

circonférences (*microcyclisme*). Ils représentent, par exemple, ce que serait un segment de circonférence d'une tête d'épingle ou d'un grain de millet.

Ces deux particularités, qu'on peut parfois percevoir avec de bons yeux, mais qui en tout cas n'échappent pas à la loupe, ne sont pas le fait du hasard. Elles relèvent au contraire d'un fait anatomique; elles tiennent à l'essence même de la lésion, au mode suivant lequel se constitue l'érosion composite de l'herpès. Cette érosion, en effet, résulte de la fusion de plusieurs vésicules voisines formant ce qu'on appelle le bouquet d'herpès. Par coalescence ces vésicules composent l'érosion; et, tout naturellement, leurs segments extérieurs se traduisent sur le contour de cette érosion par des tracés arciformes. De là le polycyclisme; de là aussi le microcyclisme, qui ne fait que traduire la ténuité des vésicules originelles.

L'érosion herpétique doit donc, je le répète, à son essence même d'être une lésion à contour sinueux, géographique et semée de segments arciformes, puisqu'elle résulte de la fusion d'une série d'éléments circulaires.

Or, une telle configuration de frontières n'a pas raison d'être avec le chancre et ne se rencontre pas avec lui, puisque le chancre se développe à l'état de lésion unique, puisqu'il n'est pas une lésion composée. — Elle n'a pas plus raison d'être pour n'importe quelle autre variété d'ulcération. — Si bien qu'on peut la dire *pathognomonique de l'herpès*.

Pour avoir bien souvent et minutieusement étudié le signe en

lents, mobiles et aplegmasiques, devient ou une source d'embarras pour le diagnostic ou une source d'erreurs. Car, de deux choses l'une, forcément :

» Ou bien l'on sait ce qu'il faut qu'on sache, c'est-à-dire que l'herpès peut se compliquer d'une adénopathie de ce genre, et alors cette adénopathie devient une difficulté de plus pour le diagnostic, en même temps, il est vrai, qu'une garantie contre la possibilité d'une erreur;

» Ou bien, si l'on méconnaît, si l'on ignore qu'une adénopathie de cet ordre peut coexister avec l'herpès, on conclut contre l'herpès en faveur du chancre, c'est-à-dire on court risque de faire un chancre de ce qui peut bien n'être pas un chancre.

» Or, jusqu'à ces derniers temps on donnait comme un des éléments majeurs du diagnostic différentiel du chancre et de l'herpès l'état des ganglions, et l'on disait : Avec le chancre syphilitique, adénopathie constante; — avec l'herpès, immunité des ganglions.

» Eh bien, aujourd'hui, il faut revenir sur l'absolutisme de cette proposition et dire, en ce qui concerne l'herpès :

» 1<sup>o</sup> Oui, pour la plupart des cas, l'herpès (et surtout l'herpès discret) laisse indemnes les ganglions;

» 2<sup>o</sup> Mais, pour un certain nombre de cas, l'herpès, même discret, exerce un certain retentissement sur les ganglions;

» 3<sup>o</sup> Et l'adénopathie qu'il constitue alors est d'autant plus insidieuse pour le diagnostic qu'elle se rapproche absolument, par l'ensemble de ses caractères, de ce qu'est, à ses débuts, la pléiade symptomatique du chancre.

» Conclusion : Étant donnée une lésion douteuse des organes génitaux, lésion qui peut être un chancre ou un herpès, il ne faut pas s'empresse de conclure au chancre sur la foi de quelques ganglions qu'on peut rencontrer dans les aines, car une telle adénopathie peut tout aussi bien relever de l'herpès. »

question sur quantité de malades, je suis autorisé à le présenter aujourd'hui comme un des meilleurs et des plus sûrs attributs de l'herpès; et je le crois appelé à rendre de grands services pour le diagnostic différentiel qui nous occupe en ce moment.

