

Pour la grande majorité des cas, un chancre qui vient de se cicatriser est un chancre dont la vie pathologique est épuisée. Reste seulement, après lui, son noyau d'induration qui diminue, s'amollit, se résorbe et disparaît par degrés, comme je l'ai indiqué dans ce qui précède. A cela près, c'en est fait du chancre, dont l'évolution active est désormais terminée.

Telle est la règle. — Or, trois exceptions se présentent comme dérogation à cette règle et constituent ce qu'il n'est pas d'exagération à qualifier du nom d'**accidents posthumes du chancre**. Ainsi, il est possible :

1° Que l'induration chancreuse, au lieu de s'atténuer, comme d'usage, à la suite de la cicatrisation, s'exagère à la fois et comme volume et comme rénitence;

2° Que la cicatrice du chancre se rouvre, s'exulcère, s'ulcère, en constituant une plaie nouvelle à la surface de l'induration; de sorte que le chancre primitif semble s'être reproduit, renouvelé (*chancre de retour, chancre redux*);

3° Que le noyau d'induration du chancre se ramollisse (à la façon d'un phlegmon ou d'une gomme), subisse une sorte de fonte moléculaire, se liquéfie et s'élimine à l'état d'un déliquium puriforme par une ou plusieurs ulcérations creusées à la surface de la lésion (*chancre pseudo-gommeux*).

Ces trois phénomènes sont à coup sûr des plus curieux. Et cependant, bien que je les aie décrits de vieille date (1), ils sont encore peu connus; je les dirai même presque ignorés du public médical, en dehors du petit camp des « spécialistes ». J'ai donc devoir de rappeler l'attention sur eux; car, méconnus, ils ne laissent pas de donner lieu parfois, soit à de réels embarras diagnostiques, soit à de sérieuses erreurs doctrinales.

I. — Le premier, qui n'est autre que l'exagération du noyau d'induration consécutivement à la cicatrice, se trouve déjà connu de nous par ce qui précède. Je ne ferai donc que le citer ici à son rang, au nombre des accidents posthumes du chancre.

II. — Le second constitue ce que j'ai cru pouvoir appeler le CHANCRE REDUX. Il consiste en ceci :

Un chancre syphilitique vient, je suppose, d'aboutir à cicatrisation, en laissant à sa suite un noyau d'induration plus ou moins accentué. La cicatrice est bien accomplie, paraît solide et définitive. Quelques

(1) Étude clinique sur l'induration syphilitique primitive (Arch. gén. de méd., 1867).

jours ou même quelques semaines s'écoulent sans incident nouveau. Puis, voici que, contre toute attente, cette cicatrice s'ouvre sur un point, le plus souvent à son centre. Il se produit là une petite érosion, qui tout aussitôt s'étend, s'élargit plutôt encore qu'elle ne se creuse, et a bientôt fait d'envahir tout ou partie de la surface occupée par l'ancien chancre.

Or, cette lésion de nouvelle formation — qu'on veuille bien remarquer ceci — rappelle absolument le chancre primitif. Elle le rappelle à tous égards, et comme siège (cela va sans dire), et comme étendue, et comme configuration, et comme dureté de base (puisqu'elle a pour assise l'induration primitive), et aussi comme aspect général. Si bien que le chancre primitif semble alors reconstitué, ressuscité en quelque sorte. A preuve ce mot usuel et bien topique des malades : « Voilà mon chancre qui revient ! » Et, en vérité, ce chancre *redux* offre le plus souvent une identité de caractères presque absolue avec le premier. A ce point que tout observateur n'ayant pas assisté à l'évolution que je viens de dire n'hésiterait pas à reconnaître dans une telle lésion un type accompli de chancre primitif.

Tel est, sommairement, le fait clinique en question. Venons maintenant aux détails.

I. — Tout d'abord, à quelles échéances ce chancre *redux* entre-t-il en scène après la cicatrisation de son prédécesseur? — Quelquefois à échéance très courte (deux à cinq jours); — bien plus souvent à intervalle de huit à douze ou quinze jours; — quelquefois trois semaines plus tard, rarement au delà.

