

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.

générale? Non. Ce chancre est exactement ce que pourrait être la plaie la plus simple, ce que pourrait être le plus insignifiant traumatisme de la verge.

On a prétendu, à propos d'une certaine méthode thérapeutique dont j'aurai à parler plus tard (traitement *abortif* de la syphilis par excision du chancre), pouvoir reconnaître et diagnostiquer sûrement des chancres syphilitiques à leur stade initial, tout à fait initial, c'est-à-dire dans leurs premiers jours. Il faut sans doute que ceux de nos confrères qui se flattent de résoudre un tel problème soient en possession de signes que nous ne connaissons pas; ou peut-être bien, si on les mettait au pied du mur, auraient-ils quelque embarras à légitimer des diagnostics aussi téméraires. Quoi qu'il en soit, je me confesse beaucoup moins habile et me déclare incapable, je le répète, d'établir sur des bases positives le diagnostic du chancre syphilitique dans ses tout premiers jours.

Aussi bien, à mon sens, convient-il pour la pratique, alors qu'on est consulté à propos d'une lésion qui peut être un chancre naissant, de rester sur la réserve, de ne pas tenter l'impossible, de résister à l'impatience du malade comme à son impatience propre, et, somme toute, de ne pas risquer un diagnostic à l'aventure. Mieux vaut, bien mieux vaut accepter les choses comme elles sont, s'avouer à soi-même et avouer à autrui qu'on ne sait pas au juste ce dont il s'agit, et, en définitive, répondre à son client: « Je ne suis pas fixé sur la nature de l'accident dont vous êtes affecté, et je ne pourrai l'être que dans quelques jours; *il nous faut attendre.* »

II. — Diagnostic du chancre adulte. — En revanche, lorsque le chancre s'est développé, lorsque surtout il est « à maturité », il peut être reconnu, diagnostiqué, affirmé, sinon toujours assurément, du moins pour la très grande majorité des cas.

Ce diagnostic différentiel se présente, suivant les cas, tantôt facile et patent, tantôt ardu, délicat, tantôt véritablement difficile, quelquefois enfin impossible.

Il repose naturellement sur deux bases, à savoir: 1° les caractères propres du chancre; — 2° les caractères propres aux diverses lésions qui sont de nature à le simuler.

Or, les erreurs auxquelles on peut être conduit dans l'appréciation du chancre syphilitique varient nécessairement suivant la forme sous laquelle il se présente.

Il est évident que, si le chancre est érosif, ce n'est pas avec le chancre simple (lésion ulcéreuse) qu'on pourra le confondre; et qu'inversement, s'il est ulcéreux, ce n'est pas avec l'herpès (lésion érosive) qu'une méprise sera possible. Envisageons donc le chancre sous les diverses formes dont il est susceptible, et voyons à quelles erreurs le clinicien est exposé pour chacune d'elles.

A. — Sous la *forme érosive* ou exulcéreuse, le chancre risque surtout d'être confondu soit avec une *érosion* simple, traumatique, inflammatoire ou autre, soit avec un *herpès*.

Certes, il peut paraître étrange, presque extraordinaire, qu'on ait à mettre en parallèle avec l'accident initial d'une grande maladie telle que la syphilis des lésions aussi insignifiantes, aussi misérables (qu'on me passe le mot) que des érosions simples ou un herpès. Telle est cependant la réalité des choses. Et l'expérience apprend ceci: que, neuf fois sur dix, lorsqu'on s'est mépris sur un chancre, on s'est mépris en le considérant soit comme une érosion simple soit comme un herpès. Le diagnostic faux « écorchure » est même, entre tous, celui qui se substitue le plus souvent au diagnostic vrai de chancre syphilitique.

1. — *Érosions simples.* — D'une façon assez commune pour être dite courante, le chancre syphilitique est pris pour telle ou telle variété d'érosions simples, à savoir: érosions inflammatoires de balanite, de posthite, de vulvite; — érosions traumatiques du coït, éraillures, écorchures; — érosions quelconques irritées par des topiques ou des cautérisations, etc. — De quels éléments sémiologiques disposons-nous contre des méprises de ce genre?

