surtout s'il existe un certain degré de phimosis; l'induration le transforme en un anneau rigide qui rend impossible le retrait du prépuce. Comme dans le cas précédent, la rétraction cicatricielle peut aussi rendre le phimosis permanent. — Au *feuillet externe du prépuce* et sur la *peau de la verge*, on observe le plus fréquemment le chancre sous une forme aplatie comme au feuillet muqueux du prépuce. A ces endroits, il atteint parfois des dimensions excessives et occupe toute la peau de la verge ou tout au moins une grande étendue de celle-ci. — Il est rare d'observer des chancres du *scrotum*. Ils sont un peu plus fréquents au Mont de Vénus. On en rencontre parfois, mais rarement à la face interne de la cuisse, près du pli inguinal; ce sont des chancres par inoculation directe.

Aux *organes génitaux de la femme*, le chancre induré siège surtout aux *grandes* et aux *petites lèvres*, au *frein* et au *capuchon du clitoris*, au *méat urinaire* et à la *portion vaginale du col de l'utérus*. Le chancre induré de la muqueuse vaginale est exceptionnel; ce n'est pas qu'en réalité il soit si rare; seulement l'infiltration y est plus faible qu'autre part et passe facilement inaperçue, quand, comme il arrive souvent, elle se dissimule au fond d'un des replis de la muqueuse. C'est ce qui explique aussi pourquoi chez la femme, il est assez souvent impossible de découvrir le chancre initial, alors que chez l'homme, on le retrouve toujours. Cette différence apparente dans l'existence du chancre induré chez les deux sexes, trouve sa raison d'être dans la différence des conditions d'observation; chez l'homme l'exploration des organes malades est facile; chez la femme, au contraire, une grande partie de l'appareil génital est diffi-

cilement accessible aux regards. — C'est aux *lèvres* que l'induration a la forme la plus caractéristique: aux grandes lèvres elle s'accompagne ordinairement d'une tuméfaction œdémateuse de toute la lèvre où siège le chancre; aux petites lèvres, elle est plus circonscrite, et ressemble à celles que l'on rencontre chez l'homme au prépuce. Cet œdème des grandes lèvres (dont on peut, mais plus rarement, observer l'analogie chez l'homme, au prépuce et au scrotum) présente des caractères spéciaux; la résistance des parties tuméfiées est beaucoup plus dure que dans l'œdème ordinaire et la peau qui les recouvre a une coloration brun-rougeâtre sombre (*œdème dur*). Parfois on

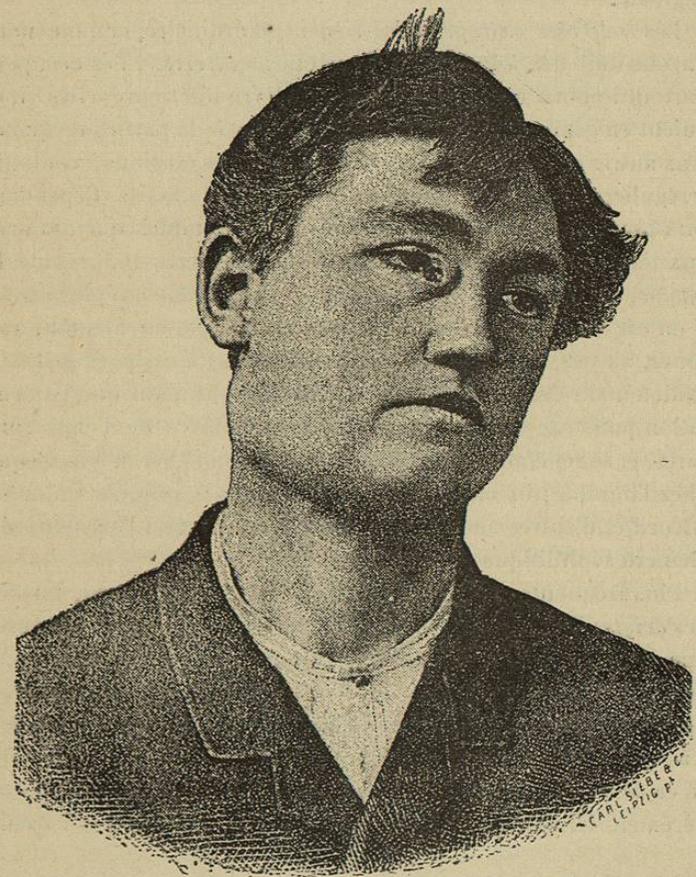


Figure 6.
Chancre induré de l'angle interne de l'œil.

trouve, au milieu de l'œdème, un chancre typique ; d'autres fois on n'en rencontre aucune trace. La disparition de cet œdème met toujours beaucoup de temps à s'achever.

