

apparaitre de nouveau avec tous ses caractères. Cette récidive du chancre a été niée par Ricord (*Leçons sur le chancre*, p. 143): « la cicatrice une fois faite le chancre ne se reproduit plus; si plus tard un nouveau chancre se montre sur le même point, on peut affirmer qu'il est le résultat d'une contagion nouvelle ». Elle a été cependant signalée, il y a longtemps déjà, par Hunter, puis étudiée d'une façon plus complète par Bassereau et surtout par Clerc (*Traité des maladies vénériennes*, page 72). Mais c'est surtout Fournier qui en a fait une description détaillée, à laquelle je vous renvoie pour les détails (Fournier, *Etude clinique sur l'induration syphilitique*; *Archives de médecine*, novembre 1877). Voici ce qui se passe: En général, une douzaine de jours après la cicatrisation complète du chancre, et le fait s'observe surtout au niveau des chancres à induration exubérante (Fournier), on voit le chancre s'ulcérer de nouveau. Dans certains cas même, on voit l'induration augmenter encore la cicatrice une fois faite. Cette ulcération présente tous les caractères de l'ulcération ou de l'érosion du chancre. C'est, comme l'ont dit à Fournier certains malades, le chancre qui revient. Selon Fournier, ce chancre redux serait un phénomène spontané. Dans quelques faits que j'ai observés, le traumatisme simple (coût exagéré) ou des irritations pathologiques (balanite eozémateuse) m'ont paru favoriser cette nouvelle érosion. Ce chancre redux peut être simplement érosif.

Dans d'autres cas, le syphilôme peut devenir non résolutif, s'ulcérer, et simuler même une véritable ulcération gommeuse. L'ulcération, dit Fournier, peut parfois « être nettement entaillée, présenter des bords

n° 68 de la salle Saint-Louis. Il a eu en 1875 un chancre infectant du frein suivi de syphilides, etc., en 1880 nouveau chancre? du gland. En mars 1882, chancrelle (inoculation positive) survenue exactement à la place du premier chancre.

nettement coupés à pic; elle figure comme une sorte de puits dans le noyau de l'induration... son fond est irrégulier, inégal, chagriné, vermoulu... Cette plaie sécrète un liquide sanieux plutôt que purulent, mal lié, diffluent et chargé de détritiques organiques»; plus loin, Fournier nous dit, page 525 « l'induration peut parfois se creuser au point de figurer une caverne au centre du noyau... » Comme cette description de Fournier rappelle la description de l'ulcère gommeux!

Dans ce que Fournier appelle chancre redux avec ramollissement profond de l'induration et dont j'ai vu il y a quelque temps un exemple remarquable, je trouve encore une analogie frappante avec la gomme, avec la gomme ouverte en écumoire, et dont les produits s'éliminent par de nombreux orifices.

Je ne veux pas insister davantage; il résulte des faits précédents auxquels je pourrais en adjoindre quelques-uns des plus curieux, dont je vous ai déjà parlé d'ailleurs, que, à la période dite primaire, le chancre redux peut être non résolutif et singer complètement la gomme; de même que le chancre infectant, que le premier syphilôme, ainsi que nous l'avons vu. La description du chancre dit redux est donc absolument comparable à celle du chancre infectant. Comme ce syphilôme primaire, le chancre redux peut être simplement érosif, résolutif. Comme lui, il peut dans certains cas être non résolutif et ulcéreux, et cela par nécrose partielle, ou par nécrose totale du néoplasme. Ces chancres redux peuvent se cicatriser plus ou moins vite. Ils durent parfois plusieurs septennaires. En général, ils ne sont pas accompagnés d'adénopathie ou l'adénopathie antérieure n'est pas augmentée par leur apparition. Ils peuvent être parfois successifs. Ils sont infectants.