Aucun fonds sérieux à faire sur de prétendus signes tirés du siège des lésions, de leur configuration, de leur étendue, de leur couleur, de leur physionomie générale, etc. En l'espèce, tout le diagnostic réside en deux considérations que voici: *induration de base* et *adénopathie*.

1° *Induration de base.* — Palpez soigneusement, d'après les règles précédemment formulées, la *base* de la lésion. S'agit-il d'un chancre, presque infailliblement vous constaterez sous sa base une certaine rénitence, une certaine dureté. Si faible que soit cette rénitence, c'est un indice, c'est un signe majeur, propre tout au moins à éveiller le soupçon. *A fortiori*, si cette rénitence est bien formulée, si elle se présente aux doigts avec les caractères propres à l'induration chancreuse, ce sera là une forte présomption en faveur du chancre; car les érosions vulgaires ne s'accompagnent jamais de cette rénitence si spéciale qui constitue l'induration.

2° *Adénopathie.* — En second lieu, interrogez les ganglions. Si vous ne trouvez aucun engorgement ganglionnaire (à une époque où la lésion a déjà dépassé son premier septénaire), vous pouvez hardiment vous prononcer contre le chancre. Car, avec le chancre adulte, l'adénopathie est constante, nécessaire, *fatale*, suivant le mot de Ricord.

Que si, au contraire, vous rencontrez une adénopathie présentant les caractères du bubon satellite, et surtout si vous rencontrez une *pléiade*, presque à coup sûr alors vous pouvez affirmer le chancre, car c'est là par excellence l'adénopathie de la vérole.

Tels sont les deux signes qui, seuls, permettent un diagnostic formel entre les érosions vulgaires et le chancre.

Mais ici se présente ou peut se présenter ce que j'appellerai LE PIÈGE DES INDURATIONS ARTIFICIELLES.

Les érosions vulgaires qui s'offrent au diagnostic du médecin ne sont pas toujours, alors qu'on est appelé à en instituer le diagnostic, vierges de traitement antérieur. Souvent, très souvent, au contraire, elles ont été déjà traitées, pansées, cautérisées. Or, ce qu'il faut savoir, ce qu'il faut bien enregistrer en son souvenir, c'est que, sous l'influence de certains topiques, tels que l'alun, le sublimé, le tannin, l'alcool, l'acide phénique, etc., et, plus spécialement encore à la suite de cautérisations pratiquées avec le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure, la cendre de pipe, etc., *les érosions les plus vulgaires s'indurent parfois d'une façon surprenante*, et s'indurent au point de simuler les indurations syphilitiques les plus accentuées, au point de tromper les médecins les plus experts. C'est ainsi, à n'en citer qu'un exemple, que des indurations très manifestes, simulant à s'y méprendre l'induration chancreuse, succèdent à la cautérisation des végétations par le nitrate acide de mercure.

Si donc le médecin n'est pas prévenu du traitement antérieur subi par la lésion à diagnostiquer, il court risque de prendre une *induration artificielle* pour une induration spontanée, syphilitique, et l'on voit à quelle erreur il sera conduit.

Positivement, il est des érosions vulgaires qui, cautérisées, présentent d'une façon absolue à la fois l'aspect objectif et l'induration du chancre. Pour l'œil comme pour les doigts, ce sont alors de véritables chancres syphilitiques. Un superbe exemple du genre nous a été offert ici par une femme qui présentait en apparence, à la lèvre supérieure et sur la ligne médiane, le plus beau type de chancre induré, sous forme d'une ulcération large comme une pièce de cinquante centimes, rouge, saillante, et doublée d'une grosse induration globuleuse. A voir, comme à toucher cette ulcération, tout le monde en faisait un chancre syphilitique. Et cependant, ce n'était pas un chancre; c'était tout simplement une plaie vulgaire, résultat d'une cautérisation que s'était faite la malade, avec de l'eau régale, sur une gerçure rebelle de la lèvre.

De même, comme je le disais à l'instant, la cautérisation des végétations par le nitrate acide de mercure détermine parfois en certains points (tout particulièrement au niveau de la rainure glando-préputiale) des lésions ulcéreuses qui, tant au point de vue de l'aspect objectif que de l'induration sous-jacente, simulent absolument le chancre.