Que le lecteur, au surplus, veuille bien en juger par ses yeux. J'ai fait relever par un dessinateur le graphique de contour d'un certain

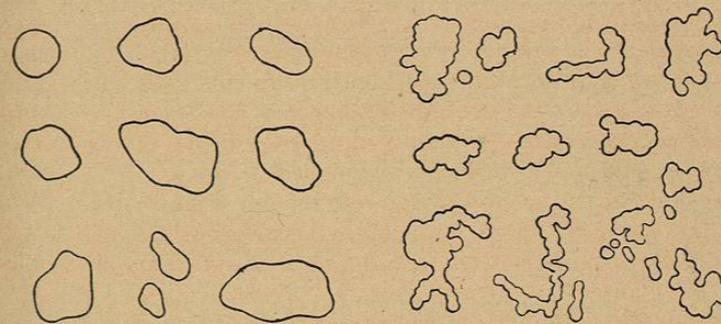


Fig. 1.

nombre de chancres et d'herpès (ceux-ci, à vrai dire, choisis dans leurs types les plus accentués). A gauche sont les chancres, et à droite les herpès. Or, impossible de ne pas être frappé, au premier coup d'œil, de la différence de ces deux ordres de tracés. On remarque de plus, à l'analyse de la figure, combien les segments de cercle qui composent le contour de l'herpès sont nettement accusés et véritablement pathognomoniques.

Les trois signes que je viens d'étudier permettent en général d'instituer un diagnostic immédiat et formel entre l'herpès et le chancre. Parfois cependant ils restent insuffisants, et cela pour des raisons diverses, telles que les suivantes : parce que la base de la lésion à déterminer n'offre rien de précis, surtout alors qu'elle a pu être modifiée par l'intervention de quelque topique irritant ou, *à fortiori*, artificiellement indurée par un caustique; — parce qu'on rencontre dans les aines des ganglions insuffisants pour attester une pléiade spécifique, mais suffisants pour éveiller un doute; — parce que le graphique de contour n'a pas de signification bien nette, etc., etc. Le diagnostic reste alors en détresse (1).

(1) LÉLOIR avait encore indiqué, comme élément de diagnostic différentiel entre le chancre syphilitique et l'herpès un signe auquel il avait donné le nom de « signe de l'expression du suc » et qu'il décrivait ainsi : « Prenez une érosion d'herpès, vous ferez sourdre à sa surface une gouttelette d'un liquide séreux, transparent, de couleur ambrée. Essayez cette gouttelette et pressez de nouveau, vous ne tarderez pas à voir sourdre une nouvelle gouttelette de liquide, puis une autre, et ainsi de suite... Au contraire, pressez un chancre, vous ne ferez pas sourdre à sa surface plus

A ce moment, l'évolution morbide devient le critérium à consulter en dernier ressort. Car, à s'en tenir à la marche usuelle des choses, on peut poser ceci comme règle :

1° Avec l'herpès, évolution hâtive : réparation ne se faisant guère attendre au delà de quelques jours ; — cicatrisation rapide ; — et cicatrisation sans reliquat local, c'est-à-dire sans dureté de base.

Avec le chancre, marche plus lente : limitation et réparation plus tardives ; — cicatrisation obtenue seulement au prix de quelques semaines ; — et cicatrice toujours doublée d'une certaine rénitence constituant l'induration posthume.

2° Avec l'herpès, atténuation rapide et disparition rapide de l'adénopathie légère qu'il a pu déterminer.

Avec le chancre, au contraire, développement, exagération et longue persistance de l'adénopathie satellite.

Toutefois, si telle est la règle, reconnaissons qu'elle souffre des exceptions. C'est qu'en effet il est des herpès à évolution lente, comme aussi des chancres à évolution rapide. C'est ainsi que l'adénopathie de l'herpès tarde quelquefois à s'effacer, et que celle du chancre peut demeurer insuffisamment formulée, etc.

Si bien, en définitive, qu'on a vu des cas de cet ordre rester obscurs, indéterminés et indéterminables, jusqu'à l'époque de l'invasion secondaire. C'est presque à n'y pas croire, et telle est cependant l'exacte vérité. Ricord l'a dit déjà, et je le répète après lui : « Il est des cas où le diagnostic entre le chancre et l'herpès reste impossible jusqu'au moment où l'apparition ou la non-apparition des accidents secondaires vient donner la solution du problème ». Peu communs heureusement, mais très authentiques sont les faits de cet ordre.

*Coïncidence possible de l'herpès et du chancre.* — Enfin, comme difficulté de surprise inhérente au diagnostic qui précède, il convient encore de signaler la coïncidence possible des deux accidents en question.

