

d'un chancre mixte, c'est-à-dire d'une lésion contenant à la fois et le virus du chancre syphilitique et le microbe du chancre simple ?

3. D'autres fois on a vu succéder à l'inoculation « des lésions papuleuses, papulo-écailleuses, papulo-croûteuses, papulo-érosives, tuberculeuses », etc., dont la description rappelle absolument la physionomie de lésions syphilitiques secondaires. Eh bien, en effet, c'étaient là, suivant toute vraisemblance, des lésions secondaires, développées *in situ* sous l'influence d'une excitation traumatique ou septique. Ne voit-on pas fréquemment des lésions secondaires apparaître (même prématurément quelquefois) à la suite et par le fait d'irritations cutanées? Quoi de plus commun, par exemple, que de constater aux environs d'un chancre mal pansé, dont le pus baigne les parties voisines, des érosions ou des papules secondaires? Un vésicatoire n'en fait-il pas autant quelquefois à la même période de la maladie, en suscitant à sa surface une germination de papules ou d'autres lésions spécifiques ?

4. Enfin — et ceci est le point majeur — il semble peu contestable que l'auto-inoculation du chancre syphilitique ait déterminé quelquefois de véritables chancres syphilitiques. Quand on lit certaines observations (telles, par exemple, que celles du Dr Pontoppidan), il semble vraiment difficile de récuser la qualité de chancres à des lésions qui se sont produites après une certaine incubation (généralement un peu courte, à la vérité), qui se sont formulées sous l'aspect de papules rouges, « écailleuses, excoriatives ou croûteuses », qui ont acquis parfois le volume « d'une petite fève », qui se sont doublées d'une « induration » comparable à celle du chancre, qui ont laissé après elles des cicatrices dures, rougeâtres, ardoisées, etc., etc. Certes, un tel ensemble est bien suggestif, sinon démonstratif, en faveur de la qualité chancreuse des dites lésions.

D'autre part, une remarque s'impose. C'est que, dans l'ordre des cas en question, toujours (à ne parler que des plus probants) la réinoculation a été obtenue avec du pus de chancres encore *jeunes*, petits, récents. D'où cette induction, que le chancre devrait à son jeune âge la faculté de réinoculation. Jeune, a-t-on dit, le chancre peut encore s'inoculer, parce que l'organisme n'est pas encore protégé contre une infection nouvelle par une infection acquise et généralisée. Adulte ou vieilli, il n'est plus inoculable, parce qu'alors l'organisme se défend contre une infection nouvelle par un état d'imprégnation générale qui lui a conféré ce qu'on appelle l'immunité.

Dans cette hypothèse, donc, l'infection de l'économie serait *progressive*, et non pas immédiate. On la suppose commençant avec le chancre (pourquoi pas avant le chancre?), restant régionale d'abord, puis irradiant par les lymphatiques jusqu'aux ganglions, puis se répandant au delà dans tout l'être, mais, en somme, exigeant pour se généraliser un certain laps de temps pendant lequel la réceptivité

de l'organisme reste encore ouverte à de nouveaux apports du germe infectieux.

Les choses se passent-elles ainsi? Est-ce là le processus intime de l'infection spécifique? Nul ne saurait le dire aujourd'hui. — Et, à supposer que telle soit la pathogénie morbide, combien de temps persisterait, après l'éclosion du chancre, la réinoculabilité possible du virus infectieux? Autre question non moins entourée de ténèbres. Cette dernière, cependant, n'est pas de celles qui soient supérieures à nos procédés d'investigation. Pour être difficile, délicate, elle n'est pas au-dessus de nos moyens. Il est donc à désirer que de nouvelles expériences, sévèrement instituées avec toute la rigueur des méthodes modernes, viennent enfin l'éclaircir.

Au total, l'état actuel de nos connaissances en l'espèce peut être, je crois, exactement résumé dans les termes suivants :

1. Il est absolument démontré que le chancre syphilitique bien constitué, le chancre adulte, à maturité, *n'est pas susceptible d'être réinoculé au porteur* (comme on dit en langage technique), c'est-à-dire de reproduire un chancre syphilitique par auto-inoculation.

2. Il résulte d'un certain groupe de faits que le chancre syphilitique *JEUNE* a pu quelquefois déterminer par auto-inoculation des lésions analogues à ce qu'est le chancre syphilitique, lésions auxquelles il paraît difficile de contester le caractère de *chancres de réinoculation*.