Aussi bien, pour se tenir en garde contre des surprises de ce genre, faut-il s'imposer en pratique une règle de conduite absolue, à

savoir: Ne jamais émettre un diagnostic sur une érosion avant d'avoir posé au malade la question suivante: « Cette lésion a-t-elle été traitée, et comment? Cette lésion a-t-elle été cautérisée? » — et, au cas de réponse affirmative, ne tenir aucun compte de l'induration perçue sous la base de la lésion. Car cette induration peut n'être qu'un résultat des traitements antérieurs subis par le malade; elle n'est plus bonne alors qu'à donner le change; elle n'a plus en tout cas de signification pour le diagnostic.

II. — HERPÈS — L'herpès est une des lésions avec lesquelles le chancre est le plus souvent confondu. A preuve ce propos qu'on entend incessamment répéter aux malades: « On s'est trompé sur mon chancre à son début; on l'a pris pour un herpès, etc. »

Certes, il n'est pas d'erreur possible entre le chancre et certaines variétés de l'herpès, telles que l'herpès vésiculeux ou l'herpès à petites érosions miliaires, etc. Mais nombre d'autres variétés de l'herpès sont bien faites en vérité pour une confusion de cet ordre. Citons comme telles: l'*herpès en bouquet confluent*, dont les fines vésicules se convertissent après rupture en une seule érosion plus ou moins étalée; — l'*herpès creux*, qui, au lieu de se borner à exfolier l'épithélium, entame superficiellement le derme; — l'*herpès solitaire*, forme assez rare, mais bien authentique, constituée par une érosion unique, souvent assez étendue; — l'*herpès à longue durée*, exigeant trois, quatre, cinq semaines pour son évolution complète, etc., etc. (1). — Ces variétés et d'autres constituent des types véritablement CHANCRI-FORMES, simulant plus ou moins le chancre syphilitique, voire le simulant parfois d'une façon absolue, à ce point que de l'aveu des maîtres de l'art, de Ricord en particulier, « il n'est pas de diagnostic possible à établir à première vue et même pour un certain temps entre de telles lésions et le chancre ».

Cette vérité, j'ai voulu la rendre saisissante pour les yeux et pour l'esprit par un rapprochement des deux types. Dans ce but, j'ai groupé côte à côte deux moulages sur un même support. De ces moulages, l'un représente un chancre vulvaire, qui a été suivi, à échéance normale, de l'explosion secondaire la plus classique; et l'autre reproduit un herpès vulvaire qui, bien entendu, n'a donné lieu à aucun symptôme d'infection. Donc, pas d'erreur possible sur le diagnostic de part et d'autre. Or, comparez ces deux lésions. Elles sont *identiques* objectivement: même forme, même étendue, même couleur, même physionomie générale. « Ce sont deux Sosie », disait un médecin à qui je montrais cette belle pièce, si éminemment instructive (2).

Distinguer le chancre de l'herpès est un problème qui a vivement

(1) V. mes *Leçons sur l'herpès*, recueillies par le Dr Emery, Paris, 1896.

(2) Voir, au Musée de l'hôpital Saint-Louis, Coll. de l'auteur, la pièce n° 207.

préoccupé les cliniciens. Aussi, un grand nombre de signes ont-ils été proposés comme pouvant servir à ce diagnostic différentiel. En voici, d'abord, une demi-douzaine, à ne parler que de ceux qui méritent d'être cités :

- 1° L'herpès a très fréquemment des *antécédents d'herpès* et souvent aussi d'herpès de même siège;
- 2° Il a généralement une *éruption multiple* et disséminée.
- 3° Il a souvent pour prélude un *érithisme local* qui se traduit par du prurit, de la chaleur, de la brûlure (sorte de « feu local », bien connu des malades qui y sont sujets), voire quelquefois par des douleurs névralgiformes (*herpès névralgique*);
- 4° Ses érosions ne sont presque jamais que très *superficielles*;
- 5° Ses érosions sont le plus souvent minimales, *ténues, miliaires*;
- 6° Il se traduit parfois, à distance de son bouquet éruptif principal, par ce que j'ai appelé ses *vésicules aberrantes*, suivies d'*érosions miliaires aberrantes*.

