

La syphilis, une fois introduite dans l'économie, subit l'influence de certaines causes prédisposantes et déterminantes : ces influences sont hygiéniques, pathologiques ou physiologiques.

Les divers climats et les différentes saisons ont été tour à tour accusés de favoriser le développement des manifestations syphilitiques. Lagneau croit que l'influence d'un climat chaud est des plus heureuses sur la marche de la syphilis; Legendre avait été conduit par quelques observations à une opinion tout opposée; Bazin tient plutôt pour pernicieuse l'influence du passage brusque du froid à la chaleur. Dans notre climat tempéré, l'opinion de Bazin est vraie, mais il est d'ailleurs incontestable que la syphilis a des formes plus légères dans les climats très-chauds que dans les climats froids.

Des causes artificielles et certaines maladies ont une action très-prononcée sur le développement de la syphilis. C'est à la suite d'une longue marche, ou d'un bain très-chaud, qu'on voit souvent apparaître une syphilide. Certaines formes morbides s'observent plutôt avec certains tempéraments et à certains âges : nous aurons l'occasion de montrer la diversité des éruptions que présentent les adultes et les nouveau-nés. Enfin, il y a une espèce d'idiosyncrasie qui fait que certaines prostituées ont une immunité presque absolue, tandis que d'autres sont fort souvent infectées. On n'a aucune notion sur la nature de cette immunité; aucune statistique n'en a établi le plus ou moins de fréquence; mais c'est un fait que différents observateurs ont noté, et sur lequel Parent-Duchâtel et avait vivement appelé l'attention.

On a publié quelques statistiques qui ont montré l'influence de certaines conditions sociales sur le développement comparé de la blennorrhagie et de la syphilis. Ainsi sur 510 cas de syphilis, Puche (1) a trouvé la contagion transmise comme il suit :

Prostituées.....	374
Filles entretenues.....	48
Ouvrières.....	68
Domestiques.....	10
Femmes des malades.....	10

Fournier, sur 320 malades observés à l'hôpital, a classé ainsi les sources de chancres indurés :

Filles publiques.....	234
Filles exerçant la prostitution clandestine.....	39
Ouvrières.....	25
Domestiques.....	14
Femmes mariées.....	10
Sodomites.....	4

Cette même proportion se maintient pour le chancre mou; mais elle

(1) Fournier, *De la contagion syphilitique*, thèse de Paris, 1830, p. 116.

n'existe plus pour la blennorrhagie. Ainsi sur 387 blennorrhagies, Puche a trouvé :

Filles publiques.....	12
Prostitution clandestine.....	44
Filles entretenues, filles de théâtre.....	138
Ouvrières.....	126
Domestiques.....	41
Femmes mariées.....	26

Nous n'avons cité cette statistique que pour montrer l'influence des visites faites au dispensaire de la police sur la diminution de la blennorrhagie, accident très-reconnaissable à un examen rapide. Malheureusement cette influence n'est pas aussi bienfaisante sur l'extinction des chancres.

### § III. — Anatomie pathologique et symptomatologie.

Nous allons passer successivement en revue les différents accidents de la syphilis locale et générale, et dans les nombreuses parties de ce paragraphe nous serons souvent obligé d'étudier chacun de ces accidents comme un tout complet. Nous diviserons d'abord ce sujet en deux groupes sous le titre de : *accidents locaux* et *accidents constitutionnels*.

#### I. — ACCIDENTS LOCAUX

Il n'y a qu'un seul accident local et primitif de la syphilis, c'est le *chancre*. Mais nous entendons ici, par l'expression d'*accidents locaux*, non-seulement le chancre, mais quelques-unes de ses conséquences immédiates, l'*angioleucite*, le *bubon*, les *végétations*, dont la présence ne commande pas fatalement la *syphilis constitutionnelle*.