Il se produit parfois, dans le voisinage du chancre cicatrisé, des indurations de voisinage ou satellites décrites par Fournier dans le mémoire précité. Tantôt elles ne sont que le développement et l'extension de proche

en proche de l'induration première. Ce sont les indurations envahissantes signalées par Ricord et étudiées par Rollet dans l'article Chancre du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, page 346. D'après la description de cet auteur, vous verrez qu'elles ne sont autre chose vraisemblablement que des lymphites indurées en plaques ou en cordons. Dans d'autres cas, elles se montrent à distance du premier chancre. Ces indurations sont indépendantes du chancre primitif. Elles siègent surtout au niveau du repli balano-préputial. Elles peuvent s'excorier et simuler à s'y méprendre un chancre érosif. Elles peuvent s'ulcérer et simuler un chancre ulcéreux par ramollissement partiel ou total du néoplasme. Elles peuvent se montrer quelques semaines après l'apparition du chancre; elles peuvent se montrer plus tard. Ce ne sont en somme, comme vous le voyez, que des syphilômes successifs chancriformes. Fournier a remarqué qu'elles coïncidaient constamment avec des lymphangites indurées. Ce ne sont donc peut-être que des syphilômes primaires lymphangitiques résolutifs ou non, analogues aux lymphangites gommeuses si bien étudiées par M. Verneuil et par mon maître Lailler. Vous en trouverez une description anatomique succincte dans les leçons de Cornil sur la syphilis, page 47, et dans un mémoire de Verson, publié en 1869 dans les *Archives de Virchow*.

Vous voyez donc encore que, dès le début de la syphilis, il peut se montrer des syphilômes non résolutifs pouvant singer la gomme dans ses divers aspects. Réciproquement je vous ai déjà dit et montré plusieurs fois que dans les périodes tardives de la vérole (périodes dites tertiaires) il peut survenir du côté des organes génitaux des syphilômes singeant à s'y méprendre le syphilôme primaire, le chancre. Ces syphilômes singent le chancre non ulcéré, le chancre érosif; ils sont résolutifs, ils restent secs, comme d'autres lésions cuta-

nées et muqueuses des périodes tardives de la syphilis d'ailleurs.

Je n'insiste pas davantage sur l'importance de ces faits dont vous avez pu voir de nombreux exemples dans nos salles. Ils vous montrent que le syphilôme primaire peut singer les syphilômes des périodes les plus tardives de la vérole, les gomme ulcérées; et que réciproquement dans les périodes les plus tardives de la vérole il peut se montrer des syphilômes résolutifs singeant à s'y méprendre le chancre. Ces faits sont d'une importance majeure au point de vue de la pathologie générale de la syphilis et viennent encore à l'appui de ce que je vous ai dit dans ma première leçon (1).

(1) Ces syphilômes auxquels je donne comme au chancre redux et à certaines indurations de voisinage le nom de *syphilômes chancriformes* ont été étudiés par Fournier (archives de médecine, 1868) et Hutchinson sous le nom de pseudo-chancre induré des sujets syphilitiques. Je propose l'expression de *syphilôme chancriforme*, car elle me paraît éviter toute erreur d'interprétation et indiquer de suite qu'il ne s'agit pas là de chancre véritable, mais de syphilôme simulant le chancre infectant et pouvant se montrer dans les périodes diverses de la syphilis et non pas seulement là où siègeait l'accident primitif. Qu'ils se montrent tôt ou tard, qu'ils se montrent là où siègeait le chancre infectant ou ailleurs, ce ne sont toujours que des « *syphilômes chancriformes*. » Je vous en parlerai plus longuement à propos des syphilides cutanées et muqueuses. Je vous en ai d'ailleurs déjà parlé souvent dans mes cliniques et vous savez que j'ai conseillé à l'un de mes élèves, M. Declercq, de faire une thèse sur ce sujet. (*Du syphilôme chancriforme*, thèse de Lille, 1885).

