

Enfin, le pansement par occlusion au taffetas de Vigo ou au taffetas iodoformé trouve aussi son indication à l'époque où les phénomènes de réaction ont disparu.

Il va sans dire que le repos horizontal est indispensable, surtout au cas de complications inflammatoires.

#### INDURATIONS SECONDAIRES. — MÉTAMORPHOSES DU CHANCRE.

Deux questions annexes doivent actuellement trouver place ici. L'une a trait aux *indurations secondaires*, et l'autre aux « transformations du chancre », à ce qu'on appelait autrefois les « *métamorphoses du chancre in situ* ».

I. — INDURATIONS SECONDAIRES. — Pseudo-chancres. — **Signification clinique de l'induration en syphilis.** — Il n'est pas absolument rare que, d'une façon toute spontanée (1), les syphilides muqueuses *s'indurent* à l'instar du chancre, c'est-à-dire se doublent à leur base d'un exsudat néoplasique, lequel, par ses attributs, ses caractères, sa façon d'être, rappelle plus ou moins complètement l'exsudat néoplasique du chancre, le néoplasme induré de l'accident primitif. De telle sorte qu'au toucher ces syphilides fournissent la même sensation que le chancre, de telle sorte qu'elles sont *indurées* comme lui. On croirait, en explorant leur base, leur assise, avoir sous le doigt la base, l'assise, l'induration spécifique du chancre.

*Il y a donc des syphilides indurées, tout comme il est un chancre induré.*

J'ajouterai même, pour compléter la proposition qui précède, que ces indurations secondaires sont absolument identiques cliniquement à l'induration du chancre. A savoir :

Elles lui sont identiques, d'abord, en ce que, comme cette dernière, elles sont constituées par un néoplasme fournissant aux doigts une rénitence sèche, élastique, chondroïde même en certains cas, très différente comme sensation soit de la dureté pâteuse de l'œdème, soit de l'engorgement inflammatoire ;

Elles lui sont identiques encore en tant que lésions indolentes et aplegmatisques, c'est-à-dire se développant à froid, sans douleur, sans réaction locale, sans irradiation inflammatoire ;

Elles lui sont identiques aussi comme volume, comme développe-

(1) Il ne s'agit ici, besoin est de le préciser, que d'indurations d'ordre *spontané*, et non d'indurations artificielles pouvant dériver de cautérisations ou de certains topiques. — Ces indurations artificielles s'observent avec les syphilides secondaires comme avec le chancre et sous l'influence des mêmes conditions étiologiques (Voy. p. 76) ; mais, encore une fois, ce n'est pas d'elles qu'il est question dans le chapitre actuel.

ment, comme configuration, comme ensemble de caractères, comme physionomie générale de lésions ;

Enfin, elles lui sont identiques même (je puis le dire par avance) comme évolution et comme terminaison, en tant que lésions spontanément résolutive, aboutissant après une certaine durée à se résorber *proprio motu* et à disparaître sans laisser de traces.

En un mot, ces indurations secondaires reproduisent exactement, trait pour trait, l'induration chancreuse, et cela en coïncidence avec des manifestations d'ordre consécutif.

Sommairement, donc, le fait clinique dont il s'agit en l'espèce se résume en ceci : une lésion secondaire se présentant doublée à sa base d'une rénitence, d'une induration tout à fait assimilable à la rénitence, à l'induration qui sous-tend le chancre syphilitique.

Comme *siège*, c'est à la vulve que ces indurations secondaires s'observent le plus souvent, et cela sous la base de syphilides de divers ordres, notamment de syphilides papulo-érosives, de syphilides papulo-hypertrophiques ou même (mais plus rarement) de syphilides simplement érosives.

Elles ne sont pas rares non plus à la verge, notamment au niveau de la rainure glando-préputiale où l'on voit assez fréquemment de petites syphilides, même simplement érosives, se doubler à leur base d'une rénitence singulière, soit étalée en lamelle et parcheminée, soit même nodulaire et profonde.

De même aussi des syphilides superficielles du gland infiltrent parfois la muqueuse de cet organe et lui confèrent une véritable rénitence de parchemin. — Plus rarement on a vu des néoplasies secondaires, sous-jacentes à des syphilides, s'étaler en nappe et revêtir une large surface du gland (voire, mais exceptionnellement, le gland tout entier) d'une sorte de cuirasse rénitente, et rénitente à ce degré qu'un de mes malades comparait sa verge à « une verge de bois ».

Des indurations de même genre se rencontrent encore, mais bien moins souvent, sous les syphilides des bords de la langue, des lèvres, de l'anus, etc. (1).