II. — *Étiologie*. — La réouverture du chancre est un phénomène d'ordre tout spontané. Elle n'a que faire, pour se produire, de l'intervention d'une cause étrangère, telle que traumatisme, excitation ou froissements du coït, applications irritantes, etc.

En revanche, elle est bien sûrement favorisée par une condition spéciale, à savoir l'*exubérance de l'induration*. Dans la grande majorité des cas, en effet (trente-deux fois sur trente-six, d'après une statistique qui m'est personnelle), elle s'observe sur des chancres à induration volumineuse ou excessive. Mais cette condition, cependant, ne lui est pas indispensable; car plusieurs fois on l'a vue se développer sur des chancres ne présentant qu'une faible doublure d'induration parcheminée.

La considération de siège vient à l'appui de ce qui précède. Sur vingt-neuf cas, j'en compte dix-neuf où le chancre *redux* s'est produit au niveau de la rainure glando-préputiale. Or, c'est en ce point, on le sait, que les chancres syphilitiques se développent avec le plus d'exubérance; c'est là le siège favori des grosses indurations, des indurations « en calus », d'une dureté parfois surprenante.

III. — *Caractères cliniques*. — Le chancre *redux* se présente sous deux types, à savoir :

1° *Type érosif*. — C'est alors le véritable Sosie de l'érosion chancreuse primitive, qu'il serait inutile de décrire à nouveau.

2° *Type ulcéreux*. — Se présentant sous forme d'une ulcération plus ou moins creuse, soit cupuliforme et « faite à l'évidoir », soit entamante, à bords entaillés, à fond inégal et vermoulu, de teinte soit grisâtre, soit d'un rouge foncé, avec semis de points bruns ou noirâtres.

Cette plaie suinte plus que le chancre primitif. Elle sécrète un liquide sanieux plutôt que purulent, mal lié, et chargé de débris organiques.

Enfin, elle est indolente.

iv. — *Évolution, durée, récurrence*. — Après avoir acquis son complet développement, le chancre redux se limite, reste stationnaire un certain temps, puis se répare, et cela généralement avec une rapidité remarquable. C'est même chose singulière parfois que de voir des cicatrices chancreuses se détruire en quelques jours pour se réparer en quelques jours. Il n'en est pas toujours ainsi, à la vérité. En certains cas, qui sont loin d'être rares, l'ulcération de récurrence subsiste sans modification pendant deux, trois septénaires et même davantage, en dépit des traitements les plus méthodiques. Presque toujours alors la lenteur de la réparation cicatricielle paraît trouver sa raison dans le développement excessif de l'induration qui sous-tend la plaie.

Un fait des plus curieux est que la cicatrice (celle qui succède au chancre redux) n'est pas toujours elle-même définitive. Sur plusieurs malades je l'ai vue se rouvrir à son tour; je l'ai vue même, en deux cas, s'éroder légèrement une troisième fois.

Tous les chancres sur lesquels j'ai observé ces *ulcérations récidivantes de cicatrice* étaient doublés d'indurations volumineuses.

Six fois sur sept cas, ces ulcérations récidivantes se sont limitées à une petite étendue de la cicatrice et réparées rapidement. Mais, dans un cas très intéressant (Obs. I du Mémoire précité), il n'en fut pas ainsi, et la troisième ulcération dépassa de beaucoup les deux premières comme étendue, comme profondeur et comme durée. En deux mots, en effet, voici la marche qu'affectèrent les accidents :

1° Chancre initial consistant en une érosion limitée, superficielle, indurée. — Cicatrisation en dix jours.

2° Quatre jours plus tard, réouverture du chancre. Formation d'un chancre redux qui recouvre toute l'aire du premier chancre. Développement notable de l'induration. — Cicatrisation en vingt-trois jours.

3° Dix-sept jours plus tard, réouverture de la cicatrice. — *Second chancre redux*, dont l'ulcération dépasse la cicatrice, s'étend et se creuse. — Cicatrisation seulement obtenue en trente-trois jours.

v. — *Complication phagédénique*. — On a vu plusieurs fois ces ulcérations récidivantes, alors qu'elles étaient développées sur de gros noyaux d'induration, se creuser, s'excaver, pénétrer dans les tissus

jusqu'à des profondeurs de 6, 8, 10 millimètres, offrir une surface blafarde, irrégulière, déchiquetée, d'aspect gangreneux, et réaliser en un mot l'aspect du **phagédénisme térébrant**.