Le chancre initial siège très souvent à la *commissure postérieure des grandes lèvres* ; on en saisit aisément la raison. — Les chancres de la *portion vaginale* du col de la matrice, qu'on ne découvre naturellement qu'au spéculum, se présentent sous forme d'ulcérations qui entourent l'orifice du col ; en les comprimant au moyen d'une sonde on peut produire le signe de l'anémie, comme pour les chancres du sillon coronaire. On peut aussi observer le chancre sur d'autres parties de la portion vaginale.

Les *scléroses extragénitales* siègent, d'ordinaire, comme nous l'avons déjà dit, à la *bouche* et surtout aux *lèvres*. Elles occupent surtout le bord rosé de celles-ci ; à la lèvre inférieure, elles s'inoculent en général sur une gerçure qui siège à la parties médiane. Aux autres endroits ce sont ordinairement des érosions à contours irréguliers, à bords légèrement indurés et tuméfiés. Cependant on observe parfois des infiltrations plus étendues qui donnent aux lèvres l'aspect d'un museau. — Les chancres indurés de la *langue*, des *gencives*, des *amygdales* (1) sont beaucoup plus rares ; il en est de même aux autres parties du visage, au menton, aux joues, au nez, aux paupières et aux oreilles ; à ces parties il faut évidemment des circonstances toutes spéciales pour que l'inoculation puisse se faire. — Les chancres indurés de l'*anus* sont rares, et se rencontrent beaucoup plus souvent chez la femme que chez l'homme ; ils ont l'aspect de rhagades à rebords indurés ; Ricord et d'autres auteurs ont pu démontrer aussi l'existence du chancre syphilitique du rectum.

Plus fréquents sont les chancres indurés de la *main*, surtout des *doigts* ; ils s'inoculent ordinairement sur une petite blessure, une envie, etc. ; ce sont des ulcérations peu caractéristiques, à bords infiltrés. Chez la femme, les chancres indurés du *mamelon* ne sont pas rares : ce sont des ulcérations souvent très profondes, d'aspect variable ; tantôt c'est une rhagade, tantôt une ulcération en croissant ou en anneau complet, qui parfois sépare presque entièrement le mamelon des tissus voisins ; le mamelon et l'aréole

(1) D'après Pospelov, le chancre de l'isthme du gosier est aussi fréquent que celui des lèvres ; l'infection se produit habituellement par l'usage en commun des ustensiles de table.

sont le siège d'une forte infiltration. Dans certains cas le chancre du mamelon peut cependant présenter les mêmes caractères qu'il a sur d'autres parties du corps, surtout lorsqu'il siège sur l'aréole, à une certaine distance du mamelon ; il a alors l'aspect d'une induration arrondie avec érosion centrale. — Exceptionnellement le chancre primitif siège à d'autres endroits du corps, par exemple *aux bras* ; il est alors formé d'une infiltration aplatie avec excoriation centrale ; il se caractérise par sa forme régulièrement arrondie, mais c'est surtout l'ulcération centrale qui présente cette forme régulièrement circulaire. Ces particularités se rencontrent souvent aussi quand le chancre primitif siège à la peau de la verge et, en général, à toute autre partie du tégument cutané. Comme l'infiltration syphilitique y rencontre, dans son extension centrifuge, des conditions anatomiques identiques de tous les côtés, son développement se fait d'une manière égale dans tous les sens, ce qui ne peut évidemment être le cas quand le chancre siège au sillon balano-préputial ou à tout autre endroit.

Ordinairement le chancre induré est *unique* ; il est rare qu'il y en ait deux ou plus ; ce fait différencie nettement le chancre syphilitique du chancre mou, dont il existe ordinairement plusieurs exemplaires, parfois même en très grand nombre. La raison de ce fait réside dans la longue durée d'incubation de la syphilis et dans la résistance que présente l'organisme à l'inoculation, une fois l'infection établie. Il en résulte que le processus d'*auto-inoculation* qui, dans le chancre mou, amène la multiplicité des lésions, ne peut pour ainsi dire se pratiquer dans la syphilis. En effet, il faut au moins attendre la troisième ou la quatrième semaine après l'infection pour que le chancre induré secrète un pus inoculable ; il faut alors une nouvelle incubation qui dure des semaines pour que le nouveau chancre puisse se former, en supposant que, dans cet intervalle, l'infection générale ne soit pas déjà produite. C'est du reste ce qui se vérifie dans les inoculations expérimentales ; Clerq a formulé les résultats de ces inoculations en disant que, dans l'immense majorité des cas, le chancre syphilitique n'est pas inoculable au porteur ; cette règle n'est exacte qu'avec certaines restrictions, comme Clerq l'avait lui-même signalé ; en effet, si l'inoculation s'est faite assez tôt, on voit parfois le chancre se développer avant le début de la généralisation (BIDENKAP, BUMM, etc.).