Ces diverses particularités sont réelles et ressortent en effet de l'observation. Mais toutes ne sont qu'éventuelles et de signification diagnostique plus que restreinte. Ainsi :

- 1° Certes, oui, l'herpès a très communément des antécédents d'herpès; à preuve cette variété si curieuse décrite par un médecin distingué, le D^r Doyon, sous le nom d'*herpès récidivant*. Mais qu'importe? Est-ce que le sujet le plus criblé d'herpès est à l'abri d'un chancre?
- 2° Certes, oui, l'herpès est constitué le plus souvent par une éruption multiple et disséminée. Mais n'est-il pas des herpès discrets, voire solitaires; comme aussi, réciproquement, n'est-il pas des chancres multiples?
- 3° Il est bien vrai que l'herpès a parfois pour prélude des phénomènes d'excitation locale. Mais cela, d'abord, ne s'observe que dans un certain nombre de cas assez restreint. Puis, quelle valeur accorder pour un diagnostic à un signe purement subjectif?
- 4° et 5° Il est bien vrai qu'en général les érosions herpétiques sont plus superficielles et moins étendues que ne l'est le chancre. Mais n'est-il pas des chancres érosifs et petits? Simples différences de degré, sur lesquelles on ne saurait baser un diagnostic (1).

(1) J'ai dû passer sous silence dans ce rapide exposé nombre de détails (si intéressants soient-ils) sur les formes *anormales* de l'herpès, susceptibles de simuler le chancre. Ainsi :

1° Relativement à l'*entamure tégumentaire*, il est des herpès plus ou moins excavés, véritablement creux, taillés en cupule, à l'évidoir, en godet. On en rencontre même qui excavent le derme à la façon du chancre simple, c'est-à-dire bien plus profondément que ne le fait le chancre syphilitique dans ses formes usuelles.

2° De même, relativement à l'*étendue*, il est de *grands* herpès, qui atteignent les dimensions habituelles du chancre syphilitique, voire qui les dépassent quelquefois. Couramment, on observe des herpès qui offrent les dimensions d'un pépin

6° Meilleur est le dernier signe, celui des vésicules ou des érosions aberrantes, parce qu'il atteste nettement l'herpès de par la qualité de ses lésions essentielles. Mais ce n'est là qu'un signe éventuel et, de plus, assez rare.

Si bien qu'il n'est pas à faire fonds sur ces divers signes et que les éléments d'un diagnostic différentiel doivent être cherchés ailleurs.

Or, trois autres signes, d'une valeur bien plus sérieuse, nous sont offerts :

- 1° Par l'état de base de la lésion;
- 2° Par la présence ou l'absence d'une adénopathie symptomatique;
- 3° Et surtout par le graphique circonférenciel de la lésion.

En effet :

1° Avec le chancre, induration constante ou presque constante, à des degrés divers et sous les formes diverses que j'ai décrites précédemment;

Avec l'herpès, état souple de base, ou tout au plus légère rénitence inflammatoire, qui ne donne pas aux doigts la sensation sèche, nette, de l'induration spécifique.

2° Avec le chancre, adénopathie constante, et, de plus, adénopathie aplegmasique, indolente, dure, le plus habituellement polyganglionnaire (*pléiade*);

Avec l'herpès, ou bien (c'est là de beaucoup le cas le plus fréquent) aucun retentissement ganglionnaire; — ou bien, tout au plus, légère tension subinflammatoire des ganglions.