**Pseudo-chancres indurés de récidive.** — A coup sûr, les indurations secondaires dont je viens de parler ne constituent par elles-mêmes qu'un fait clinique auquel devrait suffire une simple mention. Mais une circonstance spéciale leur rattache un intérêt de premier ordre. C'est qu'en effet **elles peuvent simuler le chancre syphilitique** et même le simulent parfois à un haut degré. Voici comment :

Que l'on suppose une syphilide papulo-érosive, circonscrite et so-

(1) Pour de plus amples détails, consulter à ce sujet un Mémoire publié par moi, sous le titre suivant : Du pseudo-chancre induré des sujets syphilitiques (*Archives gén. de médecine*, 1868).



litaire comme le chancre, se présentant avec une base indurée, une telle lésion ne sera-t-elle pas admirablement faite pour donner le change et en imposer pour un chancre induré? Comme le chancre, elle sera isolée; — comme lui, elle sera érosive et quelque peu saillante; — comme lui, rouge ou rosée; — comme lui, surtout, elle reposera sur une base rénitente, dure, etc. — Bref, elle pourra avoir et, de fait, elle aura parfois tellement l'air, la physionomie, l'ensemble objectif du chancre que, neuf fois sur dix, elle sera sûrement prise pour un chancre. L'erreur, en l'espèce, est plus que facile; elle est presque forcée. Il faut vraiment avoir appris par expérience personnelle que des lésions secondaires peuvent se présenter sous cette forme pour ne pas les confondre avec le chancre.

Pratiquement, le danger de confondre avec le chancre ces *syphilides indurées chancrifformes*, ces *pseudo-chancres* (comme je les appelle) ne porterait pas à conséquence; car, après tout, chancre et syphilides sont symptômes d'un même mal et impliquent les mêmes indications thérapeutiques. Mais, doctrinalement, c'est une tout autre affaire. Une syphilide prise pour un chancre signifie ceci en doctrine : *infection nouvelle surajoutée à une infection antérieure, seconde vérole entée sur une première*. Qui dit chancre, en effet, dit accident dérivé d'une contagion, accident initial allant servir d'exorde à une diathèse. Un sujet syphilitique présentant à nouveau un chancre induré est un sujet qui vient de contracter une *seconde vérole*.

Or, comme rien n'empêche que, sur un organisme en puissance de syphilis, il ne se développe deux et trois fois de suite des syphilides indurées, voyez où peut conduire l'erreur, l'erreur facile, qui considérerait cette série de syphilides comme une série de chancres successifs. Il résulterait de là qu'on a la faculté de subir deux ou trois fois de suite une contagion nouvelle et de « s'envéroler coup sur coup », comme on le disait autrefois. Il résulterait de là que l'organisme humain est susceptible de subir à courte échéance plusieurs inoculations successives du virus syphilitique, alors que la clinique et l'expérimentation s'accordent à nous le montrer réfractaire à ce virus après une contamination première, alors qu'il est d'expérience commune et de notion vulgaire que (sauf exceptions prodigieusement rares) *la vérole ne se double jamais*. A quelles conclusions illégitimes et singulières aboutirait en l'espèce le seul fait d'un symptôme mal interprété!

Eh bien, cette interprétation vicieuse a été appliquée plusieurs fois, sans aucun doute, à l'ordre des lésions dont je viens de parler. Plusieurs fois on a pris pour des chancres indurés nouveaux, pour des chancres indurés de *récidive*, des syphilides indurées, et l'on a conclu de là que *la vérole peut, même à bref délai, se doubler, se tripler, sur le même sujet*, alors qu'en réalité les cas de réinfection syphilitique restent à l'état de faits rigoureusement possibles, mais absolument

exceptionnels. Qu'on prenne le soin d'analyser en détail les quelques cas de « vérole double » qui ont été publiés par divers auteurs, et l'on restera convaincu, après examen minutieux, que la plupart de ces prétendus chancres de récidive n'étaient en réalité rien autre que des *syphilides indurées chancrifformes, simulant le chancre par la particularité spéciale de leur induration*. Observations en mains, il me serait facile de faire la preuve de ce que j'avance; mais je n'ai pas, quant à présent, à débattre ce sujet, qui devra m'occuper plus tard. Je me borne pour l'instant à signaler à son propos une cause d'erreur contre laquelle il importe de se tenir en garde.