Ce pseudo-chancre induré des sujets syphilitiques ne s'ulcère pas primitivement. Dans cette variété de syphilôme chancriforme, l'érosion ou l'ulcération est secondaire à l'induration contrairement à ce qui se passe pour le syphilôme primaire, pour le chancre infectant. Cela tient peut-être à ce que, chez ce dernier, le virus a pénétré dans les tissus par inoculation, qu'il vient du dehors; tandis que dans les syphilômes chancriformes la lésion n'est certainement que la manifestation locale d'un état général, le virus vient du dedans. Chose curieuse et dont l'importance semble avoir échappé aux auteurs, l'apparition de cette variété de syphilôme chancriforme (pseudo-chancre induré des syphilitiques) coïncide

Le chancre syphilitique peut parfois être compliqué par la présence d'une chancresse ou chancre simple. C'est le *chancre mixte* décrit en premier par Rollet et dont vous avez pu, cette année, voir de beaux exemples dans notre salle des hommes (salle des vénériens). Ce chancre mixte peut tantôt se présenter sous forme d'un chancre infectant dont le centre est peut-être plus ulcéré et plus vermoulu. Tantôt, au contraire, il se présente sous forme d'une chancresse des plus caractéristiques qui évolue normalement sans rien présenter dans son évolution qui puisse faire songer à la vérole. Puis un beau jour cette chancresse, qui était même sur le point de se cicatriser, change d'aspect, elle s'indure, elle prend un aspect papuleux, le syphilôme primaire apparaît. Vous en avez vu l'année dernière un exemple intéressant chez le nommé F... (N° 38 du *Recueil d'observations*. Hommes.)

Le chancre mixte peut présenter les différents modes d'origine suivants : Ou bien les deux virus ont été déposés simultanément et, dans ce cas-là, ce sera le chancre simple qui se montrera d'abord et qui plus tard seulement prendra les caractères du chancre infectant. Ou bien il s'agit d'un chancre infectant contaminé par le virus du chancre simple, c'est un syphilôme pri-

souvent avec l'apparition d'autres manifestations syphilitiques : poussées de syphilides cutanées ou muqueuses, céphalée, et même parfois fièvre .. On dirait que le virus demeuré latent pendant une période plus ou moins longue annonce son réveil par l'apparition de ce syphilôme chancreiforme lequel est parfois suivi d'autres manifestations syphilitiques diverses. J'ai observé de ceci plusieurs exemples remarquables qui seront publiés dans la thèse de M. Declercq. J'ai vu ces syphilômes chancreiformes se montrer en plein traitement syphilitique. Vous concevez comment il se fait que ces syphilômes chancreiformes aient pu être pris pour de véritables chancres infectants et combien il faut se méfier des syphilômes chancreiformes dans les prétendues syphilis doublées. Remarquons en terminant que, dans ces syphilômes chancreiformes, une des principales causes d'erreur de diagnostic est leur *siège génital*.

maire chancrellisé. Ou bien ce peut être une chancresse sur laquelle le virus syphilitique aura été déposé, c'est la chancresse syphilitisée. N'oubliez pas que ce chancre mixte peut devenir phagédénique et que ce phagédénisme peut être grave comme le phagédénisme du chancre simple. Enfin n'oubliez pas qu'un chancre induré d'aspect vulgaire peut être un chancre mixte (Rollet). — Inoculez toujours dans le doute; ne vous absteniez pas (1).

(1) Vous avez vu il y a quelque temps l'utilité de cette inoculation des chancres syphilitiques au porteur, pratique que j'ai instituée dans mon service dans le but de reprendre les recherches de Clere, de Tarnowsky, etc. Vous avez pu voir que cette pratique nous ménage parfois des surprises, et qu'un chancre en apparence purement syphilitique peut être parfois un chancre mixte (n° 56 du *Recueil*).

DIXIÈME LEÇON.