Pour la grande majorité des cas, ces deux premiers signes suffisent à déterminer le diagnostic. Mais il faut reconnaître que, pour un certain nombre d'autres, ils contiennent des *causes d'erreur* qu'il importe de signaler. Ainsi :

1° Il est positif qu'en certaines occasions l'érosion herpétique se double d'une rénitence ou foliacée ou même parcheminée qui peut donner le change et faire croire à un chancre. Il en est de la sorte lorsque l'herpès détermine autour de lui un certain degré d'état inflammatoire des tissus. Il en est de la sorte également lorsqu'il siège sur certains points où surabonde le réseau lymphatique, tels notamment que la rainure glando-préputiale, la région du frein et le

d'orange, d'une amande d'abricot, d'un haricot, ou même (ceci est plus rare) d'une pièce de vingt centimes. A la rainure glando-préputiale, il est absolument commun de rencontrer des herpès qui (par coalescence) forment des érosions d'un centimètre à un centimètre et demi de diamètre transverse, sur un diamètre vertical de 5 à 6 millimètres. M. Doyon a relaté le cas d'un de ses malades qui, tous les deux mois, voyait survenir sur son prépuce, et toujours au même point, de véritables ulcères mesurant 10 à 12 millimètres de diamètre, et qui cependant n'étaient rien autre que des herpès, etc., etc.

Je ne puis, sur ces divers points, que prier le lecteur de se reporter à mes *Leçons sur l'herpès*.

méat urétral, où d'ailleurs les lésions de toutes sortes se présentent presque toujours plus ou moins dures (1).

Donc, il faut se méfier de cette induration possible de l'herpès et se garder de l'imputer à un chancre.

2° De même, l'herpès n'est pas sans réagir quelquefois sur les ganglions et les affecter d'une façon vraiment périlleuse pour le diagnostic. J'ai vu maintes fois des herpès de la verge ou de la vulve déterminer dans l'aîne le gonflement d'un ganglion, quelquefois de deux, voire (mais exceptionnellement) de trois ganglions. Et ces ganglions, de plus, généralement peu douloureux ou même indolents, gros comme de petites olives, mobiles, aphlegmasiques, sont de nature à simuler quelquefois l'adénopathie satellite du chancre.

J'ai dans mes notes et dans mes souvenirs toute une série de cas où l'existence d'un ou de plusieurs ganglions développés à propos de lésions douteuses de la verge m'a longtemps tenu en échec, au point de me faire redouter un chancre alors qu'il ne s'agissait (comme l'évolution le démontrait plus tard) que d'une adénopathie symptomatique d'herpès (2).

(1) Bien positivement, il est des herpès tout à fait *trompeurs par leur induration*. J'aurais, pour démontrer ce point, une foule d'exemples à citer. A titre de spécimens, qu'il me soit permis de relater les deux suivants :

En 1875, un étudiant en médecine, aujourd'hui médecin très distingué, vint me consulter pour une lésion qu'il portait au niveau de la rainure glando-préputiale, et que lui-même avait diagnostiquée chancre induré. Cette lésion, en effet (qui n'avait jamais été cautérisée, ni soumise à aucun topique irritant), était parfaitement indurée, aussi indurée que le sont certains chancres syphilitiques. Je crus comme lui tout d'abord (pour cette raison et d'autres) à un accident primitif de syphilis; mais, plus défiant que lui, je réservai toutefois le diagnostic en raison de deux petites érosions voisines (l'une de la rainure, l'autre du frein) qui, miliaires et souples de base, semblaient formellement herpétiques. Aucun traitement ne fut institué, et depuis vingt-deux ans nul symptôme de syphilis ne s'est produit sur notre confrère.

En 1885, un jeune homme de vingt-deux ans se présentait à ma consultation pour une érosion unique de la rainure, lenticulaire et à base foliacée. Quinze jours après (le chiffre est à noter au point de vue de la longévité possible de la lésion) l'érosion persistait encore et, de plus, avait pris une rénitence véritablement parcheminée. D'autant plus inquiet que deux ganglions de moyen volume s'étaient produits dans l'aîne correspondante, je voulus avoir l'opinion de mon maître, M. Ricord, et je lui adressai mon client, en le priant de vouloir bien me dire s'il croyait à un chancre induré ou à un herpès. M. Ricord examina longuement, soigneusement, le malade, et me le renvoya avec une lettre sur laquelle il avait simplement dessiné comme réponse un énorme point d'interrogation. Eh bien, ci encore, comme l'événement et l'évolution ultérieure le démontrèrent, il ne s'agissait que d'un herpès, mais d'un herpès induré à ce point que M. Ricord, le grand maître qui a si bien étudié l'induration du chancre, ne s'était pas cru en droit d'instituer un diagnostic!