C'est qu'en effet, on prête généralement à l'*induration* un sens qu'elle ne comporte pas; on lui fait dire, si je puis ainsi parler, ce qu'elle ne dit pas. On s'est accoutumé à la considérer comme un attribut spécial du chancre, comme un signe appartenant au chancre d'une façon exclusive. Toute ulcération indurée, toute lésion indurée est réputée chancre *ipso facto*, par le seul fait qu'elle est indurée. Or, rien de plus arbitraire, rien de moins légitime qu'une telle interprétation, et besoin est véritablement de réagir contre cette tendance, comme je vais essayer de le faire en quelques mots.

L'induration considérée en tant que signe clinique, l'induration telle que nous la percevons sur le malade, n'est absolument pathognomonique ni d'une *maladie*, la syphilis, ni d'un accident spécial de cette maladie, le *chancre*.

D'abord, en tant que signe clinique, elle peut être simulée soit par divers états morbides, soit même par la réaction de certains caustiques, de certains topiques sur des ulcérations ou des lésions vulgaires. A preuve, par exemple, ces *indurations artificielles* dont j'ai parlé précédemment comme susceptibles de simuler à s'y méprendre l'induration spontanée du chancre.

Mais là n'est pas le point important. Ce qui nous intéresse plus immédiatement est ceci : l'*induration n'appartient pas en propre à un accident particulier de la syphilis*; elle n'est pas l'apanage exclusif d'une manifestation de la diathèse; en un mot, elle n'est pas pathognomonique du chancre. Sans doute elle s'observe en compagnie du chancre bien plus fréquemment que de tout autre accident; mais elle se rencontre aussi en maintes occasions comme phénomène indépendant du chancre, comme expression ultérieure de la diathèse. Elle se rencontre, par exemple, très communément avec les syphilides muqueuses, comme je viens de l'établir. Parfois encore elle s'adjoint, sous forme d'infiltration lamelleuse ou parcheminée, à certaines syphilides cutanées, telles que les syphilides papuleuses à papules bien formulées, lenticulaires, discoïdes, etc. (Voy. page 301). C'est elle, de même, qu'on retrouve dans certaines lésions que j'ai décrites sous le nom de *chancre redux* et d'indurations *satellites du chancre*. C'est elle encore qui constitue ces lymphangites et ces



adénopathies dures qui se produisent au voisinage de l'accident primitif. C'est elle encore qui constitue les adénopathies secondaires, les noyaux de l'albuginite, les tubercules, les « nodi », et toute une série d'infiltrats de même ordre.

L'induration, en conséquence, ne saurait être considérée comme un signe propre du chancre. Loin de là, *c'est un signe commun à des manifestations variées et à des âges divers de la syphilis*. Elle se relie moins à un accident donné de la maladie qu'à la maladie même ; elle trahit, elle accuse moins un stade chronologique de la diathèse que la nature même et l'essence de cette diathèse. En autres termes, l'induration, en syphilis, n'atteste pas plutôt le chancre que tel autre accident ; elle témoigne simplement d'une modalité pathologique qu'affecte fréquemment la syphilis.

Cette façon d'envisager l'induration me paraît déduite en toute rigueur de l'analyse des faits cliniques. D'autre part, elle trouve sa sanction dans les données de l'histologie. Qu'est-ce donc, en effet, que l'induration chancreuse histologiquement ? Un néoplasme développé sous l'érosion du chancre. De même, histologiquement, que sont les indurations secondaires ? Des néoplasmes identiques doublant la base de lésions secondaires. Que sont encore les indurations ganglionnaires ? Des néoplasmes interstitiels des glandes, etc. Est-il donc surprenant qu'une maladie, susceptible de déterminer une lésion identique à diverses périodes de son évolution, se traduise cliniquement à diverses périodes par un signe commun ? Cette lésion identique, c'est un néoplasme ; ce signe commun, c'est l'induration.

## II. — TRANSFORMATION DU CHANCRE EN PLAQUE MUQUEUSE. —

**Ancienne doctrine de la plaque muqueuse primitive.** — Il est positif qu'en maintes occasions le chancre aboutit à prendre l'aspect, la physionomie de la plaque muqueuse ou, pour mieux préciser, de la papule érosive secondaire. De cette modification objective on avait conclu jadis à une *transformation de nature*, et l'on disait — à tort ou à raison, je discuterai ce point dans un instant — que le chancre ainsi altéré de caractère « s'était métamorphosé » *ipso facto* en une plaque muqueuse.

