

duré longtemps « sans vouloir se cicatriser »; qu'elle l'avait considéré comme « un panaris », comme une insignifiante « tourniole », et ne s'en était pas occupée davantage. Elle se rappelait aussi que, quelque temps avant d'être affectée de ce mal, elle avait accouché deux femmes syphilitiques, dont l'une notamment « avait la vulve toute couverte de boutons ulcérés au moment du travail », etc. Bref, ce soi-disant panaris, cette prétendue tourniole n'avait été rien autre qu'un chancre, et bien manifestement la malade avait reçu l'infection *par le doigt*. L'origine de cette syphilis se trouvait donc ainsi découverte, mais découverte comment? Grâce au bubon qui avait, pour ainsi dire, dénoncé le chancre digital.

N'est-ce pas encore le bubon qui, très souvent, a mis sur la piste de certains autres chancres à localisation insolite, bizarre, inattendue, et qui a permis d'en affirmer le véritable caractère? Sans lui, combien de ces chancres seraient restés méconnus! A preuve, entre mille autres, le cas suivant, que j'emprunterai à Ricord :

Un jeune docteur présentait une roséole et quelques autres symptômes attestant une syphilis récente. Il soutenait toutefois n'avoir jamais eu de chancre. Et, en effet, ses organes génitaux étaient sains, ses aines étaient exemptes de tout engorgement suspect, etc. Piqué au vif par ce cas extraordinaire qui semblait faire échec à ses doctrines, M. Ricord demanda à ce confrère de se laisser examiner complètement; il se mit alors « à la chasse des ganglions », et découvrit sous l'un des côtés de la mâchoire une glande olivaire, dure, indolente, aphlegmasique. Nul doute; un chancre devait avoir passé dans les environs. Renseignements pris, il se trouva en effet que le malade avait été affecté quelques semaines auparavant d'un bouton érosif de la joue, bouton dont on retrouva la macule encore indurée dans les favoris. Ce bouton donc n'avait été qu'un chancre, cela n'était pas contestable. Or, ce chancre, quel indice l'avait révélé? Encore et toujours le bubon.

*A fortiori*, le bubon est-il un signe indispensable pour permettre de soupçonner d'abord, puis de diagnostiquer ensuite certains chancres de siège encore plus insolite, tels que les chancres des paupières, de la conjonctive, du front, des oreilles, du cuir chevelu, du cou, du thorax, de l'abdomen, des membres, etc., etc.

De là, finalement, ce précepte majeur pour la pratique :

Étant donnée une syphilis récente à exorde ignoré, c'est-à-dire à chancre resté inaperçu du malade et récusé par lui, rechercher ce chancre, et le rechercher surtout *de par les ganglions*; « faire la chasse aux ganglions, courir sus aux ganglions », comme disait Ricord. Car, ajoutait encore ce maître, « l'adénopathie est pour le chancre l'effet qui suit la cause. Eh bien, remontez à la cause par l'effet; remontez au chancre par le bubon... Le bubon est le fil d'Ariane qui permet de retrouver la porte d'entrée de la vérole ».

## DIAGNOSTIC GÉNÉRAL DU CHANCRE.

Le diagnostic du chancre comporte un si haut intérêt pratique qu'il convient d'y faire collaborer tous les éléments séméiologiques susceptibles d'y apporter quelque lumière.

Or, des éléments d'ordres divers et de secours très inégal peuvent fournir leur contingent à ce diagnostic. On en compte *cinq*, qui, pour les citer tout d'abord, sont les suivants :

- 1° Caractères cliniques du *chancre* ;
- 2° Caractères cliniques du *bubon satellite* ;
- 3° Données fournies par l'*incubation* ;
- 4° Données fournies par l'*inoculation* ;
- 5° Données fournies par la *confrontation*.

Je n'ai pas à dire, tant cela est manifeste, que, de ces cinq ordres de signes, les deux premiers sont, et de beaucoup, les plus importants. Car ce sont eux qui ne font jamais défaut, qui se présentent les premiers à interroger, qu'on a *illico* sous les yeux et sous les doigts, etc.; ce sont, d'ailleurs, bien souvent les seuls utilisables pour le diagnostic. Les trois autres, par rapport à ceux-ci, ne méritent que d'être appelés *auxiliaires*. Cependant, ils ne laissent pas de fournir un précieux appoint en quelques circonstances, et ce n'est qu'au préjudice du malade qu'on négligerait de profiter des renseignements qu'ils peuvent fournir. — Précisons.