##### 1° Chancre.

Le *chancre* a été défini de bien des manières, et dans ces nombreuses définitions on s'est placé à des points de vue assez différents. Les uns ont cherché surtout à caractériser son expression symptomatique, et les définitions par lesquelles on a voulu ainsi indiquer sa valeur diagnostique sont aussi variées que les doctrines qu'elles représentent : ainsi on a fait du chancre un accident tantôt primitif, tantôt constitutionnel de la syphilis; on a dit que le chancre était toujours un des premiers accidents de la vérole, rangeant, parmi les autres symptômes primitifs, la blennorrhagie, le bubon et la pustule plate; on a proclamé que le chancre était le seul accident primitif de la syphilis. « Le chancre est à la vérole ce que la morsure du chien enragé est à l'hydrophobie »; ou bien encore, « c'est l'exorde obligé de la syphilis acquise ». Mais cette dernière définition donnée par Ricord ne s'applique pas à tous les chancres, puisque, pour cet auteur lui-même, plus des deux tiers des chancres ne sont pas suivis de syphilis constitutionnelle.

D'autres ont voulu définir le chancre d'après ses caractères objectifs; mais ici encore on s'est égaré, et au lieu de donner quelques caractères assez généraux pour être applicables à tous les chancres, on a restreint le problème. On n'a vu que quelques côtés de la question, et l'on a surtout insisté sur des caractères particuliers à certaines variétés, caractères qu'on a plus tard faussement généralisés pour en faire l'apanage de tous les chancres. C'est ainsi que Hunter a fait de l'induration le signe univoque du chancre, et que Babington, allant encore plus loin que le maître qu'il commentait, a dit que le chancre était induré avant d'être ulcéré.

L'inoculation est venue aussi en aide à la définition du chancre, et Ricord, cherchant à distinguer le chancre de la blennorrhagie, disait avec assurance : « Chargez votre lancette, et si l'inoculation est positive, le pus aura pour origine un chancre; si l'inoculation est irrégulière, le pus aura simplement pour origine une blennorrhagie. » Ces idées, professées en 1832, ne peuvent plus s'accorder avec la doctrine de la dualité chancreuse, puisque sur trois chancres il en est un qui n'est plus inoculable, comme nous le verrons plus loin, sur le malade lui-même, et ce chancre non inoculable serait suivi d'accidents constitutionnels.

On a dit aussi que le chancre est toujours la conséquence d'un accident analogue à lui-même, et qu'il devient la source obligée d'un accident semblable (1). Cette définition est encore incomplète, puisque, comme l'a démontré Rollet dans un mémoire inséré dans les *Archives de médecine* (2), le chancre peut être aussi bien le résultat de la contagion d'une plaque muqueuse que d'un chancre. Donc, si l'on voulait définir le chancre, on devrait lui donner des caractères assez généraux pour s'appliquer à toutes ces variétés, et la définition d'*ulcère vénérien contagieux* nous paraît la seule acceptable dans l'état actuel de la science, mais il est plus important de décrire que de définir les chancres.

HISTORIQUE. — Dans l'historique général de la syphilis, nous avons fait remarquer que si, avant la fin du xv<sup>e</sup> siècle, on retrouve des traces évidentes de la maladie syphilitique, ces traces sont trop effacées pour permettre de préciser exactement le caractère de la plupart des accidents. Le chancre n'a été bien étudié que depuis cette époque; mais déjà, à ce moment, quelques auteurs furent frappés de la forme de certains chancres. On avait signalé leur dureté comme un signe de vérole, et à plusieurs reprises on avait observé que plus un bubon suppurait, moins on trouvait d'accidents constitutionnels. Fallope parle de ces chancres durs, calleux. Ambroise Paré a soin de noter que : « S'il y a ulcère à la verge, et s'il » demeure dureté au lieu, telle chose infailliblement montre le malade » avoir la vérole. »

Nicolas de Blegny écrit aussi en 1673 : « Pour ce qui regarde la forme

(1) Fournier, *Leçons sur le chancre*, p. 9.