SOMMAIRE. — *Chapitre III. — Du syphilôme primaire (chancre syphilitique). Suite. Diagnostic du chancre.* — (Leçon faite le 13 mars 1885). — *Diagnostic du chancre.* — A. Il faut chercher, il faut savoir trouver le chancre. — Deux cas à distinguer : a. Le chancre peut échapper par suite de sa situation même. Exemples. — b. Le chancre peut échapper parce qu'il est masqué par d'autres lésions. — Exemples. — B. Le chancre une fois vu, il faut le reconnaître, le diagnostiquer, et le distinguer d'autres lésions avec lesquelles il pourrait être confondu. — Le chancre peut être vu et ne pas être diagnostiqué. — Cela tient à son polymorphisme. Deux cas à distinguer : a. Ou bien c'est par suite de l'insignifiance des lésions qui constituent le chancre que le diagnostic peut être rendu difficile. Exemples. — b. Ou bien c'est par les caractères excessifs des lésions qui constituent le chancre (érosion ou ulcération, néoplasme) que le chancre peut induire le clinicien en erreur : Exemples. Conclusion : Il faut chercher le chancre partout et se méfier toujours. — C. Il ne faut pas prendre pour un chancre une lésion différente. — (Ce paragraphe est la réciproque et le complément du paragraphe précédent). — a. Diagnostic du chancre avec : un syphilôme quelconque. Une plaie quelconque indurée artificiellement. Un orifice induré d'abcès. — Ulcérations tuberculeuses, arsénicales. — Certaines affections furonculieuses ou anthracoides. — Mes périfolliculites conglomérées en placard. — Certaines folliculites des organes génitaux. — Certaines diabétides génitales. — Chancre acarien. — Vulvite érosive : Exemples divers. — b. Diagnostic du chancre syphilitique avec la chancelle. — Différences cliniques. — Différences anatomo-pathologiques. — Examen comparatif des produits de raclage de la surface des deux chancres (Importance diagnostique de cet examen histologique « *Signe du Raclage* »). — Du chancre simple papuleux. — Exemple. Importance de la connaissance de cette variété de chancelle. — Quelques mots sur l'inoculation du chancre simple et du chancre syphilitique. — Causes d'erreur possible. — Faux chancres d'inoculation au porteur de chancre syphilitique : Chaneroides, nature de ces

lésions. Comment interpréter ces faits bizarres ? Discussion. c. Diagnostic du chancre syphilitique avec l'herpès. — Tableau des caractères cliniques différentiels (Fournier). — Signes nouveaux et d'une grande utilité pratique à ajouter aux signes précédents : « *Signes de l'expression du suc* ». — Raisons anatomo-pathologiques de ces signes. Conclusion.

DIAGNOSTIC DU CHANCRE.

Nous arrivons maintenant à l'étude importante du diagnostic du chancre. Après ce qui précède, cette étude sera relativement courte. Toutefois, Messieurs, dans le diagnostic du chancre, pour ne pas commettre d'erreurs considérables, il faut avoir toujours présente à l'esprit la *possibilité* du chancre en quelque point du corps que se trouve la lésion, quel que soit l'aspect de cette lésion et chez quelque individu qu'elle se rencontre. En un mot, Messieurs, il faut toujours songer au chancre. Ici nous devons distinguer : il faut A. savoir trouver le chancre ; il faut B., le chancre une fois trouvé, ne pas prendre un chancre pour une lésion banale ou nullement syphilitique.

A. Je dis qu'il faut chercher, qu'il faut savoir trouver le chancre ; en effet, Messieurs, le chancre échappe souvent parce qu'il est caché. Et dans cette recherche, ainsi que vous le savez et ainsi que je vous le dirai encore dans ma leçon prochaine, l'adénopathie primaire est d'un grand secours. a. Dans certains cas le chancre est caché, larvé, par suite de son siège même. Ce peut être un chancre anal, urétral, du col de l'utérus, un chancre de la gorge, un chancre situé entre les orteils comme j'en ai publié un exemple curieux dont je vous ai parlé dans mes précédentes leçons. Pour éviter cette erreur de diagnostic dépendant du siège du chancre, vous n'aurez qu'à vous rappeler que le chancre peut siéger sur toute la surface légumentaire externe ou interne accessible à notre investigation. Vous devrez non seulement examiner vos malades des pieds à la