I. — Le chancre, tout naturellement, concourt à son propre diagnostic par ses caractères personnels. Or, de ces caractères, ceux qui le signalent le mieux à l'attention, ceux qui attestent le plus sûrement sa qualité de chancre syphilitique, sont les cinq suivants, que je rappellerai seulement ici d'une façon sommaire, les ayant décrits *in extenso* dans ce qui précède.

Dans sa symptomatologie la plus classique, le chancre est ceci :

- 1° Une *petite lésion bien circonscrite, érosive* plus souvent qu'ulcéreuse ;
- 2° Érosion *plane, sans bords en entamure*, et se continuant de plain-pied avec les tissus voisins ;
- 3° Érosion *lisse et unie* de fond ;
- 4° Érosion le plus souvent ou *grise*, ou d'un *rouge chair musculaire* presque caractéristique ;
- 5° Érosion doublée à sa base par une assise rénitente, offrant tel ou tel type de l'*induration* dite *nodulaire* ou *lamelleuse*.

Ces cinq attributs (auxquels on peut encore ajouter l'*unicité* habituelle de la lésion) constituent l'ensemble caractéristique du chancre dans ses formes les plus communes. Aussi bien toute érosion, toute ulcération réalisant ce type sera-t-elle par cela même fortement suspecte de caractère chancreux. Mais, par cela seul, pourra-t-elle être déclarée chancre? Non, car il n'est pas impossible que tout cet



ensemble séméiologique, voire avec sa quintuple série de signes, soit éventuellement simulé de tous points par une lésion vulgaire, banale, n'ayant quoi que ce soit de commun avec la syphilis. Donc, même sous cette forme, même avec la réunion complète de tous les signes qui précèdent, une lésion ne saurait sûrement être réputée chancre; besoin est, pour l'affirmation de ce diagnostic, d'autres éléments que nous allons dire.

II. — Le *bubon* constitue par excellence le complément du diagnostic en question. Il confère à ce diagnostic un secours puissant, pour le confirmer ou l'infirmier.

Sans contestation possible, le bubon satellite est *le meilleur signe du chancre*. Il vaut mieux que le chancre pour le diagnostic du chancre, et cela pour diverses raisons :

1° Parce qu'il constitue un *symptôme constant* de l'infection syphilitique primitive. Rappelons encore le mot de Ricord : « Le bubon est au chancre ce que l'ombre est au corps; il le suit comme l'ombre suit le corps. »

2° Parce qu'il offre une triade de signes facilement appréciables, moins sujets que ceux du chancre à modifications ou défaillances; à savoir ceux d'une adénopathie froide, aphlegmasique et indolente; — d'une adénopathie dure et spécialement dure; — d'une adénopathie généralement polyganglionnaire (pléiade). Le chancre peut n'avoir que des caractères presque insignifiants comme forme, comme couleur, comme bords, comme base, etc.; tandis que, presque invariablement, le bubon satellite se présente mieux formulé, plus semblable à lui-même, en un mot plus accusateur, plus révélateur.

3° Parce qu'enfin le bubon est plus durable que le chancre, avec l'ensemble des attributs qui lui servent de caractéristique. Son propre même est de survivre au chancre, qu'il atteste encore d'une façon posthume, alors que ce chancre n'est plus.

Aussi bien, je ne crains pas de le répéter, le bubon est-il supérieur au chancre en tant qu'élément séméiologique de l'infection syphilitique primitive. Son rôle, au point de vue diagnostique, est tout à fait de premier rang.

Réunis et combinés, les deux ordres de signes qui précèdent composent ce qu'on peut appeler le diagnostic *pratique* du chancre. Pratiquement, en effet, c'est à ces deux ordres de signes qu'on s'en réfère toujours pour instituer le diagnostic du chancre; et généralement on s'en tient là, quitte, en cas de doute, à attendre pour un jugement définitif l'invasion ou la non-invasion des accidents secondaires. Or, ce n'est que justice de reconnaître que cet ensemble séméiologique est *suffisant*, pour la très grande majorité des cas, à fixer le diagnostic, c'est-à-dire à déterminer s'il s'agit ou non d'un accident primitif de syphilis. Je n'hésite pas à le déclarer suffisant dans une proportion de dix-huit à dix-neuf fois sur vingt.