Encore me faut-il ajouter, pour rester dans l'exacte mesure des conclusions à déduire des faits actuellement connus, que cette réinoculation du chancre syphilitique n'a été observée que très rarement. Elle a échoué entre les mains d'un grand nombre d'expérimentateurs, et je dois déclarer que, pour ma part, je ne l'ai pas encore obtenue.

Cela posé, je reviens à la question qui nous intéresse pour l'instant.

L'auto-inoculation peut-elle contribuer au diagnostic différentiel du chancre syphilitique? Oui, certes. Elle peut rendre un service, un grand service à ce diagnostic, mais elle ne peut lui en rendre qu'*un seul*. Je m'explique.

Elle peut différencier le chancre simple du chancre syphilitique. Elle peut apprendre si tel chancre qui, de par ses caractères objectifs, reste de nature douteuse, est ou n'est pas un chancre simple. Comment cela? Tout simplement parce que le chancre syphilitique (adulte du moins) répond négativement à l'auto-inoculation, tandis que le chancre simple est auto-inoculable par excellence et répond toujours à une inoculation (bien faite) par la production *in situ* d'un chancre simple.

Mais à cela se bornent les renseignements diagnostiques à attendre de l'auto-inoculation. Car, si le chancre syphilitique répond négativement à l'auto-inoculation, il en est exactement de même pour nombre d'autres lésions dont il y aurait utilité à le différencier, telles

que l'herpès, les érosions inflammatoires, les érosions traumatiques, l'eczéma, les accidents cutanés divers qui peuvent objectivement le simuler, voire certains accidents tertiaires circonscrits et chancreiformes. Impossible, par exemple, de différencier un chancre syphilitique d'un herpès par le secours de la lancette, et c'est là précisément, en pratique, le problème qui se présente le plus souvent.

Donc, les services à attendre de l'auto-inoculation en l'espèce sont d'ordre limité et exclusivement relatifs à la catégorie spéciale de cas où le diagnostic se restreint à la différenciation des deux chancres.

Or, les cas de ce genre ne sont pas rares en pratique, et c'est à leur propos que l'inoculation peut intervenir utilement, très utilement. Exemple : Un de mes élèves vient un jour me consulter. « J'ai sûrement un chancre, me dit-il ; mais quel chancre ? Je ne sais, et suis mortellement inquiet. » Examen fait, je ne fus guère mieux fixé que mon élève. On voyait bien, de par l'aspect et l'importance de la lésion, qu'il ne s'agissait ni d'un herpès, ni d'une érosion simple, ni de ceci ni de cela ; un chancre seul pouvait se trouver en cause, mais quel chancre ? Eh bien, en quarante-huit heures, l'inoculation nous l'apprit, en développant un chancre simple.

3° Signes tirés de la confrontation. — La confrontation peut servir au diagnostic de deux façons, à savoir :

A. *De par ses résultats négatifs.* — Il est bien certain, en effet, que, si le sujet d'où la contagion a pu procéder est trouvé sain, sûrement indemne de syphilis, la lésion en litige ne saurait être un chancre syphilitique ; car, en fait de syphilis, « qui n'a rien ne donne rien », et jamais un chancre syphilitique n'a procédé d'un sujet indemne de syphilis.

B. *De par les lésions constatées sur le sujet qui a transmis la contagion.* — Et, en effet, il résulte de recherches nombreuses entreprises autrefois par divers observateurs (Bassereau, Clerc, Ricord, A. Fournier, Rollet, Dron, etc.), que la nature d'un chancre est toujours subordonnée à la nature de la lésion d'où a procédé ce chancre. Ce rapport est constant, fatal. En fait de chancre, *tel père, tel fils*. Voici un sujet, par exemple, qui s'expose à la contagion d'un chancre simple ; il contracte un chancre simple ; — en voici un autre qui s'expose à la contagion d'un chancre syphilitique (ou d'une lésion syphilitique transmissible, n'importe) ; il contracte un chancre syphilitique. En autres termes, le chancre simple se transmet en tant que chancre simple, et la syphilis se transmet en tant que syphilis. Jamais d'inversion possible, jamais d'infraction à cette loi pathologique, laquelle d'ailleurs n'est qu'une application particulière aux affections vénériennes de la grande loi de *transmission en l'espèce* de toutes les maladies spécifiques, virulentes ou microbiennes.