De telles lésions ne laissent pas d'être menaçantes d'apparence et sembleraient devoir réclamer une intervention énergiquement répressive. Or, il faut savoir qu'elles sont plus effrayantes que graves. En réalité, elles sont bénignes d'essence. Elles se limitent *sponte suâ* dans un temps assez court et guérissent *sponte suâ*. Elles guérissent même d'autant mieux qu'on les tourmente moins par tels ou tels topiques ou surtout par des cautérisations intempestives; toutes notions essentiellement utiles pour la pratique.

C'est qu'en effet le phagédénisme qui se produit en pareil cas n'est que du *pseudo-phagédénisme* ou, comme le disait Ricord, de l'*auto-phagédénisme*. Le processus ulcérateur n'intéresse en l'espèce que des tissus morbides, à savoir le néoplasme d'induration chancreuse, et respecte les tissus physiologiques. Aussi bien, dès que ce néoplasme a achevé de se détruire, voit-on l'ulcération se limiter, se déterger, prendre l'aspect d'une plaie simple et se cicatriser rapidement.

Conséquence pratique : Nul besoin, à propos de ces ulcérations auto-phagédéniques, de faire appel à des médications violentes. Le plus simple traitement suffit en l'espèce, à savoir : pansements méthodiques, comme s'il s'agissait d'un chancre usuel, bains généraux, bains locaux, etc. J'ai vu, dans un cas de cet ordre, la simple charpie guérir ou plutôt laisser guérir en huit jours une ulcération très creuse pour laquelle on avait conseillé une cautérisation au fer rouge.

vi. — *Contagiosité*. — Tout ce qui a trait à la contagion est essentiel à noter. Aussi bien ne dois-je pas négliger de dire que, dans un cas, j'ai eu la preuve que le *chancre redux est contagieux*. Voici ce fait en deux mots.

Un jeune homme, qui venait d'être affecté de deux chancres syphilitiques de la rainure et qui en était guéri, eut des rapports avec sa maîtresse habituelle au moment où les cicatrices de ces deux chancres étaient en train de se rouvrir (25 avril). Il présentait alors deux plaies assez étendues, lisses, de teinte vineuse, reposant sur de volumineux noyaux d'induration. — Or, trois semaines plus tard, cette femme (qui affirmait n'avoir eu rapport qu'avec son amant depuis plus de deux ans et n'avoir eu rapport avec celui-ci depuis plus de deux mois que le 26 avril) commençait à présenter une érosion vulvaire qui devint un chancre syphilitique incontestable, lequel d'ailleurs fut suivi, à échéance réglementaire, d'accidents constitutionnels.

III. — FONTE ET RAMOLLISSEMENT DE L'INDURATION CHANCREUSE (*Chancre pseudo-gommeux*). — Beaucoup plus rare que le précédent, mais non moins curieux que rare, cet accident consiste en ceci : Un ramollissement des couches centrales du noyau d'indu-

ration, lesquelles se convertissent en une sorte de déliquium, puis s'éliminent par une ou plusieurs petites fistules au travers des couches périphériques restées intactes.

Exemple : Un chancre vient, je suppose, de se cicatrifier en laissant un volumineux noyau d'induration. Quelques jours ou, au plus, quelques semaines plus tard, on voit s'établir au centre de ce noyau un travail de *ramollissement*, de fonte, de liquéfaction; puis apparaît à sa surface un petit *orifice* régulièrement circulaire, par lequel s'évacue une matière liquide, jaunâtre, sanieuse, puriforme plutôt que purulente. C'est là l'orifice d'un canalicule creusé, comme par une vrille, dans les parties périphériques de l'induration et aboutissant au foyer central de ramollissement. — Puis, les choses étant disposées de la sorte, le processus se poursuit de la même façon, à savoir : les portions du noyau destinées à se ramollir se ramollissent, et le détrit liquide qui résulte de leur désagrégation continue à s'évacuer par la fistule, tout cela à l'instar d'un abcès qui se vide. — Finalement, quand la fonte est terminée, la fistule se cicatrifie, et ce qui reste du noyau, notamment en surface, achève de se résorber suivant le mode usuel aux indurations chancreuses.