Affection essentiellement symptomatique, c'est-à-dire se manifestant surtout à propos et par le fait d'excitations soit générales soit locales, l'herpès se produit quelquefois à l'occasion et par le fait du chancre. Et généralement alors c'est à son pourtour, à ses environs qu'il se produit. Si bien que de la sorte certains malades s'offrent à l'examen du médecin affectés à la fois dans le même temps et au même siège de deux lésions, à savoir d'un chancre et d'un herpès.

Que si l'une et l'autre de ces affections se présentent avec des caractères bien accentués, on constate chacune d'elles indépendamment de l'autre, et le diagnostic n'offre pas d'embarras.

de liquide qu'il n'y en a ordinairement ; le suintement ne sera pas exagéré par la pression. »

Après avoir expérimenté bien des fois le signe de Leloir, j'ai été conduit à estimer qu'il n'est rien de sérieux à en déduire pour le diagnostic différentiel en question.

Mais, au cas contraire, l'erreur est possible et facile. Le chancre, à vrai dire, ne risque guère de faire méconnaître l'herpès, qui s'atteste ou peut s'attester par des lésions multiples, éparses, miliaires, polycycliques, etc. Mais c'est l'herpès qui risque fort de faire méconnaître le chancre, lequel, englobé dans l'éruption herpétique, semble en constituer un élément. Aussi bien la méprise, en pareil cas, consiste-t-elle presque toujours en ceci : Voir l'herpès et ne pas voir le chancre.

Il n'est qu'une façon de se tenir en garde contre les surprises de ce genre ; c'est, étant donné un tel ensemble de lésions à déterminer, d'examiner individuellement chacune de ces lésions et de s'efforcer pour chacune, indépendamment des autres, d'en spécifier le caractère propre. Mais inutile de dire si une telle analyse est délicate, difficile, et si elle laisse prise à l'erreur.

Le diagnostic différentiel du chancre syphilitique et de l'herpès présente pour la pratique un intérêt de premier rang. Il y aura donc avantage, je pense, à en résumer les éléments dans un tableau d'ensemble.

Diagnostic différentiel du chancre syphilitique et de l'herpès.

	HERPÈS.	CHANCRE.
Trois signes majeurs, presque constants.....	1° Base souple, sans induration (sauf exceptions assez rares). 2° Pas de retentissement ganglionnaire (sauf exceptions assez rares). 3° Polycyclisme et microcyclisme de contour (signe majeur).	1° Base indurée, sous des formes diverses. 2° Adénopathie constante. — Adénopathie aphlegmasique, indolente, dure, souvent polyganglionnaire, et persistante. 3° Contour ne présentant jamais ni le polycyclisme ni le microcyclisme propres à l'herpès.
Signes éventuels.	1° Antécédents d'herpès. 2° Préludes d'excitation locale (prurit, ardeur, douleurs névralgiformes). 3° Éruption à éléments souvent multiples et épars. 4° Érosions en général très superficielles. 5° Érosions en général petites et parfois même miliaires. 6° Parfois vésicules aberrantes, ou érosions aberrantes.	1° " " 2° Nul prélude douloureux. 3° Lésion le plus souvent unique, quelquefois multiple, mais discrètement multiple. 4° Lésion quelquefois aussi superficielle, mais en général moins superficielle que l'herpès. 5° Lésion en général d'étendue supérieure à celle de l'herpès. 6° " "
Signes d'évolution.....	1° Évolution hâtive ; cicatrisation rapide. 2° Cicatrisation sans reliquat local. 3° Atténuation rapide de l'adénopathie symptomatique.	1° Évolution en général moins hâtive. 2° Cicatrice restant doublée d'une induration persistante. 3° Persistance prolongée de l'adénopathie satellite.
Cause d'erreur..	Coïncidence possible du chancre et de l'herpès.	

B. — **Diagnostic du chancre dans sa forme ulcéreuse.** — Lorsqu'au lieu de rester érosif, le chancre se creuse quelque peu, s'exulcère ou s'ulcère véritablement, il court risque alors d'être confondu avec diverses lésions *ulcéreuses*, telles, par exemple, que le chancre simple, l'ecthyma scabieux de la verge, certaines syphilides ulcéreuses de modalité circonscrite, etc.