tête, mais les passer au spéculum, examiner l'anus, le nez, etc., dans leur profondeur. *b.* Dans d'autres cas, le chancre est masqué par d'autres lésions, il peut échapper, car on n'y songe pas, on *ne songe qu'à l'affection en apparence principale pour laquelle le malade vient vous consulter.* C'est ainsi que le chancre infectant peut être masqué par un intertrigo, comme vous l'avez vu il y a plusieurs mois à propos d'un chancre de l'anus; il peut être masqué par une balanite simple, un herpès plus ou moins confluent, une vaginite, des chancres simples, etc. etc. Vous voyez souvent venir dans notre salle des filles publiques (Saint-Côme) et parfois même dans nos autres salles des femmes (Saint-Henri), et dans nos salles des hommes, des malades qui constituent de véritables musées pathologiques, de véritables « hommes orchestres » de la dermatosyphiligraphie; ils ont la gale, des pous, de l'herpès, une vaginite ou une chaudepisse, de l'intertrigo purifluent, etc., etc. Et... le chancre infectant se trouve comme noyé au milieu de toutes ces lésions. Le phimosis simple ou inflammatoire vient encore souvent cacher des chancres infectants, et il sera parfois nécessaire d'attendre la résolution de l'inflammation avant de poser un diagnostic certain. Vous en avez sous les yeux un bel exemple. En un mot, Messieurs, il faut toujours chercher derrière la lésion apparente et ne pas voir qu'une seule lésion.

B. Lorsque le chancre est vu, si vous vous rappelez bien les symptômes du chancre tels que je vous les ai décrits, si vous cherchez l'adénopathie caractéristique dont nous reparlerons, en général vous ferez le diagnostic. Mais dans certains cas le chancre peut être vu et ne pas être diagnostiqué. Cela tient à son *polymorphisme.*

Ici nous devons encore distinguer deux cas : *a.* ou bien c'est par suite de l'insignifiance de la lésion que ce diagnostic est rendu difficile. C'est un chancre minus-

cule, un bobo insignifiant et alors on le confond avec une érosion simple, une écorchure, une balanite (comme cela arrive souvent pour le chancre maculeux de Besnier et Doyon). On le prend pour une érosion herpétique, pour un petit chancre simple, pour un aphte, nous y reviendrons. On a pris ces chancres pour de simples fissures à l'anus (Ricôrd, lettres sur la syphilis), pour une simple ophthalmie, pour une ulcération dentaire (Capuron), pour une brûlure légère (vous avez vu que le chancre labial de la tireuse de seins qui a été la cause de la terrible épidémie syphilitique de Tourcoing avait été pris par cette femme pour une simple « échaudure de pommes de terre. ») Dans certains cas ce chancre peut simuler une minuscule plaque argentée, une plaque des fumeurs par exemple. R. W. Taylor (communication au congrès de l'association dermatologique américaine, 30 août 1883) a publié une note intéressante sur l'aspect particulier que peut prendre le chancre induré tout à fait au début de son développement. Dans ces cas, le chancre n'était autre chose qu'une tache grande comme deux têtes d'épingle, d'aspect argenté, non surélevée, sans fissure ni relief, même à la loupe. Il semblait que le malade eût été cautérisé légèrement à ce niveau au moyen d'un crayon de nitrate d'argent. (Mon ami le D^r Boeck, de Christiania, a observé aussi cette lésion comme début du chancre induré). Plus tard, la tache argentée s'étendit dans les deux cas de Taylor : au bout de quelques jours on vit survenir l'induration, puis l'adénopathie et enfin six semaines après, la roséole. Méfiez-vous donc des lésions planes, petites, argentées, simulant une minuscule cautérisation au nitrate d'argent (1).