Donc, ce qu'offre de remarquable le processus en question consiste en les deux particularités suivantes : 1° ramollissement des portions centrales du noyau d'induration, avec intégrité de ses couches superficielles qui échappent à ce travail de désagrégation; — 2° mécanisme d'évacuation par un canalicule creusé dans la coque périphérique du noyau.

Variétés. — I. — Le plus souvent le conduit d'évacuation est unique. — Circulaire, il représente exactement, je répète la comparaison, un trou de vrille creusé dans la cicatrice. — Profond, jusqu'à mesurer 4, 5, 10 millimètres, il aboutit à une cavité, à une sorte de caverne ou de géode correspondant aux parties centrales du noyau, ce dont on se rend facilement compte en explorant les parties avec un stylet à bout recourbé. On sent alors d'une façon non douteuse que l'extrémité de l'instrument se meut en liberté dans un espace vide d'une certaine étendue.

II. — Parfois plusieurs canaux d'évacuation (deux ou trois; j'en ai compté jusqu'à six sur la cicatrice d'un chancre de la rainure) se creusent de la même façon dans l'épaisseur du noyau.

Ces canalicules multiples sont souvent très étroits, presque capillaires, au point de n'admettre que le plus fin stylet. Il faut alors les chercher avec quelque soin pour les découvrir; sinon ils pourraient passer inaperçus.

III. — D'autres fois le conduit unique ou les conduits multiples en question s'élargissent en s'ulcérant, en même temps que s'ulcère la paroi supérieure, c'est-à-dire superficielle, de la lésion. De la sorte, le fond de la caverne se trouve mis à découvert, et la plaie prend

alors exactement l'aspect d'une petite gomme nodulaire en voie d'évacuation. C'est à cette variété que pourrait s'appliquer la dénomination de *chancre pseudo-gommeux*.

Terminaison. — Toujours favorable. — Après un temps variable entre 10 à 20 et 25 jours, le processus d'élimination se termine. La plaie ou les plaies se détergent et se réparent. Reste une cicatrice déprimée, voire excavée, mais qui ne tarde pas à se régulariser et à s'aplanir par résorption graduelle de l'induration périphérique.

Identité probable de nature des deux ordres de lésions précédentes. — Que sont, en définitive, les deux lésions que je viens de décrire sous les noms de chancre redux et de ramollissement en géode de l'induration chancreuse? Ce sont deux processus ayant pour résultat commun la destruction, la fonte moléculaire et l'élimination du tissu pathologique qui constitue l'induration. Ils diffèrent bien l'un de l'autre, il est vrai, par leur expression objective, par leur modalité clinique. Cliniquement, l'un est une *ulcération* et l'autre une sorte d'*abcès*. Mais, à considérer les choses de plus haut, ce sont moins là deux phénomènes différents que deux apparences différentes d'un même phénomène. Dans un cas, en effet, c'est une induration qui se ramollit dans ses couches superficielles, qui se détruit en surface; et, comme le travail morbide se fait à découvert, il prend l'aspect d'une ulcération. Dans l'autre, c'est une induration qui se ramollit dans ses couches profondes, qui se détruit en profondeur; et, comme ici le travail pathologique est masqué, il revêt la forme d'un abcès qui se produit sous la peau et s'élimine par un ou plusieurs trajets fistuleux. La différence, je le répète, n'est que dans l'apparence des choses et non dans leur nature.

Je crois donc qu'on peut légitimement rapprocher et considérer comme identiques ces deux processus morbides. D'autant que plusieurs fois on les a observés simultanément sur le même sujet, au même instant, au même siège, côte à côte, pour ainsi dire. Une telle coïncidence achève de démontrer l'identité de nature de ces deux ordres de lésions.