C'est surtout du chancre simple qu'il importe de le différencier.

I. CHANCRE SIMPLE. — Inutile de dire comme entrée en matière l'intérêt d'un tel diagnostic. Cet intérêt est majeur, capital. Un malade, en effet, qui est affecté d'un chancre simple en est quitte pour une lésion temporaire, toute locale, laquelle, une fois guérie, sera entièrement et définitivement guérie, laquelle n'infecte pas, ne crée pas de diathèse, ne réclame pas de traitement général et *ne comporte pas de conséquences d'avenir*. Un malade, au contraire, qui vient de contracter un chancre syphilitique inaugure une affection grave; il est empoisonné, infecté, *diathésé*; il doit être pour longtemps soumis à un traitement sévère; c'est un malade non seulement pour le présent, mais encore pour l'avenir. Or, le chancre étant l'exorde même de cette grande infection, on conçoit quel intérêt il y a pour le patient comme pour le médecin à ce que la nature de cet accident soit rigoureusement déterminée.

On a beaucoup exagéré les difficultés que comporte le diagnostic différentiel des deux chancres. Sans doute, il est des cas où ce diagnostic est assez délicat, en raison de circonstances diverses; sans doute il en est d'autres où, après mûr examen, il n'est permis de se prononcer qu'avec réserve; et j'ajouterai même qu'il en est aussi où, par suite de conditions particulières, il peut y avoir impossibilité absolue de formuler un jugement immédiat sur la nature de la lésion. Mais, en somme, le nombre de ces cas difficiles, obscurs, complexes, est de beaucoup inférieur à celui des cas simples, évidents, faciles; et, tout compte fait, je me crois autorisé à dire que le diagnostic différentiel du chancre syphilitique et du chancre simple peut, en général, être assez aisément institué.

Quelles sont les bases de ce diagnostic?

Les caractères différentiels qui distinguent cliniquement (je dis cliniquement et non doctrinalement) les deux chancres peuvent être rangés, ce me semble, pour la facilité d'un exposé didactique, sous les cinq chefs suivants :

- 1° Nombre des lésions;
  - 2° Physionomie de la lésion;
  - 3° État de base de la lésion;
  - 4° État des ganglions correspondants;
  - 5° Résultats fournis par le critérium expérimental, l'inoculation.
- Étudions successivement chacun de ces points.

1° *Nombre des lésions.* — Très différent, en général, d'une espèce à l'autre.

Règle presque absolue, l'infection syphilitique primitive est *discrète* quant au nombre de ses accidents. Le plus souvent on ne rencontre qu'un chancre syphilitique. En existe-t-il plusieurs, le nombre en reste restreint; on en trouve alors 2, 3, 4 au plus, bien rarement davantage. Il est très exceptionnel, en tout cas, d'en constater 8, 10, 15, 20 et au delà.

Règle presque absolue, d'autre part, le chancre simple est *multiple*. C'est presque une rareté (plus spécialement encore chez la femme que chez l'homme) de ne rencontrer qu'un chancre simple; — en général, on en observe 2, 3, 4; — assez fréquemment aussi, 5, 6, 7, 8. A l'hôpital, c'est-à-dire sur des malades négligents ou non traités, on le voit parfois pulluler de singulière façon, jusqu'à s'élever à des chiffres de 10, 15, 20. Sans parler même de ces faits presque incroyables où, chez la femme, on a pu compter jusqu'à 40, 53, 65, 72 et 75 chancres simples (1).

En tout cas, on peut dire que, fréquemment, il existe entre le chancre syphilitique et le chancre simple une opposition telle à ce premier point de vue que la seule considération *numérique* de leurs lésions peut suffire à déterminer le diagnostic. Exemples: 1° Un malade se présente avec une seule lésion; il y a probabilité, de ce chef, pour qu'il s'agisse d'un chancre syphilitique et non d'un chancre simple; et, *a fortiori*, cette probabilité se changera-t-elle en quasi-certitude si cette lésion unique est restée unique *quoique non traitée*, c'est-à-dire si elle n'a pas déterminé autour d'elle, en dépit de l'absence de pansements, ces inoculations de voisinage que sème si habituellement le chancre simple à son pourtour. — 2° Inversement, un malade se présente avec 5, 10, 15, 20 lésions; de ce fait seul il résulte d'une façon presque certaine que ces lésions sont des chancres simples, le chancre syphilitique n'étant pas (sauf exceptions prodigieusement rares) susceptible d'une semblable confluence.