(2) *Études sur le chancre produit par la contagion de la syphilis secondaire* (*Archives de médecine*, février 1859).

des chancres, on ne peut pas douter qu'ils ne puissent être devenus la cause de la vérole... lorsque la matière vénérienne a eu le temps d'approfondir les parties malades, d'y faire des duretés considérables, de rendre les chancres plus étendus en largeur et de faire devenir leurs bords durs et calleux. C'est dans cet état que plusieurs les nomment *chancres véroliques*. »

Cette induration du chancre, si importante pour le diagnostic de la syphilis constitutionnelle, fut oubliée peu à peu jusqu'au moment où Hunter, généralisant surtout ce caractère, en fit, comme nous l'avons dit, le signe univoque du chancre. Babington, son commentateur, prétendit que l'induration préexistait à l'ulcération. Ne trouve-t-on pas dans cette assertion l'opinion de Rollet et de Gibert, qui ont fait remarquer que dans leurs expériences l'accident dû à la contagion des accidents secondaires était une papule indurée qui s'ulcérait plus tard? C'est là un point d'une difficulté extrême à préciser et dont nous n'obtiendrons de longtemps la démonstration absolue : en effet, les inoculations du chancre induré et des accidents secondaires sur le sujet lui-même ne nous apprennent rien, et les expériences sur un sujet vierge sont trop graves pour être répétées. On devra donc, pour juger de la forme initiale du chancre induré, s'en fier à la description donnée par le malade. Mais quelle valeur ce témoignage a-t-il pour cette détermination? Il suffit de signaler ces diverses circonstances pour faire apprécier la difficulté du problème.

Ricord rappela l'attention des médecins sur l'importance de l'induration comme valeur diagnostique des accidents constitutionnels, et chercha à se rendre compte de ce phénomène : il en fit d'abord une question de terrain, mais plus tard il émit aussi sous forme hypothétique cette opinion, que les suites variées que présentaient les divers chancres pourraient bien tenir à une différence dans la graine.

Déjà depuis longtemps, Carmichael avait cherché à distinguer en plusieurs groupes les symptômes primitifs, et à établir une relation entre ces symptômes primitifs donnés et certains phénomènes constitutionnels. Cette distinction toute de fantaisie n'eut aucun succès. Clerc voulut trouver dans d'autres faits de la pathologie la raison de ces phénomènes, et par une analogie ingénieuse, comparant la syphilis à la variole, il créa le *chancroïde* pour l'opposer à la *varioloïde*. Mais plusieurs ulcères mous, chancroïdes de Clerc, donnèrent lieu à des chancres infectants, et ces faits, dont Ricord et Cullerier publièrent des exemples, renversèrent complètement l'hypothèse du chancroïde.

La doctrine de la dualité chancreuse surgit alors, et Bassereau l'étaya de nombreuses observations. Depuis, cette doctrine a été professée par Ricord dans les *Leçons* que Fournier a publiées; par Rollet, Rodet, Diday, qui ont fait connaître des observations confirmatives de cette opinion. Mais, jusqu'à plus ample démonstration, nous diviserons le chancre en trois espèces principales : 1<sup>o</sup> le *chancre mou simple, très-rarement infectant*; 2<sup>o</sup> le *chancre induré infectant*; 3<sup>o</sup> le *chancre phagédénique*. Cette dernière variété de chancre peut être ou non suivie d'accidents constitutionnels.