(1) Je me demande si, dans ces cas de Boeck et de Taylor, le virus à ce moment n'avait pas un siège presque uniquement épithélial. Je dois rapprocher cette forme du syphilôme argenté, des syphilômes argentés minuscules ou superficiels absolument semblables d'aspect que je vous ai montrés chez quelques-uns de nos malades à la face

b. Parfois, au contraire, c'est par les caractères excessifs de son érosion, de son ulcération ou de son néoplasme, que le chancre peut induire le clinicien en erreur. Dans ces cas-là, le syphilôme primaire a été assez fréquemment pris pour une tumeur maligne. Ricord, dans ses lettres sur la syphilis, nous raconte avoir été appelé en consultation pour amputer une verge atteinte d'un prétendu épithélioma que quelques pilules de proto-iodure firent rapidement disparaître. Mon ami le Dr Merklen a publié l'observation d'un chancre de l'amygdale simulant un épithélioma de cette région. Hue (*France médicale* 1883) a publié un cas analogue. J'ai vu en 1882, dans le service du professeur Fournier, un chancre papulo-hypertrophique de la lèvre supérieure tellement considérable, qu'un médecin le prit pour une tumeur maligne et proposa à la malade de lui enlever cette prétendue tumeur. La malade refusa parce que ses moyens ne lui permettaient pas de faire pratiquer cette opération. Le chirurgien lui demandait 100 francs. J'ai vu en 1880, quand j'étais interne de mon regretté maître Maurice Raynaud, un chancre de l'amygdale pris pour une angine diphthéritique. Mon ami le Dr Brocq a publié dans la thèse de Pivaudran (Paris 1884) l'observation d'un chancre de l'amygdale pris pour une amygdalite gangreneuse.

Je possède l'observation d'un malade que j'ai suivi en mars 1884, dans le service du professeur Fournier, atteint d'un chancre de la commissure palpébrale de l'œil droit, chancre large environ comme une pièce de 50 cent., à base fortement indurée. Ce chancre fut pris par un chirurgien distingué pour une fistule lacrymale. Cette prétendue fistule fut incisée et cautérisée par le chirurgien! Enfin ces chancres ont pu être pris pour des chan-

inférieure de la langue. Mais ici il s'agissait de syphilômes de la période dite secondaire. Le diagnostic était impossible. Ici encore le syphilôme singe le chancre.

crelles, pour des gommés ulcérées ou non, etc., etc. Je n'en finirais pas si je voulais énumérer les lésions diverses et variées avec lesquelles le chancre a pu être confondu. Donc, Messieurs, cherchez le chancre partout et méfiez-vous toujours.

C. Réciproquement, Messieurs, il ne faut pas prendre pour un chancre une lésion différente, car bien des lésions peuvent simuler le chancre. En vous signalant quelques-unes d'entre elles, je vous indique que l'erreur inverse peut être commise et ce paragraphe est donc la réciproque et le complément du paragraphe précédent. a. Des syphilômes quelconques peuvent être pris pour un chancre, surtout lorsqu'ils siègent aux organes génitaux. Les syphilômes survenant n'importe à quel âge de la vérole peuvent singer le chancre. Je n'y insiste pas, je vous en ai suffisamment parlé plus haut à propos des syphilômes chancreiformes. Vous avez vu dernièrement à notre polyclinique qu'une érosion simple de la rainure balano-préputiale, indurée par suite de cautérisations intempestives, peut simuler à s'y méprendre un chancre infectant et que, dans ces cas-là, il faut savoir attendre avant de pouvoir poser un diagnostic. Je possède l'observation d'un malade vu par moi en octobre 1883 dans le service du professeur Fournier, lequel portait, au niveau de la 7^e vertèbre cervicale, une plaie simple de la largeur d'une pièce de 20 sous, consécutive à des frottements continuels par des fardeaux qu'il portait sur la partie supérieure du dos et du cou. Or, l'ulcération de cette plaie simple rappelait à s'y méprendre une ulcération de chancre cutané et ce qui venait encore rendre le diagnostic plus difficile, c'était la présence d'une chaîne de ganglions présentant tous les caractères des ganglions de la période primaire et qui se rendaient au triangle sus-cavulaire. Le professeur Fournier lui-même hésita pendant quelques jours. D'après Zeissl la plaie qui est consécutive à l'opération de la circoncision pourrait parfois simuler

l'accident primitif de la syphilis. Vous comprenez l'importance de ce fait.