2° *Physionomie de la lésion.* — Ce qu'on appelle « physionomie de lésion » n'est que la résultante d'un certain nombre de signes, de même que la physionomie d'un individu est la résultante d'un certain nombre de traits, de caractères, de particularités objectives. Or, la physionomie du chancre simple est très différente de celle du chancre syphilitique, comme je vais l'établir.

Détaillons.

A. — Le chancre simple est un *ulcère*, dans toute l'acception du mot, c'est-à-dire une plaie creuse et excavée; c'est une perte de substance dans les tissus, semblable à celle que ferait un emporte-pièce.

Le chancre syphilitique, au contraire, n'est qu'une *érosion*, bien

(1) Voir à ce sujet un très intéressant mémoire de mon distingué collègue et ami le Dr BARIÉ (*Annales de dermat. et de syphil.*, 5<sup>e</sup> année, 1872-74).

plus souvent qu'une ulcération. Même dans sa forme ulcéreuse, il est généralement moins creux que le chancre simple.

B. — Le chancre simple est presque toujours remarquable par ses bords nettement entaillés, « entaillés au bistouri », découpés, faisant arête, quelquefois droits et perpendiculaires aux téguments.

Le chancre syphilitique, tout au contraire, *n'a pas de bords*, à proprement parler. Dans sa forme la plus usuelle, sa circonférence érosive se continue de plain-pied avec les tissus voisins; — dans son type cupuliforme, elle descend en pente douce vers le fond de l'ulcère; — dans son type « en lampion », elle est exhaussée sur un bourrelet circonférenciel. — En tout cas, il ne présente jamais d'entaille véritable, et sa circonférence est toujours *adhérente*, non décollée.

C. — Le *fond* du chancre simple se présente inégal de surface, irrégulier, comme déchiqueté, vermoulu, et « alvéolaire » (Ricord).

Celui du chancre syphilitique, au contraire, est uni, lisse, tellement lisse qu'en certains cas il paraît comme poli, verni, luisant, irisé.

D. — Le chancre simple s'accuse et se distingue en général du premier coup d'œil par sa *couleur* jaune, jaunâtre, jaune gris, d'un ton clair et animé.

Le chancre syphilitique, sans avoir de coloration spéciale, affecte le plus souvent telle ou telle des deux teintes suivantes : la teinte grise, diphthéroïde, de couleur « lard ranci »; — ou, plus fréquemment, la fameuse teinte rouge « chair musculaire », qui lui est presque spéciale.

E. — Le premier suppure, et suppure même assez abondamment. Sa sécrétion est jaune, et constituée par du véritable pus. — De plus, ce pus contient un bacille spécial, dit *bacille de Ducrey*, qui paraît être l'agent pathogène du chancre simple.

Le second ne fait le plus habituellement que suinter, en proportions minimes, une sérosité séro-sanieuse plutôt que purulente, laquelle ne contient pas le bacille de Ducrey.

De part et d'autre la réunion des caractères objectifs que je viens de signaler constitue un ensemble qui donne à chacun des chancres une physionomie différente; différente à ce point que, pour un œil quelque peu habitué, le diagnostic se fait assez aisément, au moins dans la plupart des cas, par le seul aspect des lésions.

3° *État de base*. — La base du chancre simple est celle d'une plaie vulgaire; c'est dire qu'elle reste habituellement souple et molle.

Il n'est pas rare, toutefois, que les tissus qui entourent et sous-tendent ce chancre s'épaississent et s'engorgent pour une raison quelconque. Ils présentent alors aux doigts une certaine rénitence, une certaine dureté. Mais cette dureté n'offre pas d'autres caractères que ceux d'un engorgement inflammatoire; c'est une dureté *pâteuse*, oedémateuse, rappelant celle, par exemple, de la base d'un

furoncle. De plus, c'est une dureté *diffuse*, étendue sur une certaine surface et non circonscrite exactement à la base, à l'assise même du chancre.