Nos devanciers rattachaient à cette *transformation* du chancre, comme ils l'appelaient, une importance de premier ordre, car ils admettaient que le chancre, *par le seul fait de cette modification*, passait à l'état d'accident constitutionnel et cessait d'être soit auto-inoculable, soit inoculable à autrui, c'est-à-dire contagieux. C'était là, — ai-je besoin de le dire ? — toute une cascade d'erreurs dont l'observation et l'expérience ont fait justice aujourd'hui. Nous savons actuellement, en effet, que le chancre, le vrai chancre, est un accident tout aussi constitutionnel qu'une manifestation secondaire ; — nous

savons qu'il est réfractaire à l'auto-inoculation, comme les lésions d'un stade plus avancé ; — nous ne savons pas moins que la contagiosité de la maladie, loin de s'éteindre avec le chancre, se continue dans les accidents d'une époque ultérieure, notamment dans les plaques muqueuses. En conséquence, ce qu'on regardait jadis comme une véritable *métamorphose, transformant du tout au tout l'essence de l'accident primitif*, n'est plus pour nous qu'un changement d'aspect, qu'une modification d'allure, qui n'influe en rien sur les qualités intrinsèques de cet accident, sur son caractère de manifestation diathésique, sur sa résistance à l'auto-inoculation, non plus que sur sa contagiosité. Ce phénomène a donc perdu pour nous à peu près tout l'intérêt clinique qu'on lui attribuait autrefois, en descendant au rang d'une simple particularité objective. N'importe, cependant ; car, à un tout autre point de vue, il s'impose encore à l'attention, ainsi qu'on va le voir.

Tout d'abord, comment se produit cette transformation du chancre ? De deux façons, l'une très commune, l'autre rare.

1. — La première consiste en une véritable *modification in situ*, qui s'opère comme il suit. De plat ou de creux qu'il était, le chancre commence par devenir proéminent ; son fond bourgeonne, se bombe, s'élève en plateau, *s'exhausse*, suivant le terme consacré ; — en même temps *sa surface se modifie* comme teinte ; grise, rouge ou rougeâtre à l'origine, elle arrive par transitions insensibles à prendre un ton rosé ou d'un gris rose assez pâle ; — simultanément aussi, de lisse qu'elle était, elle devient quelque peu *granuleuse* ; — enfin, comme aspect général (ce qui est indescriptible), la lésion entière perd peu à peu sa physionomie de chancre pour prendre celle d'une papule secondaire.

Puis, toutes ces modifications de détail marchant de compagnie et s'exagérant de jour en jour, il arrive qu'au moment où elles sont accomplies le chancre, pour ainsi dire, n'existe plus ; c'est fait de lui en tant que physionomie de chancre ; il est devenu papule, et quiconque le verrait pour la première fois sous cette forme nouvelle le prendrait pour une lésion secondaire, pour une papule érosive secondaire. — On dit alors qu'il s'est *transformé*.

Inutile d'ajouter qu'après être passé de la sorte à l'état de papule, le chancre se conduit ultérieurement comme une papule, c'est-à-dire se répare et se cicatrise rapidement, si peu qu'on lui oppose une hygiène convenable et un traitement topique des plus simples.

II. — Le second mode de transformation du chancre, pour être différent, n'est guère plus compliqué. Il consiste en une véritable *absorption* du chancre par des lésions secondaires développées à sa périphérie. Comment se fait cette absorption ? Elle résulte simplement de la prolifération au pourtour du chancre d'une série de papules qui se groupent autour de lui, l'enserrent, le cernent, puis se



fusionnent, s'amalgament avec lui, au point qu'il finit par disparaître au milieu d'elles.

Au détail, voici ce qui se produit. Un essaim de papules secondaires apparaît aux environs du chancre. Ces papules progressent, s'élargissent, se confondent. Par développement excentrique, elles arrivent à entourer le chancre, à le *cerner*, puis se fusionnent avec lui. Déjà le chancre n'est plus guère reconnaissable au centre de cette nappe papuleuse, d'autant que lui aussi, parallèlement, s'est modifié d'aspect. Sa surface s'est bombée, exhaussée, est devenue rose, a viré, pour ainsi dire, à la physionomie des lésions secondaires. Finalement, ce double processus, développement de papules et modification du chancre, se continuant dans le même sens, il arrive un moment où papules et chancre ne font plus qu'un, où le chancre est absorbé par les papules, englobé par elles, amalgamé avec elles, et disparaît dans une lésion commune d'aspect secondaire.