SYMPTOMATOLOGIE. — a. **Du chancre simple.** — La fréquence de cet ulcère contagieux est beaucoup plus grande que celle du chancre induré. Ainsi Puche, sur 10,000 chancres qu'il a observés de 1840 à 1852, a trouvé :

Chancres indurés.....	1955
Chancres simples.....	8045

Fournier, pendant une année d'internat dans le service de M. Ricord, a, sur 341 chancres observés, rencontré :

Chancres indurés.....	126
Chancres simples.....	215

Jusqu'à ces derniers temps, le *siège* du chancre simple présentait une particularité extrêmement remarquable. On ne citait pas d'observation bien authentique de chancre mou à la tête. Dans un relevé de 126 chancres de la tête, Fournier n'avait pas trouvé un seul chancre mou, et Gosselin, faisant allusion à sa pratique de Lourcine, disait aussi qu'il n'avait jamais vu cette sorte de chancre à la tête. Ricord avait bien représenté dans son *Iconographie* un chancre mou des gencives; mais il était revenu plus tard sur l'interprétation de ce fait dans lequel l'inoculation n'avait pas été pratiquée.

Quatre observations de chancre mou de la tête ont été publiées par Bassereau, Devergie, Venot et Diday, mais ces observations ont été contestées. Le cas de chancre mou phagédénique de la lèvre inférieure, cité par Venot, ne parut être à Ricord qu'un exemple de lupus (1). Dans le fait de Diday, il s'agissait d'une jeune fille qui fut observée pendant une année sans qu'on remarquât de symptômes constitutionnels; mais elle avait refusé l'inoculation. On a aussi considéré comme des chancres mous une dizaine de chancres de la tête dont l'inoculation sur le sujet avait été positive, et que Ricord a fait connaître dans son *Traité de l'inoculation*. Tout cela était peu probant, et devant cette question douteuse, pour éclairer ce point intéressant, quelques médecins instituèrent des expériences.

En 1857, Rollet (2) inocula un vieillard cancéreux à l'apophyse mastoïde avec le pus de chancre simple. Les deux inoculations pratiquées donnèrent naissance à deux ulcérations offrant tous les caractères du chancre simple. On observa ces ulcérations jusqu'au septième jour; on les détruisit alors avec le caustique, et plus tard on ne constata aucun symptôme d'infection constitutionnelle.

En 1858, de Huebnet (3), professeur à Kieff, inocula à la joue d'un sujet vierge de syphilis le pus d'un chancre simple. Une ulcération parfaitement moile, avec bubon du maxillaire supprimé, succéda à cette inoculation.

(1) Buzenet, *Du chancre de la bouche, son diagnostic différentiel*, thèse de Paris, 1858.

(2) *Gazette médicale de Lyon*, 31 décembre 1857.

(3) *Union médicale*, 1858, p. 233.

Buzenet, dans la thèse qu'il soutint à la Faculté de médecine de Paris (1858), sur le chancre de la bouche, donne la relation de six inoculations pratiquées sur les lèvres avec du pus de chancre mou. Le résultat de ces inoculations fut positif. Bassereau, auteur de ces expériences, inocula ensuite au bras le pus de l'ulcère obtenu aux lèvres; le résultat fut également positif. Dans un de ces faits, on ne suivit pas de procédé artificiel d'inoculation, mais il y eut contagion presque naturelle; on déposa le pus sur un point des lèvres qui était gercé. Toutes ces expériences furent pratiquées sur le malade lui-même; il en est de même de celles que nous allons maintenant relater, qui ont été publiées par un élève de Puche, Nadau des Islets (1), dans sa thèse inaugurale. Pour plus de rigueur, les inoculations furent pratiquées au flanc avec le pus obtenu sur l'ulcère de la tête. La thèse de Nadau comprend trente-quatre faits. Voici les résultats auxquels il est arrivé :

1° Les inoculations faites sur des sujets en puissance de la diathèse syphilitique avec du pus de chancre induré, *fourni par le sujet inoculé*, ont toujours donné des résultats *negatifs*, à la tête comme au flanc.

2° Les inoculations sur des sujets en puissance de la diathèse syphilitique avec du pus de chancre induré, pris à *une source étrangère*, ont toujours donné des résultats *negatifs*, à la tête comme au flanc.

3° Les inoculations faites sur des sujets en puissance de la diathèse syphilitique avec du pus de chancre mou, fourni par le sujet inoculé, ont donné des résultats *positifs*, à la tête comme au flanc.