Avec le chancre syphilitique, au contraire, *base indurée*, indurée à des degrés divers et sous ces formes variées que j'ai décrites précédemment, à savoir : 1° induration en profondeur ou induration nodulaire, à calus sous-chancereux; 2° induration en surface ou lamelleuse, comportant deux degrés : induration parcheminée et induration foliacée. — De plus, induration spéciale à deux titres : spéciale d'abord *par sa circonscription*, c'est-à-dire exactement limitée à la base même du chancre ou ne la débordant que de quelques millimètres, existant là où existe le chancre, mais cessant brusquement et sans transition là où le chancre n'est plus, sans se perdre par degrés dans les tissus voisins; — induration spéciale encore par la sensation qu'elle fournit d'une rénitence propre, *sui generis*, rappelant la dureté sèche du carton, du parchemin, du cartilage, etc., et très différente en tout cas de la dureté pâteuse de l'inflammation ou de l'engorgement oedémateux (Ricord).

4° *État des ganglions*. — Caractère meilleur encore que tous ceux qui précèdent.

Avec le chancre syphilitique, adénopathie *constante*, nécessaire, « fatale ». — De plus, adénopathie de forme tout à fait spéciale, consistant en ceci : intumescence ganglionnaire moyenne comme développement, indolente, aplegmasique, dure, et généralement polyganglionnaire (*pléiade*).

Avec le chancre simple, de deux choses l'une : ou bien *absence complète de tout retentissement ganglionnaire*; — ou bien *bubon mono-ganglionnaire*, et *bubon aigu*, inflammatoire, vivement inflammatoire le plus souvent, et susceptible par conséquent d'aboutir à suppuration; — parfois même bubon suppuratif d'emblée, alors qu'il contient en substance le pus chancereux résorbé (*bubon d'absorption* de Ricord), et se transformant après ouverture en un véritable *chancre ganglionnaire* (Ricord).

Que de différences, quel contraste entre ces deux adénopathies ! Aussi bien, de par *la seule considération de l'état des ganglions*, le clinicien peut-il, dans la plupart des cas, instituer le diagnostic différentiel du chancre sans même se préoccuper du chancre, sans même regarder la lésion. Et comment cela ? Très simplement, de la façon suivante :

Voici, je suppose, un malade affecté d'un chancre à la verge. Ce chancre, ne le regardons pas et même, pour n'avoir pas la tentation de le voir, jetons un voile sur les parties génitales. Mais portons notre examen sur les aines et cherchons à deviner, de par l'état des ganglions *seulement*, si c'est un chancre syphilitique ou un chancre simple dont le malade se trouve affecté.

Dans les aines, que pouvons-nous trouver? Trois états différents des ganglions, et rien que trois, à savoir : 1° ou bien aucun développement ganglionnaire; absence complète de toute adénopathie; — 2° ou bien un bubon aigu, inflammatoire; — 3° ou bien, enfin, une adénopathie froide, indolente, aplegmasique, à ganglions durs et généralement multiples.

Or, dans chacun de ces trois cas — les seuls possibles avec un chancre, je le répète, — l'état des ganglions a une signification précise qui atteste la nature du chancre et permet de diagnostiquer le chancre *sans le voir*. — De cela voici la preuve.

I. — Première alternative : rien dans les aines, absence de tout développement ganglionnaire. Que signifie cela? Chancre simple *seul* possible; car il n'est que le chancre simple qui puisse exister sans adénopathie, tandis qu'avec le chancre syphilitique, au contraire, l'adénopathie est constante, fatale, ne fait jamais défaut.

Donc : pas de ganglions, chancre simple.

II. — Seconde alternative : Bubon aigu, inflammatoire. — Presque à coup sûr, l'existence d'un bubon aigu, nettement et franchement inflammatoire, accuse le *chancre simple* : — car l'adénopathie du chancre infectant est essentiellement aplegmasique, froide, indolente; elle ne devient inflammatoire qu'au cas de complications surajoutées, et elle ne le devient guère plus d'une fois sur vingt.

Donc : bubon aigu, chancre simple.