Eh bien, sur cette base est fondé un procédé diagnostique qui consiste en ceci : Étant donnée une lésion réputée chancreuse, mais indécise comme qualité de chancre, examiner le sujet qui l'a transmise, et conclure de la qualité de la maladie trouvée sur lui à la qualité de la maladie communiquée. Trouve-t-on, par exemple, un chancre simple chez le sujet contaminant, bien sûrement la lésion du sujet contaminé est un chancre simple. Au contraire, trouve-t-on sur le premier un accident de syphilis, non moins certainement la lésion du second est l'accident primitif d'une syphilis, à savoir un chancre syphilitique.

Ce procédé diagnostique reste donc une ressource à exploiter dans les cas embarrassants (et ceux-ci ne laissent pas d'être encore assez nombreux) où, après examen le plus attentif, on arrive à cette conviction que la lésion à déterminer est bien sûrement un chancre, mais un chancre de nature impossible à spécifier cliniquement.

Or, c'est là un procédé qui, dans la pratique courante, est généralement négligé, délaissé, inusité. Est-ce qu'on n'y songe pas ? Est-ce qu'on s'en défie théoriquement ? Ou bien est-ce qu'on recule devant les difficultés ou les incertitudes présumées de la méthode ? Je ne saurais le dire et me borne à constater un état d'esprit.

Et cependant, ce procédé peut faire la lumière. Il constitue un dernier recours dans les cas où le diagnostic reste en suspens de par tous les autres moyens dont nous disposons. Il peut surtout être fort utile en certains cas spéciaux où il y a intérêt pour les malades à être renseignés le plus tôt possible sur la nature de la contagion qu'ils ont subie. Cette ressource suprême, ultime, pourquoi donc la négliger, pourquoi ne pas la mettre au service de nos clients ?

Je déclare, quant à moi, avoir eu recours des centaines de fois, dans ma pratique de ville, à la méthode de confrontation, à propos de cas difficiles, embarrassants, où les signes cliniques me faisaient défaut, et avoir bien des fois — mais non toujours, assurément — obtenu de cette méthode les plus utiles enseignements. Elle a pu ne me rien fournir, rester muette à la question que je lui demandais de résoudre, mais jamais, du moins, elle ne m'a fourni d'indications trompeuses.

Ce n'est pas le lieu de produire ici les pièces justificatives dont je dispose en l'espèce. Cependant je ne puis résister au désir de citer au moins un des cas en question, à titre de spécimen, pour montrer de quelle utilité peut être la méthode en certaines occurrences de pratique.

Un ancien camarade de collège vint un jour me demander mon avis sur une lésion qu'il portait à la verge et qui l'inquiétait d'autant plus qu'il était *sur le point de se marier*. Il me racontait qu'à la suite d'un banquet que lui avaient offert ses amis « pour enterrer sa vie de garçon », il s'était laissé aller à avoir rapport avec une ancienne amie « de la santé de laquelle il se croyait sûr » ; que, trois semaines plus tard, il avait vu naître sur sa verge un bouton ;

qu'effrayé de ce bouton, il l'avait cautérisé à maintes reprises. Dans cet état, il était allé consulter plusieurs médecins dont il avait reçu des avis différents et dont l'un, le plus autorisé en pareille matière, lui avait dit qu'un diagnostic ne pouvait être porté sur cette lésion, transfigurée qu'elle était par les caustiques. J'examinai ledit bouton et le considérai comme un chancre; mais, vu l'état inflammatoire des parties, je ne pus déterminer à quelle espèce de chancre j'avais affaire. Dans l'une des aines existait bien une adénopathie composée de deux ganglions indolents, durs, aphlegmasiques, analogues à ceux qui accompagnent le chancre infectant; mais, pour comble d'embarras, le malade affirmait qu'il portait ces glandes depuis fort longtemps et qu'en tout cas elles étaient antérieures à la lésion actuelle.

En de telles conditions, tout diagnostic était évidemment impossible. Il fallait attendre pour formuler une opinion. — Pressé néanmoins par le malade de lui donner une réponse immédiate sur son état, j'eus recours aux indications que pouvait fournir une *confrontation*, et je demandai à visiter la femme inculpée. — Cette femme me fut amenée le jour même. Je constatai sur elle, à la vulve, une macule rougeâtre, cicatricielle, reposant sur des tissus fortement indurés; de plus, une adénopathie inguinale bien accusée, à ganglions multiples, durs et indolents; et enfin une syphilide érythémateuse assez confluente. Nul doute, cette femme était affectée de syphilis, et c'était la syphilis qu'elle avait dû transmettre. — J'annonçai donc à mon pauvre camarade que le chancre dont il était affecté était certainement de nature infectieuse, et que ce chancre ne tarderait guère à être suivi d'accidents généraux. Je lui formulai un traitement, et surtout je le décidai à renoncer pour l'instant à tout projet de mariage. Quelques semaines, en effet, ne s'étaient pas écoulées qu'une roséole, une angine spécifique et divers autres symptômes confirmaient mon diagnostic et mes prévisions.