4° Les inoculations faites sur des sujets en puissance de la diathèse syphilitique avec du pus de chancre mou, pris à *une source étrangère*, ont donné des résultats *positifs*, à la tête comme au flanc.

5° Les inoculations faites sur des sujets *vierges de toute affection syphilitique antérieure*, avec du pus de chancre mou, recueilli sur eux-mêmes, ont donné des résultats *positifs*, à la tête comme au flanc.

Ces faits prouvent la possibilité du chancre mou sur la tête. Mais pourquoi ce chancre se montre-t-il si rarement à l'extrémité céphalique? Les unicastes en font une question de terrain : ce chancre prend une forme dure à la tête, et molle dans d'autres points. Quelques dualistes admettent un caprice du virus. Rollet pense que si le chancre induré s'observe plus souvent à la tête, cela tient à ce que le chancre de cette région est dû le plus souvent à la contagion d'accidents secondaires buccaux (plaques muqueuses des lèvres, de la langue). D'autres explications ont encore été données, mais il est inutile d'ajouter qu'aucune n'est tout à fait satisfaisante. Notons simplement le fait sans chercher à l'expliquer.

Le chancre mou s'inocule sur le même sujet aussi souvent qu'on le voudra, ainsi un médecin allemand, Lindmann, a obtenu sur lui-même plus de 2200 inoculations positives.

(1) *De l'inoculation du chancre mou à la région céphalique*, thèse de Paris, 1858, n° 284.

Mais, à défaut de l'homme, les animaux sont-ils réfractaires au pus de ce chancre? Richard, Cullerier et Puche disent que l'on n'est jamais parvenu à produire sur les animaux, par l'inoculation directe, une ulcération à développement extensif et continu. Tout se borne à une petite plaie qui a une tendance remarquable à la guérison. Cependant le pus de cette plaie, inoculé de nouveau sur l'homme, y produit un chancre : aussi les auteurs que nous venons de citer pensent-ils que les plaies des animaux ne servent que de lieu de dépôt au pus virulent; mais cette hypothèse aurait encore besoin d'être prouvée.

Le chancre simple, développé sur des tissus homogènes, a une forme arrondie; ses bords sont nettement taillés à pic, comme à l'emporte-pièce, un peu renversés en dehors, décollés dans une petite étendue. Examinés à la loupe, ces bords offrent de petites dentelures qui circonscrivent un cercle rouge inflammatoire. Ce chancre est plus souvent multiple d'emblée; ou bien, primitivement unique, il se multiplie plus tard par des inoculations de voisinage (1). Le pus qu'il sécrète est abondant, virulent, contagieux par excellence, et conserve pendant presque toute la période de son existence les caractères qui en constituent la spécificité : cette ulcération, tout en gardant le plus ordinairement sa forme arrondie, tend à envahir et à détruire les tissus voisins.

La base du chancre simple offre, en général, une consistance presque égale à celle des tissus sains. Elle ne possède jamais cette induration élastique, indolente, froide, caractéristique de l'autre espèce de chancre. Il y a cependant des cas embarrassants et qui prêteront longtemps encore à la confusion : ce sont ceux où la base du chancre simple a une dureté dite inflammatoire. Cette dureté se montre encore après l'emploi inutile de certains topiques, l'eau blanche, le chromate de potasse, la cendre chaude de tabac, le sublimé corrosif, le nitrate d'argent.

Le plus souvent le chancre simple ne s'accompagne pas de bubon (2).

(1) Voici une statistique empruntée à Ricord, et qui démontre bien cette proposition.

Sur chancres simples.....	254	
On a trouvé :		
Chancres simples uniques.....	48	
Chancres multiples.....	206	
Sur ces 206 chancres multiples :		
Malades présentant 2 chancres simples.....	32	
de 3 à 6 chancres.....	113	
de 6 à 10 .....	41	
de 10 à 15 .....	8	
de 15 à 20 .....	4	
20 chancres simples et au delà.....	5	(Fournier, p. 41.)
(2) STATISTIQUE RICORD. — Chancres simples.....	207	
Chancre avec bubon.....	65	
Chancre sans bubon .....	152	(Fournier, p. 31.)

