

provenant de l'altération cavitaire d'une partie de l'épithélium qui recouvre la surface du chancre. Dans le chancre simple, au contraire, comme il y a ulcération; comme jamais à la surface de cette ulcération il n'existe de réticulum épithélial, vous trouverez simplement dans les produits de raclage des cellules lymphatiques plus ou moins altérées, des débris dissociés de tissu conjonctif du derme, mais pas de fausse membrane, pas de réticulum épithélial (1).

Les préparations et les dessins suivants vous montrent combien la chancelle diffère au point de vue histologique du chancre infectant. Comparez cette figure qui représente une coupe de chancre simple, comparez-la avec les figures précédentes de chancre infectant et les caractères différentiels anatomiques de ces lésions vous sautent immédiatement aux yeux.

Mon maître, le professeur Cornil, a parfaitement établi le parallèle des caractères anatomiques du chancre infectant et du chancre simple dans ses leçons sur la syphilis. Voici ce qu'il dit : « D'un côté, dans le chancre infectant, nous notons la sclérose du tissu dermo-papillaire et l'épaississement des parois des vaisseaux. L'épithélium superficiel et le corps muqueux sont en partie conservés.... la sécrétion, peu abondante, contient un nombre relativement minime de cellules lymphatiques. Au contraire, dans le chancre simple, nous avons un cratère béant résultant de la destruction rapide, complète des couches superficielles et profondes de l'épiderme, et de la fonte suppurative progressive des couches papillaires et dermiques. Les papilles, le tissu conjonctif du derme et le tissu sous-dermique se transforment en un tissu de bourgeons charnus dans lequel

(1) L'utilité de ce signe que j'ai le premier indiqué en mars 1885, dans une leçon clinique publiée en décembre 1885, dans le *Progrès médical*, a été ultérieurement vérifiée par le Dr Balzer (*Société de biologie*, mars 1886). — J'ai proposé de donner à ce moyen de diagnostic le nom de « *Signe du raclage* ».

les vaisseaux ne sont nullement sclérosés, dans lequel la charpente fibreuse se dissocie et se détruit. »

Vous voyez donc qu'entre les deux chancres la différence est absolue : l'un est une tumeur, un syphiloème érodé ou ulcéré; l'autre est un ulcère. Cependant, dans certains cas, rares d'ailleurs, et dont vous avez pu cette année voir un bel exemple dans le service, le chancre simple, par suite de circonstances qu'il reste à déterminer, peut prendre l'aspect papuleux (1). Dans ces cas, ainsi que vous l'avez vu chez notre malade, les chancres simples se présentaient sous la forme de petites papules rouges, grandes comme des lentilles. Les unes n'étaient nullement érodées; les autres présentaient à leur centre soit une petite pustule, soit une érosion grisâtre cupuliforme.

L'excellente aquarelle que je fais passer sous vos yeux, faite par M. Nollet, élève du service, donne une idée exacte de ces lésions à ceux d'entre vous qui n'ont pas vu le malade. Mais les papules de ce chancre simple n'étaient pas indurées, mais l'on trouvait en outre à la face interne du prépuce et dans la rainure balano-préputiale des chancres simples caractéristiques, mais les ganglions inguinaux engorgés n'offraient pas les caractères de l'adénopathie primaire, et enfin l'inoculation des lésions papuleuses nous a donné un résultat positif. La description de ces chancres simples papuleux peu connus est d'une grande importance diagnostique, et il est possible que des cas de ce genre aient pu servir d'arguments aux unicistes. Cette observation sera publiée.

Dans le diagnostic différentiel précédent du chancre simple avec le chancre infectant, j'ai peu insisté sur ce

(1) J'ai inspiré à l'un de mes élèves, M. le Dr Baude, une thèse sur ce sujet. *Du chancre simple papuleux*. Thèse de Lille 1886.

caractère différentiel majeur de la possibilité constante de l'inoculation du chancre simple à son porteur et de la non-inoculabilité du chancre infectant à son porteur. Oui, Messieurs, mille fois oui, on peut dire que toujours le chancre simple, la chancrelle, est inoculable à son porteur, et cela, non pas une fois, deux fois, cent fois, mais à l'infini ; je n'en veux pour preuve que les auto-inoculations d'Auzias-Turenne, de Lindwurm (qui, pour arriver à la syphilisation qu'il cherchait en vain, s'inocula plus de 2,200 chancres).