Toutefois, d'une façon non moins certaine, il reste *insuffisant* dans un certain nombre de cas. Et cela, tout naturellement, par absence de caractères dûment formulés de la part du chancre et du bubon.

Exemples: Le chancre, d'abord, peut avoir été modifié, altéré comme physionomie par l'intervention de topiques, par des cautérisations, etc. D'autre part, même indépendamment de toute circonstance surajoutée, il peut se présenter dépourvu de la plupart, voire de la totalité de ses attributs habituels. C'est là le chancre dit *sans caractères* (1), très remarquable précisément par ses attributs négatifs, chancre s'offrant sous le masque d'une plaie vulgaire et véritablement méconnaissable sous cette forme. — De même, en second lieu, l'adénopathie satellite peut n'être que pauvrement formulée et peu significative. Il n'est pas impossible non plus que, même normale, elle se dérobe, c'est-à-dire qu'elle ne soit qu'imparfaitement accessible, voire qu'elle soit inaccessible à l'exploration, comme chez les sujets obèses où la surabondance des tissus graisseux empêche de percevoir le moindre ganglion inguinal.

En de telles conditions, on le conçoit de reste, le diagnostic du chancre basé sur l'objectivité du chancre et sur le bubon satellite devient plus que difficile, devient *impossible* pour certains cas.

Eh bien, c'est dans les cas de cet ordre que quelques autres éléments de diagnostic peuvent être appelés à la rescousse et fournir parfois d'utiles données. Quels sont-ils donc? Les voici :

1° **Signes tirés de l'incubation.** — Nous savons par ce qui précède: 1° que le chancre syphilitique incube toujours, invariablement, fatalement; — 2° que la durée usuelle de son incubation affecte une moyenne de trois à quatre semaines, avec un minimum possible, mais rare, d'une quinzaine de jours et un maximum possible, mais rare, de sept à huit semaines.

De là cette notion fournie au diagnostic: *Si la lésion à déterminer s'est produite soit en deçà soit au delà des limites usuelles de l'incubation du chancre syphilitique, c'est bien sûrement qu'elle n'est pas un chancre syphilitique.* Elle est ceci ou cela, n'importe, mais elle n'est pas un chancre.

Or, en pratique, il est des cas auxquels cette notion est applicable, de façon non pas à fixer le diagnostic, mais à exclure la possibilité du chancre, ce qui est le point essentiel par excellence. Exemple du genre :

Un jeune officier vient me trouver, très anxieux, à propos d'une lésion de la verge que certains médecins ont considérée comme un chancre simple, mais que d'autres ont diagnostiquée chancre syphilitique. Il me raconte son histoire, qui se résume en ceci: Il

(1) V. A. FOURNIER, *Leçons cliniques sur la syphilis chez la femme*, 2<sup>e</sup> édit., p. 109.



revient d'un long voyage qui a duré quatre à cinq mois et pendant lequel il a été « absolument vertueux ». Mais, de retour à Marseille, il s'est largement « dédommagé » le premier jour de son débarquement, et c'est *quatre jours* après (sans erreur) qu'a débuté la lésion pour laquelle il réclame mon avis. Eh bien, avant même d'avoir examiné cette lésion, j'étais autorisé à répondre à mon client ce que je lui répondis, à savoir : « Je ne sais encore ce qu'est la lésion que vous allez me montrer ; mais déjà je sais qu'elle n'est pas, qu'elle *ne peut être* un chancre syphilitique, car le chancre syphilitique ne se manifeste jamais quatre jours après un coït. » Et, en effet, l'événement me donna raison ; il ne s'agissait que d'un chancre simple.

De même, une lésion éclore à très longue échéance (trois mois, par exemple) au delà d'un rapport suspect ne saurait être un chancre syphilitique, ce chancre ayant toujours (sauf exceptions des plus rares, voire encore problématiques) une incubation beaucoup moins longue.