Modifié de la sorte (et suivant tel ou tel de ces processus, n'importe), le chancre devient-il de ce fait une plaque muqueuse? De ce qu'il a pris les allures, la physionomie d'une plaque muqueuse, s'est-il transformé en plaque muqueuse? Longtemps on a agréé cette croyance, ce dont témoigne la dénomination même de « métamorphose in situ », sous laquelle on désignait autrefois le phénomène. Aujourd'hui tout le monde la conteste, et pour d'excellentes raisons. C'est qu'en effet il ne suffit pas d'une simple apparence objective pour déterminer la qualité d'une lésion, et qu'un chancre modifié comme je viens de le dire peut bien rester un chancre en dépit de la physionomie nouvelle que lui imprime une particularité d'évolution. La preuve en est que nombre de lésions étrangères à la syphilis prennent accidentellement le masque de lésions syphilitiques sans devenir syphilitiques pour cela. Tel est, comme exemple, le chancre simple qui, sous sa forme *papuleuse*, ressemble quelquefois d'une étrange façon à une papule secondaire de syphilis. Or, qui se prêterait à croire qu'il se soit métamorphosé de fait en une papule syphilitique parce qu'il en a pris l'aspect?

Je l'avoue, le débat en question est insoluble dans un sens comme dans l'autre. Comment démontrer, en effet, qu'un chancre qui a pris l'aspect d'une plaque muqueuse est devenu ou n'est pas devenu une plaque muqueuse? Tout critérium nous fait défaut à ce point de vue. Donc, affirmer cette transformation est émettre une pure hypothèse que rien ne justifie. Aussi bien est-il plus prudent de s'en tenir à ce qu'on voit, d'énoncer simplement le fait clinique et de considérer cette modification possible du chancre quant à ses caractères extérieurs comme une simple particularité d'évolution.

D'ailleurs, là n'est plus, quant à présent, l'intérêt de la question. Cet intérêt réside dans une considération d'un autre ordre, à savoir

dans l'*erreur doctrinale* qui pourrait résulter d'une fausse interprétation du chancre apparemment transformé en plaque muqueuse. Je m'explique.

Soit, je suppose, un chancre transformé d'aspect en plaque muqueuse. Quel diagnostic portera sur lui le médecin qui le voit pour la première fois, sinon celui de la forme d'accident qu'il a sous les yeux, c'est-à-dire celui de plaque muqueuse? Il le considérera donc comme une plaque muqueuse. Or, cet accident, d'autre part, le malade le lui présente comme le premier en date de sa maladie, comme celui qui a dérivé de la contagion et qui l'a traduite d'emblée, après l'incubation de rigueur. « Donc, dira ou pourra dire le médecin, voilà une plaque muqueuse qui a servi d'origine à la syphilis de mon client; donc, voilà une syphilis qui a débuté par une plaque muqueuse. »

Telle a été la doctrine « *de la plaque muqueuse primitive* », doctrine d'après laquelle la syphilis pouvait aussi bien débiter par une plaque muqueuse que par un chancre. Ses partisans n'avaient d'autre argument à invoquer en sa faveur que celui-ci : constatation première de l'accident initial d'infection sous la forme d'une plaque muqueuse. Or, ils n'oubliaient qu'un point, c'est que la constatation première de cet accident avait été précédée d'une étape où ledit accident s'était produit sous la forme d'un chancre avant d'aboutir à une forme modifiée, celle de la plaque muqueuse. Leur tort était donc de ne voir que la moitié des choses, de raisonner sur des faits à observation tronquée, d'accorder à une modalité objective une signification qu'elle ne comporte pas, et de méconnaître les transformations possibles du chancre.

Et, en effet, toutes les observations cliniques ou expérimentales qui ont été suivies intégralement et *ab ovo* ont toujours montré la syphilis faisant son explosion première sous forme d'un chancre et non d'une plaque muqueuse. C'est là une vérité clinique qui n'est plus actuellement ni discutée, ni discutable. La doctrine de la plaque muqueuse primitive a donc fait son temps et reste condamnée sans retour.

Au surplus, qu'on ne l'oublie pas, ce qui caractérise le chancre, ce n'est pas tel ou tel détail de caractéristique objective; ce n'est pas non plus l'absence de tel ou tel attribut objectif, comme la papulation, par exemple, en ce qui touche la question actuelle. Ce qui, bien plus sûrement, le constitue, c'est : 1° d'être le *dérivé d'une contagion* et le produit de cette contagion au lieu même où elle s'est exercée; — 2° d'être l'expression *première*, initiale, de cette contagion; — et 3° de constituer pour un temps (sans parler du bubon, lequel, à vrai dire, n'est qu'un satellite du chancre) l'accident *unique* par lequel se traduit originellement l'infection de l'organisme.