Vous avez pu d'ailleurs vous-mêmes constater dans mon service que jamais la chancrelle d'inoculation ne manque lorsque l'inoculation est bien faite. Au contraire, le chancre infectant n'est pas inoculable à son porteur, et cette dernière proposition peut être posée comme une règle absolue, ainsi que vous avez pu le constater également dans le service (1). Donc, Messieurs, oui, encore mille fois oui, ce caractère de la non auto-inoculabilité du chancre infectant est d'une importance majeure et peut être considéré comme pathognomonique. Cependant, il faut vous méfier d'une cause d'erreur possible. Dans certains cas, le pus du chancre infectant inoculé à son porteur peut produire une pustule, laquelle peut ou bien avorter au bout de quelques jours ainsi que vous en avez vu des cas dans mes salles, ou bien se rompre et laisser à sa suite une sorte d'ulcération plus ou moins persistante. Cette ulcération consécutive peut parfois simuler un chancre simple à tel point que Clerc, qui le premier a attiré l'attention sur ce

(1) Dans certains cas exceptionnels un chancre infectant pris au début semble avoir été réinoculé à son porteur : cas de Wallace, Lindwurm, Puche, Bœck, Bidentkap, Diday, 1 de Sperino, 1 de Bumm, 5 de Pontoppidam de Copenhague (voir à ce sujet la leçon de Diday, sur l'éradication de la syphilis (*Semaine médicale*, 1884) ; et le travail de Pontoppidam, de Copenhague (*Annales de Dermatologie*, 25 avril 1885, page 193.)

fait, lui a donné le nom de chancroïde. Ricord, dans ses leçons sur le chancre, a publié quelques observations qui tendraient à prouver que ce chancre à base molle des sujets syphilitiques peut, ou bien se transmettre sous forme de chancre simple, ou bien se transmettre à un sujet sain sous forme de chancre infectant.

Je ne veux pas insister plus longuement sur cette question, qui a été le point de départ de nombreuses argumentations de la part des unicistes. Il me paraît probable que la question peut se résumer de la façon suivante ; lorsque l'on tient compte de l'existence et de la fréquence assez grande du chancre mixte démontrée en premier par Rollet ; lorsque l'on se rappelle les expériences de E. Vidal, de Pick, etc., sur les lésions consécutives à l'inoculation de certains pus et les très intéressantes recherches de Tarnowsky sur l'irritation et l'appel des syphilômes.

Je m'explique : Lorsque l'inoculation du chancre syphilitique au porteur produit chez celui-ci une ulcération rappelant celle du chancre simple, il est probable que le chancre sur lequel ont été recueillis les produits d'inoculation n'était autre chose qu'un chancre mixte. Si alors on inocule les produits de ce chancre à base molle, de ce chancroïde, de ce chancre d'inoculation, à un sujet sain, deux cas pourront se présenter : ou bien l'inoculation donnera naissance seulement à un chancre simple, ou bien le chancre d'inoculation au sujet sain sera suivi de syphilis constitutionnelle. Dans ce dernier cas, il est plus que probable que le chancre simple d'inoculation chez le premier sujet porteur de chancre mixte, a déterminé par sa présence, par irritation, l'appel d'un syphilôme plus ou moins perceptible cliniquement. Il n'y a pas là, à proprement parler, de chancre nouveau, mais appel d'un syphilôme par irritation. On conçoit très bien que des parcelles de ce syphilôme plus ou moins apparent, et parfois peut-être du sang, puissent

reproduire un chancre infectant lorsqu'on les inocule à un sujet sain.

Lorsque l'inoculation des produits de sécrétion d'un chancre syphilitique produit sur le porteur de ce chancre une pustule ecchymateuse éphémère pouvant être suivie parfois d'une érosion ou d'une ulcération plus ou moins durable, comme vous en avez constaté des exemples dans mes salles, que se passe-t-il? Il se produit un phénomène analogue à celui que l'on observe en inoculant du pus de pustule d'ecthyma ou d'impétigo, comme l'a bien montré E. Vidal, puis Tantarri; ou lorsque l'on inocule un pus quelconque, comme l'a bien montré mon ami le professeur Pick (de Prague). En un mot, il se produit une pustule d'ecthyma simple, une suppuration intra-épidermique par inoculation de pus simple. Vous en avez vu des exemples dans mes salles et à ma polyclinique. Ce sont là des lésions qui n'ont rien de spécifique; mais l'on conçoit très bien que cette lésion simple puisse, par son irritation, selon les remarques de Tarnowski, déterminer *in situ* l'appel d'un syphilôme; et que les produits de ce syphilôme, mélangés à ceux de cette suppuration intra-épidermique simple, puissent, quand on les inocule à un sujet sain, produire un chancre infectant. Ce sont là des questions très intéressantes que nous étudions en ce moment comme vous le savez, dans notre service, et qui pourraient donner matière à une thèse. Vous voyez que le diagnostic différentiel du chancre simple avec le chancre infectant nous a entraîné un peu loin.