L'Évolution du chancre syphilitique est naturellement très variable; il va de soi que les infiltrations peu volumineuses passent plus rapidement à résolution que de vastes indurations; la localisation a aussi son importance, mais c'est surtout au traitement qu'il faut attribuer l'influence la plus marquée. Cependant, quoi qu'on fasse, il faut toujours quelques semaines pour que la résorption commence; il en résulte que presque sans exception la sclérose existe encore en plein développement au moment de la généralisation. Nous ne parlons pas des cas où un traitement antisiphilitique, institué très tôt, a longtemps retardé l'écllosion des phénomènes généraux. Chez certains individus, surtout chez ceux où il existe de l'œdème dur, l'induration montre une résistance tout à fait extraordinaire et il peut s'écouler, même avec un traitement convenable, trois, quatre mois et même plus, avant qu'elle ait disparu. Le début de la régression se manifeste d'abord par le ramollissement de l'induration; puis elle diminue de plus en plus d'étendue, tandis que la petite ulcération se cicatrise. Souvent on peut encore retrouver longtemps après, une légère trace de l'induration, constatable seulement au toucher; dans certaines formes rares, on voit, après quelques années, parfois après très longtemps, l'infiltration renaître à la place occupée par le premier chancre dont elle prend la forme, sans que cependant il y ait eu une nouvelle infection (*Réinduration* des auteurs français).

A l'endroit où s'est formé le chancre, il ne persiste souvent pas la moindre cicatrice; de telle sorte que plus tard rien n'indique la place qu'a occupée l'induration. Mais il est évident que si l'ulcération a été bien marquée, il doit persister à cet endroit une cicatrice. Cependant celle-ci est beaucoup plus souvent la conséquence du chancre mou que du chancre induré, chose facile à comprendre en raison du caractère plus destructif du chancre mou; il en résulte aussi que la notion anamnestique de « cicatrices aux organes génitaux » qui a souvent tant de poids dans le diagnostic rétrospectif de syphilis, n'a, en réalité, qu'une valeur très minime. Comme Zeissl l'a si bien dit : « Avec la cicatrisation le chancre mou disparaît pour toujours; dès que les granulations apparaissent et que la cicatrisation débute, il perd à jamais sa personnalité morbide, son caractère d'ulcère infectieux; au contraire l'induration, c'est-à-dire la première manifestation de syphilis, n'est qu'une trêve dont les stipulations font

entrevoir l'apparition inévitable de tout un cortège de misères et de souffrances.

Diagnostic. — Le diagnostic du chancre induré des organes génitaux présente peu de difficulté quand il est intact ou seulement érodé; tout au plus pourrait-il présenter une certaine analogie avec un *carcinome* au début; celui-ci a une évolution beaucoup plus lente; enfin, l'absence des symptômes généraux suffit à empêcher toute confusion. Dans le chancre dur ulcéré ou dans le chancre mou qui s'indure ultérieurement (*chancre mixte*), le diagnostic d'avec le *chancre mou simple* sera facile dans la majorité des cas, si l'on tient compte des caractères décrits plus haut.

La caractéristique essentielle de la manifestation syphilitique initiale est l'induration; celle-ci diffère essentiellement de celle qu'on peut rencontrer dans le chancre mou quand celui-ci devient le siège d'une vive inflammation. Ensuite le chancre induré est ordinairement *unique*, tandis que le chancre mou est ordinairement multiple. Il ne faut cependant pas oublier que parfois, bien que rarement, l'induration d'un chancre syphilitique peut être des plus minimes, que dans le chancre mou, surtout lorsqu'il est soumis à d'énergiques cautérisations, l'infiltration inflammatoire peut être très prononcée, qu'alors les caractères extérieurs de la lésion ne permettent pas de trancher de prime abord le diagnostic; il faut, dans ce cas se baser sur l'évolution ultérieure du mal. Le diagnostic devient même absolument impossible quand l'induration est *tout-à-fait à son début* — et à plus forte raison dans le chancre mixte qui commence à s'indurer. — Parfois aussi une *balanite simple* peut donner lieu à une telle infiltration du prépuce que, lorsqu'on retire celui-ci en arrière du gland, on obtienne une apparence semblable à celle de l'induration du sillon balano-préputial. Dans ces cas cependant, l'inflammation est beaucoup plus diffuse et s'étend à tout le prépuce et au gland; en outre la guérison est rapide sous l'influence d'un pansement de poudres indifférentes. — Exceptionnellement une lésion syphilitique *tertiaire*, une *gomme*, peut simuler un chancre syphilitique; ce qui permet surtout d'éviter l'erreur, c'est l'absence de symptômes généraux et la fonte destructive plus rapide, plus profonde des manifestations tertiaires.