(2) Ce point a une telle importance pour le diagnostic que je n'hésite pas à reproduire ici le passage suivant de mes *Leçons sur l'herpès* :

« ...En quelques circonstances, le retentissement ganglionnaire de l'herpès se produit sous une forme froide, aphlegmasique, tout à fait comparable à ce qu'est, à son début, l'adénopathie symptomatique du chancre induré.

» Ce qu'on observe est ceci :

» Coïncidemment avec un herpès génital, production dans l'une des aînes ou (plus

Aussi bien, en raison de ces causes possibles d'erreur, un troisième signe différentiel entre le chancre et l'herpès serait-il le bienvenu, s'il pouvait, dans ces cas particulièrement difficiles, apporter la lumière. Fort heureusement, ce signe existe quelquefois, et c'est lui qui me reste à spécifier.

3° *Polycyclisme et microcyclisme de l'érosion herpétique*. — Si vous examinez le contour d'un chancre, vous le trouvez représenté soit par une circonférence d'un certain diamètre, soit par un ovale plus ou moins régulier, soit par une forme quelconque non géométrique.

Si vous examinez le contour d'une érosion herpétique un peu étendue, vous constatez au contraire les deux particularités que voici :

1° Ce contour est tourmenté, sinueux, presque géographique, figurant çà et là des *segments de circonférence*. Généralement, on observe plusieurs de ces segments de circonférence (*polycyclisme*); parfois on n'en rencontre qu'un seul.

2° En second lieu, les segments arciformes qui profilent sur quelques points le contour de la lésion appartiennent tous à de *petites*

rarement) dans les deux aînes d'une adénopathie caractérisée par le développement d'un ou de deux ganglions, voire, mais exceptionnellement, trois ou quatre; — ganglions offrant en moyenne le volume d'une petite noisette ou d'une olive; — ganglions fermes au toucher, mais sans dureté réelle; — ganglions non douloureux; — ganglions restant mobiles, froids et aphlegmasiques.

» Constituée de la sorte, cette adénopathie herpétique se rapproche par nombre de caractères de ce qu'est le bubon symptomatique du chancre syphilitique; elle s'en rapproche :

» 1° Par la multiplicité de ses ganglions;

» 2° Par ses ganglions mobiles (sans empatement périphérique);

» 3° Par ses ganglions indolents;

» 4° Par ses ganglions aphlegmasiques.

» Exemples : Dans un cas que j'ai observé avec le Dr Dieulafoy, il existait dans l'une des aînes *trois* ganglions, à savoir : un, petit et pisiforme; et deux comparables chacun à une olive.

» Dans un autre cas (celui à propos duquel M. Ricord me répondit par un point d'interrogation), on trouvait, dans l'aîne correspondante à la lésion, *trois* ganglions du volume d'un grain de cassis.

» Dans un troisième cas, chacune des aînes présentait *deux* ganglions comparables à de petites noisettes.

» On dira en revanche et avec toute raison que, même ainsi constituée, cette adénopathie diffère de la pléiade du chancre, et qu'elle en diffère à de nombreux points de vue :

» Parce que ses ganglions sont bien moins multiples que ceux de la pléiade symptomatique du chancre syphilitique; — parce qu'ils sont bien moindres comme volume; — parce qu'ils n'ont pas la consistance, la dureté presque spécifique, des ganglions de la pléiade, etc.

» Certes, oui, répondrai-je; mais notez qu'en l'espèce, pour le diagnostic spécial dont nous poursuivons l'étude (à savoir le diagnostic différentiel d'un herpès et d'un chancre récent), il ne s'agit pas de mettre en parallèle avec l'adénite de l'herpès la pléiade confirmée, la pléiade adulte du chancre adulte, mais bien la pléiade jeune, naissante, du chancre jeune. Or, quelle est cette pléiade? Exactement ce que peut être l'adénopathie d'un herpès.

» En sorte qu'étant donnée une lésion toute jeune, datant d'une semaine, je suppose, l'existence d'une adénopathie légère constituée par de petits ganglions indo-