Je vous ai montré, il y a quelques mois, dans notre salle Saint-Côme, des orifices indurés d'abcès vulvaires, périvulvaires, et de la glande vulvo-vaginale, qui auraient pu être pris, à un examen superficiel, pour un chancre infectant. Tout récemment encore, je vous ai montré chez une malade de la salle Saint-Henri un orifice ulcéré d'abcès péri-anal qui simulait tellement un chancre infectant que le diagnostic ne put être porté que quelques jours après. Cette lésion a été moulée par M. Havrez (n° 89 du Recueil d'observation. Femmes.)

On a vu des ulcérations tuberculeuses de la langue et de la verge simuler un chancre infectant (Jullien). Vous savez que, dans le cours de l'intoxication arsenicale, il peut survenir des ulcérations au niveau des organes génitaux qui simulent à s'y méprendre des chancres infectants ou des papules érosives. Ces ulcérations ont été étudiées par Blandet et surtout par Bazin (affections cutanées artificielles, 1862, page 64), mais ces chancres arsenicaux, comme on les a appelés, ne s'accompagnent pas d'adénopathie; ils sont multiples, et coïncident avec d'autres éruptions plus ou moins caractéristiques. Certaines affections furonculeuses ou anthracoides de la peau peuvent parfois également singer le syphilôme primaire. Bazin et Mauriac en ont publié des exemples.

Certaines variétés de périfolliculites conglomérées de la peau constituant une forme spéciale de dermite dont j'ai le premier donné la description clinique et anatomique (H. Leloir, *Annales de dermatologie*, 1884, sur une variété particulière de périfolliculites conglomérées en placard) ont pu parfois présenter une certaine analogie avec le chancre infectant.

Je vous présente un malade qui porte sur le prépuce, à sa surface cutanée, une lésion folliculaire d'une glande sébacée, lésion qui présente une certaine ana-

logie avec un chancre infectant ecthymateux. M. Havrez en a fait l'excellent moulage que voici (n° 117 du Recueil d'observations hommes).

J'ai observé, il y a quelque temps, chez un de mes clients que je soignais pour un diabète, une ulcération assez profonde de la rainure balano-préputiale qui reposait sur un véritable néoplasme, sur une véritable induration du volume d'une noisette et qui aurait pu parfaitement être prise pour un syphilôme ulcéré, n'était sa longue durée, son évolution spéciale et l'absence d'adénopathie. Le professeur Verneuil, auquel je menais ce malade pour le faire opérer par lui, me dit avoir observé parfois des indurations analogues chez des diabétiques. J'opérais ce malade avec le professeur Verneuil et l'examen histologique de la callosité enlevée me montra que j'étais en présence d'une tumeur présentant les caractères histologiques de certaines kéloïdes de la peau. Je n'insiste pas sur cette observation intéressante dont je vous ai déjà parlé d'ailleurs.

Comme le disent très bien Besnier et Doyon dans leurs annotations à la traduction de Kaposi: « En divers points, notamment à l'aréole du mamelon et au pénis, l'irritation acarienne se propage au réseau vasculaire superficiel du derme, au point de produire de véritables indurations, lesquelles peuvent s'ulcérer (chancre acarien) et simuler des chancres syphilitiques (chancres nains). » Vous en avez vu de beaux exemples dans mon service, mais vous avez vu aussi que la présence d'autres lésions de la gale, mon signe de l'expression du suc, l'absence d'adénopathie ou, lorsque celle-ci existe, son caractère inflammatoire, etc., permettaient toujours de poser le diagnostic. Ce diagnostic peut être parfois rendu un peu plus difficile lorsque l'on se trouve en présence de la gale aprurigineuse, forme de gale qui n'est pas aussi rare qu'on le pense. (Cette variété de gale a été bien décrite dans une thèse que j'ai inspirée à mon

élève et ami le D^r Jouanaud : *De la gale aprurigineuse*, Paris, 1883).