Seulement, ce signe emprunté à l'incubation n'est valable qu'à une condition formelle, expresse, *sine qua non*, à savoir : possibilité d'une détermination précise de l'incubation. Il faut et il faut absolument que le malade puisse dire d'une part : « Je me suis exposé à telle date ; mais antérieurement à cette date je ne m'étais pas exposé depuis un temps plus ou moins long (deux mois au minimum) » ; — et, d'autre part : « Je me suis exposé à telle date, mais depuis lors je n'ai plus encouru aucun risque. » Or, cette double condition ne se rencontre que d'une façon peu commune. De sorte que le signe en question n'est que rarement utilisable pour le diagnostic. Ce qui n'empêche qu'en circonstances propices il ne puisse rendre au médecin et au malade (comme dans le cas précité de mon jeune officier) le plus utile service, *en excluant la possibilité même du chancre syphilitique*.

2° **Signes tirés de l'auto-inoculation.** — L'auto-inoculation (la seule en cause ici, l'hétéro-inoculation étant immorale et délictueuse) n'est susceptible en l'espèce d'éclairer le diagnostic que sur un point, et voici comment :

Un caractère majeur du chancre syphilitique est de répondre *négativement* à l'auto-inoculation, c'est-à-dire de *ne pas déterminer un second chancre syphilitique par auto-inoculation de son propre pus*. En cela ce chancre diffère absolument du chancre simple, lequel, on le sait, répond toujours à l'auto-inoculation par la production d'un nouveau chancre simple.

Et, en effet, l'expérimentation est formelle en l'espèce. Des milliers de fois elle a démontré ceci : que, si l'on vient à inoculer un sujet affecté d'un chancre syphilitique *adulte, pleinement confirmé*, avec le pus de son propre chancre, cette inoculation reste *stérile*,

c'est-à-dire ou bien ne produit aucun phénomène local, ou bien ne donne lieu qu'à des lésions banales qui n'ont rien de commun avec le chancre syphilitique.

Nulle contradiction possible à ce sujet. Car, je le répète à dessein, ces expériences d'auto-inoculation du chancre syphilitique ont été répétées à satiété par tous les syphiligraphes, dans tous les pays du monde, dans toutes les conditions imaginables, et toujours (sauf exceptions rarissimes que je préciserai dans un instant) elles ont abouti au résultat que je viens de dire. Pour ma seule part, j'en pourrais citer plus d'un millier, et je déclare que *je n'ai jamais abouti (pas même une seule fois) à créer un chancre syphilitique par l'auto-inoculation d'un chancre syphilitique*.

Cependant quelques faits inverses ont été produits. Il n'est pas vrai, a-t-on dit, que toujours et dans toutes les conditions possibles l'auto-inoculation du chancre syphilitique reste stérile. Quelquefois elle est *productive* ; quelquefois elle donne lieu à telles ou telles lésions ; et il n'est même pas impossible qu'elle détermine un véritable chancre syphilitique.

Exposer ici les faits en question, pour les soumettre ensuite à la critique individuelle qu'ils réclameraient, serait sortir du cadre de cet ouvrage. Ce travail, du reste, a été accompli, et de main de maître, par un de mes anciens chefs de clinique, le D<sup>r</sup> Hudelo, dans un long et remarquable mémoire dont je ne saurais assez recommander la lecture (1). Je me bornerai à résumer le débat en disant ceci :

Oui, il est vrai que parfois l'inoculation du chancre syphilitique, au lieu de rester (comme c'est le cas de beaucoup le plus usuel) absolument stérile, a déterminé quelques lésions locales. Mais *quelles ont été ces lésions ?* Or, il me semble qu'on peut les ranger sous quatre chefs, de la façon suivante :

1. Tantôt, et le plus souvent, elles ont consisté en de simples pustules furonculoïdes, se produisant sans incubation, n'atteignant qu'un développement minime, s'encroûtant bientôt, puis se fanant et disparaissant à brève échéance. Or, quoi de spécial à cela ? D'autant que ces pustules ont été surtout observées dans les cas où le pus d'inoculation avait été emprunté à des chancres suppuratifs, inflammatoires, artificiellement irrités par la cantharide ou la poudre de sabine. Impossible de voir là autre chose que de petits phlegmons cutanés, dus à l'insertion dans le derme de matières purulentes, et plus ou moins septiques, sans doute infectées par divers microbes.

2. Tantôt, mais bien plus rarement, on a eu affaire à des lésions ulcéreuses, rappelant l'aspect d'un chancre simple, à des « chancroïdes ». N'est-ce pas alors que la matière inoculée provenait ou bien d'un chancre simple (réputé syphilitique par erreur) ou bien

(1) De l'immunité syphilitique, *Annales de dermat. et de syphiligr.*, 1891, p. 353.