Le diagnostic peut devenir très difficile, parfois même impossible quand il existe un *phimosis* et que le chancre siège sur le

feuille muqueux du prépuce ou sur le gland; on ne parvient pas toujours à percevoir l'induration sous la peau; lorsqu'on y réussit, c'est un signe assez certain de syphilis; en l'absence de ce signe, on doit se rabattre sur les symptômes ultérieurs et en première ligne sur les *modifications des vaisseaux et des ganglions lymphatiques*. Ces derniers symptômes, dont nous parlerons bientôt en détail, ont, dans tous les cas, une haute valeur diagnostique: le gonflement indolore des ganglions voisins du chancre syphilitique se différencie nettement de l'adénopathie aiguë, douloureuse, consécutive du chancre mou, quand celui-ci retentit sur les ganglions; en outre, lorsque le chancre induré présente une localisation anormale, l'adénopathie peut fournir des indications précieuses sur le siège qu'il occupe.

Quand le chancre est *extragénital*, c'est au fond, la rareté de ces localisations qui en rend l'appréciation si difficile et permet même au chancre de passer tout-à-fait inaperçu. Ceci est moins vrai pour les indurations qui siègent à la bouche, cette localisation étant encore une des plus fréquentes; cela s'applique au contraire aux cas où la sclérose siège, par exemple, aux yeux, au nez, à l'oreille ou même, comme nous l'avons observé, entre deux orteils; l'adénopathie qui, précisément dans ces cas, est souvent très accentuée, est un guide fidèle pour la recherche de l'induration initiale. Nous ne devons jamais oublier que l'infection syphilitique peut se faire sur n'importe quelle partie du corps, et qu'en fait elle s'y produit soit à la suite de contacts accidentels, soit comme conséquence de perversions souvent si bizarres de l'instinct sexuel.

CHAPITRE V

LES AFFECTIONS SYPHILITIKES DES VAISSEaux ET DES GANGLIONS LYMPHATIQUES

Les premiers symptômes qui font suite au chancre induré se manifestent dans les *vaisseaux* et les *ganglions lymphatiques* du territoire où siège l'induration. Le virus syphilitique est entraîné

de son foyer primitif par la lymphe; il arrive aux vaisseaux puis aux ganglions lymphatiques et y détermine un processus hyperplasique absolument analogue à celui que nous avons vu se produire au lieu d'inoculation. Si le chancre induré siège à la partie antérieure de la verge, on perçoit dans presque tous les cas, quelques jours après son apparition, parfois plus tard, un gonflement indolore des lymphatiques dorsaux, qu'on peut nettement sentir sous la peau comme un cordon rigide, bosselé, de la grosseur d'une épingle. Dans quelques cas, ces symptômes acquièrent une plus grande acuité: la peau qui recouvre le cordon induré devient rouge et sensible. De même, dans les scléroses extragénitales, on voit parfois des stries rougeâtres, répondant aux lymphatiques enflammés, converger vers les ganglions de la région.

Cette lymphangite est bientôt suivie de l'*adénopathie des ganglions voisins*; celle-ci se manifeste en moyenne quatre ou cinq semaines après l'infection. Comme le chancre induré siège ordinairement aux organes génitaux, c'est aux *ganglions inguinaux* qu'on observe le plus souvent cette adénopathie. Ceux-ci se gonflent et, à l'opposé de ce qui se passe dans le chancre mou, cette tuméfaction est progressive, indolore, sans aucune acuité (*bubons indolents*). Seuls, les ganglions y prennent part, le tissu avoisinant reste intact; aussi les perçoit-on sous forme de tumeurs bien isolées, mobiles sous la peau, allongées, atteignant le volume d'une fève, parfois celui d'une cerise. Il est rare qu'elles soient plus volumineuses. Ordinairement les ganglions s'entreprennent des deux côtés à la fois; mais en général l'un des côtés est plus pris que l'autre et comme dans le chancre mou, le côté le plus atteint correspond à celui où siège le chancre, sans que le fait soit constant. En général, plusieurs ganglions prennent part à l'adénopathie; cette adénopathie est multiple et s'observe ordinairement au groupe des ganglions qu'on désigne du nom de *ganglions inguinaux*, c'est-à-dire à ceux qui sont situés immédiatement sous le ligament de Poupert, au dessus du fascia lata (*panglionnäre Drüsenschwellung*, AUSPITZ); on sent alors sous la peau deux, trois ou quatre ganglions formant ce qu'on a nommé le *chapelet syphilitique*.

Est-il besoin de dire que la combinaison du chancre induré et du chancre mou (chancre mixte) modifie cette évolution? Dans ce cas on observe souvent une adénite aiguë suppurée, provoquée par le chancre mou.