Malheureusement, à la vérité, cette méthode ne trouve son application possible que dans un nombre de cas fort limité. Et cela pour des raisons d'ordres divers: parce que, d'abord, elle n'a de valeur qu'au cas où un seul sujet se trouve en cause comme origine possible de la contagion (1); — parce que le sujet d'où procède la contagion n'est pas toujours facile à retrouver; — parce que ce sujet est souvent examiné *trop tard*, c'est-à-dire à une époque où l'accident dont est issue la contagion a eu le temps de se modifier, voire de disparaître, etc., etc.; — toutes raisons qui peuvent rendre la confrontation soit impossible, soit stérile comme résultats.

N'empêche, je ne crains pas de le répéter, que dans les cas où elle est possible et praticable en des conditions propices, cette méthode ne soit appelée parfois à fournir au diagnostic les plus utiles lumières.

(1) On dira peut-être: « Qu'importe? Si le malade a eu rapport avec plusieurs femmes, examinez-les toutes, et ces confrontations multiples pourront faire la lumière, aussi bien qu'une confrontation unique. » — Réponse: Une confrontation unique est souvent difficile, très difficile à obtenir, je l'affirme par longue expérience du procédé. Pratiquement, donc, des confrontations multiples seraient à peu près irréalisables. Il n'y faut pas songer.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

I. — **Diagnostic du chancre naissant.** — Le chancre naissant (c'est-à-dire âgé seulement de *quelques jours*) peut-il être reconnu et diagnostiqué sûrement? Je n'hésite pas à répondre à cette question par la négative et à dire: Non, le chancre tout jeune ou, pour préciser, le chancre âgé d'un à quatre jours n'est pas susceptible d'être dûment reconnu et affirmé en tant que chancre.

Et pourquoi? Parce qu'à cette époque *il ne possède pas encore un seul caractère formel et distinctif*. A cette époque, il ressemble à n'importe quelle lésion. Examinez-le attentivement, le plus attentivement du monde, analysez-le dans ses moindres détails, vous n'y trouverez rien de spécifique, rien de démonstratif, ni comme forme, ni comme état de bords, ni comme état de surface, ni comme couleur, ni comme induration (car, à cette époque, son induration n'est pas encore appréciable). Comment donc le reconnaître et l'affirmer en tant que chancre, alors que tous les attributs constitutifs du chancre lui font encore défaut?

Qu'on puisse, dès son plus jeune âge, le *soupçonner*, et cela soit d'après quelques indices embryonnaires, soit surtout par exclusion (j'entends par élimination d'autres lésions pouvant le simuler, telles que herpès, érosion traumatique, érosion inflammatoire, etc.), cela, je le concède. Mais, *l'affirmer*, et dire par exemple: « Cette lésion âgée de deux jours, de trois jours, de quatre jours, est bel et bien un chancre », non, cela n'est pas permis à un médecin, parce qu'il n'est pas permis à un médecin de faire un diagnostic *en l'absence de signes* ou sur des signes insuffisants. Énoncer un jugement en pareille condition, c'est non pas instituer un diagnostic, mais hasarder une prophétie. Et je répéterai ici ce que j'ai déjà dit ailleurs: De même qu'il est impossible à un botaniste, devant une plante sortant à peine de terre, de désigner l'espèce de cette plante d'après les premiers épanouissements de ses cotylédons, de même il nous est impossible, il ne nous est pas permis, à nous cliniciens, de reconnaître le chancre naissant d'après ses manifestations embryonnaires.

Qu'on en juge, au surplus, d'après une pièce très rare et très instructive de ma collection (1), qui représente, très habilement et très scrupuleusement reproduit par M. Baretta, un chancre syphilitique de la verge observé à son *quatrième jour* (exactement), chancre qui a été suivi des symptômes les plus classiques de l'infection constitutionnelle. Voyez ce chancre. Présente-t-il, en tant que lésion, quoi que ce soit de spécial? Non. Y trouve-t-on, y remarque-t-on quelque indice particulier soit comme forme, soit comme coloration, soit comme fond, soit comme bords, soit comme physionomie

(1) Musée de l'hôpital Saint-Louis, Collection Fournier, pièce n° 41.