Quand il en existe, un seul ganglion est pris, et ce bubon mono-ganglionnaire est douloureux dès le début. Si le chancre se montre à la verge, son lieu d'élection ordinaire, le bubon est inguinal et se développe tantôt d'un côté, tantôt dans les deux aines : si l'adénite n'existe que d'un seul côté, elle apparaît ordinairement du côté correspondant à celui où siège le chancre simple; cependant on peut observer le bubon croisé, c'est-à-dire voir dans l'aine droite un bubon symptomatique d'un chancre situé à gauche. L'adénite aiguë qui se développe sous l'influence du chancre simple peut présenter deux variétés : cette inflammation peut être sans spécificité, l'ulcération vénérienne agissant comme cause d'irritation vulgaire, ou bien spécifique; alors l'accident chancreux réagit par sa virulence sur le ganglion; son principe contagieux est absorbé et transporté dans celui-ci.

Cette distinction a une grande importance, car dans l'adénite sympathique, alors que le chancre agit comme cause d'irritation vulgaire, la résolution est une des terminaisons possibles, fréquentes même de l'accident. Dans l'autre variété d'adénite, au contraire, dans le bubon d'absorption, la suppuration est une conséquence fatale, une terminaison obligée de l'inflammation spécifique.

Dans le cas où l'adénite sympathique se termine par suppuration, la cicatrisation s'opère comme s'il y avait plaie simple; dans l'adénite spécifique, la plaie d'ouverture devient un véritable chancre ganglionnaire dont les bords et le fond secrètent le pus spécifique inoculable. Mais les auteurs qui admettant cette distinction ne donnent aucun signe qui permette de diagnostiquer au début ces deux variétés; ce n'est que plus tard, lorsque la terminaison a eu lieu par suppuration, que l'absence ou l'existence de spécificité du pus ganglionnaire indique à quelle variété d'adénite on avait affaire.

Nous ne trouverons rien de fixe dans l'époque d'apparition de l'adénopathie symptomatique du chancre simple. Elle peut se montrer peu de temps après le début de l'accident primitif, elle peut n'apparaître qu'après un temps fort long.

C'est dans le premier groupe des ganglions superficiels de la région où viennent aboutir les lymphatiques du chancre, que l'inflammation spécifique se développe : elle n'atteint jamais les ganglions profonds.

Outre les caractères propres du chancre et du bubon, il existe encore un signe qui a une très-grande importance, et auquel on devra recourir dans le cas où le diagnostic serait douteux : ce signe est tiré de l'inoculation.

Le pus du chancre mou et du bubon d'absorption est inoculable sur le sujet lui-même; le chancre d'inoculation se montre immédiatement sans incubation. C'est sur les résultats obtenus par l'inoculation du chancre mou que Ricord avait établi les lois qu'il avait promulguées sur le chancre en général, à une époque où il ne connaissait pas encore la distinction des deux espèces de chancres. Si donc avec une lancette on

inocule, 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 des 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-

nâtre, 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 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.

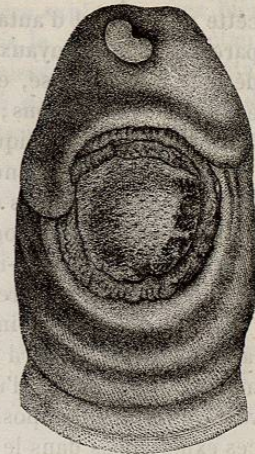


FIG. 77. — Chancre simple au sommet du gland, et chancre induré du prépuce et de la couronne du gland.

(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 ses 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 cyto-blastions ; 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 Babbington. 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* de 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-