c). Abordons maintenant un diagnostic non moins difficile, je veux parler du *diagnostic du chancre infectant avec l'herpès*. Ce diagnostic différentiel est de la plus haute importance comme vous le constatez presque journellement. Le tableau suivant, tiré des leçons de M. Fournier, vous sera d'un grand secours.

Herpès.

Chancre.

Trois signes différentiels presque constants.	1° Pas de retentissement ganglionnaire ;	1° Adénopathie constante (indolente, dure, persistante, généralement poly-ganglionnaire) ;
	2° Base souple, sans induration ;	2° Base indurée ;
	3° Contour polycyclique de l'érosion, constitué par des segments réguliers de petites circonférences ;	3° Contour ne présentant jamais les segments réguliers des petites circonférences propres à l'herpès ;
Evolution.	1° Limitation rapide ;	1° Limitation moins rapide ;
	2° Cicatrisation hâtive ;	2° Cicatrisation plus lente (en général).
Signes non constants, de valeur moindre.	1° Lésion prurigineuse (ardeur, feu local au début) ;	1° Lésion absolument indolente, aprurigineuse ;
	2° Erosions habituellement multiples ;	2° Lésion souvent unique ou multiple à un degré moindre que l'herpès ;
	3° Erosions d'étendue minime, souvent miliaires ;	3° Lésion en général plus étendue que l'herpès ;
	4° Erosions généralement plus superficielles que le chancre.	4° Lésion en général moins superficielle que l'herpès.

Cause d'erreur à éviter. } Coïncidence possible de l'herpès et du chancre.

Mais, Messieurs, dans certains cas, assez fréquents comme vous l'avez vu, lorsqu'il s'agit d'herpès solitaire à érosion unique, véritable herpès chancreiforme simulant certains chancres nains, une partie des signes énumérés dans le tableau précédent pourront vous manquer et le diagnostic devenir des plus difficiles. Vous avez

même vu récemment que l'herpès génital peut retentir sur les ganglions inguinaux (1).

Dans ces cas, je considère comme très important de rechercher avec soin les caractères suivants, dont je vous ai montré la grande utilité sur un bon nombre de malades de mes salles des femmes et des hommes, signe qui n'a pas été indiqué, que je sache, par les auteurs. (J'ai publié sur ce sujet une note dans le *Journal des connaissances médicales* : H. Leloir, sur « deux caractères cliniques d'une grande utilité au point de vue du diagnostic du chancre syphilitique avec l'herpès, etc. (*Journal des connaissances médicales*, 3 avril 1885).

Voici ces signes :

Prenez un chancre nain, pressez-le entre vos doigts aussi longtemps que vous voudrez, vous ne ferez pas sourdre plus de liquide à sa surface qu'il n'y en a ordinairement. C'est à peine si cette surface sera vernissée par une mince couche de liquide.

Prenez au contraire une érosion d'herpès, d'herpès solitaire dans le cas actuel, pressez-la entre vos doigts, et vous ferez sourdre à sa surface une gouttelette d'un liquide séreux, transparent, de couleur ambrée, analogue à la sérosité de certains eczémas. Essayez cette gouttelette, pressez de nouveau, vous ne tarderez pas à voir sourdre une nouvelle gouttelette de liquide. Essayez encore, puis pressez encore, nouvelle gouttelette. Et ainsi de suite. Ceci, Messieurs, vous ne l'observerez pas dans le chancre, dans la variété de chancre nain qui peut être confondue avec cette variété d'herpès solitaire chancreiforme.