III. — Troisième alternative : Adénopathie froide, indolente, aplegmasique, à ganglions durs, mobiles, indépendants, multiples (pléiade). — Ici, la signification d'un tel bubon est plus précise encore. Un bubon de cet ordre accuse presque certainement, presque infailliblement, un *chancre syphilitique*, car il n'est que le chancre syphilitique qui s'accompagne d'une pléiade; la pléiade n'existe pas pour le chancre simple.

Donc, dans toutes les hypothèses possibles, le diagnostic du chancre peut être déterminé par l'état des ganglions.

Cette expérience instructive, qui consiste à deviner ce qu'est un chancre *sans le voir*, je suis en mesure d'affirmer, pour l'avoir répétée des centaines de fois, qu'elle réussit bien souvent à déterminer *par elle seule* le diagnostic; ce qui, une fois de plus, légitime ce que j'ai dit du bubon, à savoir qu'il constitue pour le diagnostic du chancre un meilleur signe que le chancre lui-même.

5° *Critérium expérimental, auto-inoculation*. — En dépit de tous les signes qui précèdent, reste-t-il un doute sur la qualité du chancre? L'inoculation se présente pour résoudre ce doute et faire la lumière.

Et, en effet, si la lésion à déterminer est un chancre simple, l'inoculation (si tant est qu'elle ait été pratiquée dans les conditions convenables) fournira à coup sûr, infailliblement, ce qu'on appelle la

*pustule spécifique*, et cela dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures en général, rarement plus tard. Déchirez cette pustule; au-dessous d'elle vous trouverez un chancre simple, un petit chancre simple, naissant, embryonnaire, mais dont les caractères cependant seront assez nettement accusés, dans la plupart des cas, pour ne pas laisser le moindre doute sur le résultat de l'expérience.

S'agit-il, au contraire, d'un chancre syphilitique. L'inoculation restera stérile; elle ne sera suivie d'aucun phénomène; elle sera, comme on dit en langage technique, *négative*.

Les résultats fournis par l'inoculation sont donc des plus catégoriques, des plus certains, et je dirai même des plus séduisants. On est tenté bien souvent d'avoir recours à la lancette pour éclairer des cas obscurs, pour apporter au diagnostic une lumière que lui refusent parfois les éléments cliniques. Eh bien, cependant, il convient en pratique d'être sobre de ce procédé expérimental, et voici pourquoi. C'est, d'abord, que le procédé déplaît fort aux malades et qu'on a quelque peine à le leur faire accepter. C'est, ensuite, qu'il comporte (bien rarement, il est vrai) des inconvénients, qui à la rigueur peuvent devenir des dangers. Que fait en somme l'inoculation, quand elle fait quelque chose? Un chancre, que l'expérimentateur ajoute au bagage morbide de son client. Or, ce chancre *expérimental* n'est en rien exempt des accidents possibles de tout chancre. Il peut s'étendre, s'enflammer, déterminer des lymphangites, des bubons, des érysipèles, etc.; il peut même (comme j'en ai vu deux cas, et cela entre les mains de maîtres de l'art, Ricord et Hardy) aboutir au phagédénisme (1).

Donc, comme je l'ai dit ailleurs (2), c'est un *devoir* pour le médecin de ne se résoudre à l'inoculation qu'aux conditions suivantes : 1° Si elle est *légitimée par un intérêt sérieux afférent au malade*; — 2° si elle est *acceptée du malade*, dûment averti de ce qu'on se propose de faire, de l'intention qu'on poursuit et des conséquences possibles de cette petite expérience.

Inutile d'ajouter que, l'inoculation faite, il faut la surveiller avec le plus grand soin; puis, si elle produit un chancre, sacrifier tout aussitôt ce chancre, le détruire, le tuer sur place *ab ovo* par une cautérisation énergique, sans lui permettre de se développer.

Tels sont, sans parler des considérations d'un autre ordre que j'ai déjà indiquées précédemment (incubation, confrontation), les éléments du diagnostic des deux chancres. Le tableau suivant en présentera le résumé.

(1) Voir art. PHAGÉDÉNISME du *Dict. de méd. et de chir. pratiques*, où j'ai cité plusieurs cas de ce genre.

(2) Voir art. INOCULATION, *Dict. de méd. et de chir. pratiques*.