Dans les cas précédents, un examen minutieux permettra le plus souvent de trouver dans les caractères propres de la lésion et dans l'adénopathie concomitante, si celle-ci existe, des caractères différentiels. Mais il est des cas où le diagnostic est impossible, puisque des syphiligraphes des plus éminents ont pu se tromper. C'est ainsi que Fournier nous raconte, dans ses leçons sur la syphilis chez la femme, avoir été commissionné avec le D^r Bergeron pour examiner une petite fille considérée comme ayant été victime d'un attentat à la pudeur et infectée pendant cet attentat. Cette petite fille portait à la vulve une lésion que Fournier et Bergeron, après un examen minutieux, considérèrent absolument comme un chancre infectant. Heureusement, ils refusèrent de donner un certificat, et l'évolution ultérieure de l'affection leur démontra ensuite qu'ils étaient en présence non pas d'un chancre infectant, mais d'une forme particulière de vulvite érosive.

Je termine cette étude du diagnostic du chancre par son diagnostic différentiel avec deux affections qui souvent sont confondues avec lui et dont le diagnostic est parfois des plus difficiles. Je veux parler du diagnostic du chancre infectant avec le chancre simple (chancrille) et avec l'herpès.

b. Diagnostic avec le chancre simple. — Laisant de côté les signes diagnostiques tirés de ce fait que le chancre simple ne siège pour ainsi dire jamais à la tête, laissant de côté les signes tirés de l'évolution ultérieure de la lésion, de la confrontation, je mets devant vos yeux le tableau suivant tiré des leçons de Fournier sur la syphilis chez la femme, tableau dans lequel les caractères différentiels du chancre simple et du chancre infectant sont admirablement résumés.

	<i>Chancre simple.</i>	<i>Chancre syphilitique.</i>
I. Nombre de lésions.	Presque toujours multiple, souvent même confluent ;	Souvent unique, rarement multiple, jamais confluent ;
II. Physionomie de l'ulcère.	1 ^o Ulcère vrai ; creux, excavé ;	1 ^o Lésion habituellement plate, souvent élevée et papuleuse ; rarement ulcéreuse ;
	2 ^o Bords à pic, abrupts, décollés ;	2 ^o Pas de bords, contour adhérent, souvent élevé en couronne ;
	3 ^o Fond inégal, anfractueux, vermoulu ;	3 ^o Fond lisse, verni, luisant, irisé ;
	4 ^o Teinte jaunâtre, d'un ton clair, animé ;	4 ^o Teinte grise ou rouge (chair musculaire), d'un ton sombre, foncé ;
	5 ^o Sécrétion abondante de pus véritable.	5 ^o Sécrétion minime, séro-sanieuse plutôt que purulente.
III. Etat de la base.	Base molle ou ne présentant qu'une rénitence inflammatoire diffuse.	Base indurée à des degrés divers.
IV. Ganglions.	Pas de bubon ou bubon inflammatoire (simple ou chancrille).	Bubon constant (indolent, non inflammatoire, le plus souvent poly-ganglionnaire).
V. Criterium expérimental.	Pus inoculable au malade.	Pus non inoculable au malade.

Selon moi, on peut ajouter à ces signes différentiels que le chancre infectant n'est pas transmissible (jusqu'ici tout au moins) aux animaux, tandis que la chancrille peut être transmise à certains animaux, bien que avec difficulté d'ailleurs. En outre, dans certains cas, je pense que l'examen histologique des produits de raclage de la surface de la région peut être d'une certaine utilité au point de vue du diagnostic. S'il s'agit d'un chancre infectant à érosion grise, diphthéroïde, vous trouverez, ainsi que je vous l'ai montré dans les produits de raclage, des débris de fausses membranes

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 chancelle, 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 chancelle 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, Bidekap, 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 unioistes. 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'ecchyma 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'ecchyma 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.

	1° Pas de retentissement ganglionnaire ;	1° Adénopathie constante (indolente, dure, persistante, généralement poly-ganglionnaire) ;
Trois signes différentiels presque constants.	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 ;
	1° Limitation rapide ;	1° Limitation moins rapide ;
Evolution.	2° Cicatrisation hâtive ;	2° Cicatrisation plus lente (en général).
	1° Lésion prurigineuse (ardeur, feu local au début) ;	1° Lésion absolument indolente, aprurigineuse ;
Signes non constants, de valeur moindre.	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