(1) Dans plusieurs cas il a produit un engorgement ganglionnaire non douloureux, multiple, mais ne présentant pas peut-être la dureté spécifique de l'adénopathie du chancre infectant. Dans un cas, chez une femme de notre salle Saint-Côme, il a produit une adénopathie suppurée du pli inguinal droit.

Donc, dans le chancre, pas ou peu de suintement, ce suintement n'est pas exagéré par la pression, une fois essuyé, il ne se reproduit qu'avec la plus grande difficulté. Dans l'herpès, au contraire, suintement ; suintement bien plus abondant, augmenté par la pression et se reproduisant abondamment par la pression un grand nombre de fois. Vous pouvez vous-mêmes juger de la valeur de ce signe sur les malades que je fais passer devant vous.

Ce fait me semble pouvoir être interprété histologiquement de la façon suivante. Dans l'herpès, par suite de l'hyperémie neuro-paralytique, il y a œdème hyperémique localisé et plus ou moins accentué du derme, parfois de l'hypoderme, etc., dilatation vasculaire. Dans le chancre, rien de semblable, il y a néoplasme dur avec sclérose vasculaire parfois. Donc, dans l'herpès, lorsque vous comprimez la base de la lésion élémentaire, vous faites sourdre à la surface de l'érosion le liquide de l'œdème localisé du tégument, le suc de la lésion, si j'ose m'exprimer ainsi. Dans le chancre au contraire, rien de semblable, il n'y a pas de liquide d'œdème, il n'y a pas de suc que vous puissiez exprimer à la surface de la lésion, il n'y a qu'un néoplasme dur, résistant, incompressible et sans suc exprimable pour ainsi dire (1).

Parfois, Messieurs, ainsi que vous l'avez vu chez quelques malades de nos salles, l'œdème localisé du derme peut produire sous l'érosion herpétique, une sorte d'induration simulant de très près l'induration superficielle de certains chancres nains, induration dont la limitation peut très bien induire le clinicien en

(1) Lorsque le chancre syphilitique repose sur un tissu œdématisé, comme vous l'avez vu dans plusieurs cas de chancre du prépuce, le liquide de l'œdème suinte par l'érosion chancreuse. C'est là une cause d'erreur de diagnostic dont il faut se méfier, comme je vous l'ai déjà dit.

erreur. Mais si vous saisissez entre les doigts cette pseudo-induration de l'herpès vous arrivez, au bout de quelque temps, par une pression forte et prolongée à la malaxer, à la modeler pour ainsi dire entre vos doigts, à la déformer, à l'aplatir. Saisissez au contraire l'induration du chancre, serrez-la autant et aussi longtemps que vous voudrez, vous n'arriverez pas à la modeler, vous ne la déformerez pas. On pourrait donner à ces signes le nom de « *signes de l'expression du suc.* » Les signes précédents dont je viens de vous donner la raison anatomo-pathologique, sont applicables au diagnostic de tous les syphilômes avec certaines lésions de la peau pouvant les simuler, ainsi que je l'ai montré dans une note sur la nature et l'anatomie pathologique de l'érythème polymorphe publiée en avril 1884 à la Société anatomique. (*Progrès médical*, 1884).

Enfin, Messieurs, parfois la biopsie, en vous permettant de faire l'examen histologique de la lésion, vous sera d'une certaine utilité au point de vue du diagnostic différentiel. Remarquons en passant que, *contrairement à ce que nous avons vu pour le chancre simple, l'examen des produits de raclage de la surface de l'érosion ne pourra pas vous servir dans ce diagnostic différentiel.* Car, dans le chancre syphilitique gris, de même que dans l'érosion herpétique grise, il y a formation d'un réticulum épithélial par altération cavitaire à la surface de l'érosion.

Après cette longue étude, Messieurs, vous pourriez vous croire en droit de poser toujours d'une façon absolue le diagnostic du chancre. Eh bien, n'oubliez pas que le syphilôme primaire *singe* bien des lésions et que bien des lésions singent le syphilôme primaire. N'oubliez pas, surtout s'il s'agit d'un cas de médecine légale, que, ainsi que l'a bien dit Fournier, « on ne peut poser le diagnostic du chancre par le chancre. » Les caractères de l'adénopathie eux-mêmes ne suffisent pas non plus, comme nous le verrons, pour poser ce diag-

nostic. En un mot, méfiez-vous, et si l'on demandait de vous un certificat médico-légal, attendez avant de donner votre opinion l'explosion des accidents secondaires.