

De ces formes, la plus commune après celle qui précède consiste en des poussées multiples, indéfiniment récidivantes, de syphilides buccales. Ainsi, il n'est pas rare de voir des malades qui, bien qu'épargnés par la syphilis à tout autre égard, restent sujets *pendant une série d'années* à des poussées éruptives qui se portent invariablement et exclusivement sur la muqueuse buccale. Ces poussées affectent la langue le plus souvent, sous forme d'une série de petits îlots de *glosite dépapillante*, à surface rosée, lisse et non érosive. Traitées, ces syphilides disparaissent, mais pour reparaitre à échéances plus ou moins rapprochées, et cela non pas une ou quelques fois, mais jusqu'à dix, quinze et vingt fois, si ce n'est même davantage.

Une autre modalité qu'affectent encore quelquefois ces syphilides récidivantes est constituée par une curieuse syphilide péri-buccale à laquelle sa faculté étonnante de repullulation a même valu le nom de *syphilide péri-buccale récidivante*. Cette syphilide, que j'ai signalée et baptisée de la sorte il y a déjà de longues années, est de type papulo-circiné. Elle décrit autour de l'orifice buccal (et plus souvent sur la lèvre inférieure que sur la supérieure) soit des anneaux complets, comparables à de petites bagues, soit plus habituellement des anneaux incomplets, brisés, des arcs de cercle, des croissants. Dans sa forme la plus pittoresque, elle consiste en une série de segments de cercle qui se réunissent bout à bout (forme dite *en arceaux conjugués*), en encadrant l'une des commissures buccales. Sans parler de cette physionomie objective qui la recommande à l'attention, elle doit surtout son autonomie à une très singulière faculté de récidive. On l'a vue se reproduire — et toujours au même siège, c'est-à-dire au pourtour de la bouche — non pas pour une ou quelques fois, mais jusqu'à cinq, six et huit fois au cours des premières années de l'infection. — A noter enfin qu'elle est d'observation bien plus commune chez la femme que chez l'homme.

Que sont de telles syphilis, à la fois bénignes et vivaces, à la fois rassurantes et décourageantes, rassurantes par la qualité anodine de leurs manifestations, décourageantes par leurs perpétuelles rentrées en scène? Et pourquoi ces rentrées en scène se font-elles toujours sous la même forme, toujours avec un même symptôme comme expression? Est-ce là un mode évolutif naturel, propre à certaines syphilis, ou bien n'est-ce là qu'un résultat artificiel du traitement (car les cas de cet ordre semblent être l'apanage de sujets qui se sont traités, voire longuement et correctement traités)? Toutes questions auxquelles il serait encore impossible de répondre. — Toujours est-il que ces syphilis bénignes à repullulations multiples d'un même ordre d'accidents présentent la maladie sous une forme tout à fait particulière non moins qu'originale.

III

DIAGNOSTIC.

Dans un chapitre antérieur, relatif au diagnostic des syphilides secondaires, j'ai longuement insisté pour établir que ce diagnostic doit reposer sur le concours de trois ordres de signes (signes propres à la dermatose, signes fournis par les symptômes contemporains, signes tirés des antécédents), et que cette triade de signes est absolument, rigoureusement exigible pour la sûreté du diagnostic. « En dehors, disais-je, du contrôle réciproque que se prêtent ces trois ordres de signes, pas de diagnostic absolument certain, formel, irrécusable. Car, si habile et si exercé que puisse être un médecin, il n'a jamais la certitude de se tenir à l'abri d'une erreur, alors qu'il établit son jugement sur un symptôme *isolé*. Un symptôme isolé reste toujours sujet à caution et peut toujours tromper; tandis que ce qui ne peut tromper, c'est la considération d'un *ensemble*, d'une *série* d'accidents, d'une *évolution* pathologique. » (Page. 353.)

Eh bien, ce qui est vrai pour le diagnostic des syphilides secondaires ne l'est pas moins pour celui des accidents secondaires de tout genre et ne l'est pas moins (soit dit par avance) pour celui des accidents tertiaires. En sorte que la réflexion qui précède se trouve applicable d'une façon générale au *diagnostic de la syphilis*, quelles qu'en soient les manifestations et quelle qu'en soit la période.

Ce dernier diagnostic comporte en toute évidence un intérêt de premier ordre. Je ne craindrai donc pas d'ajouter à ce qui précède quelques commentaires, que j'emprunterai à l'une de mes leçons cliniques.

Comment et à quels signes reconnaître qu'un malade est entaché de syphilis? Sur quelles bases, en un mot, asseoir le diagnostic de la syphilis?

Le diagnostic général de la maladie repose d'abord, cela va sans dire, sur le diagnostic spécial de ses accidents. Tel accident est, je suppose, une syphilide, une iritis, une périostose, une alopecie d'origine dûment syphilitique; donc, le malade qui en est affecté se trouve par cela même convaincu de syphilis. La syphilis est une cause qu'attestent ses effets, et cette cause, de toute évidence, ne saurait être révélée autrement que par les manifestations qui en dérivent.

Jusqu'ici, rien de spécial. Toute maladie en est là; toute maladie se reconnaît à certains symptômes qui lui sont ou exclusivement ou plus particulièrement propres.

Mais ce en quoi la syphilis diffère, je ne dirai pas de toutes les maladies, mais de la plupart des maladies, c'est qu'elle ne s'accuse pas seulement par un certain nombre de symptômes particuliers ou communs; c'est qu'elle s'accuse encore et surtout par un *ensemble morbide* et par une *évolution spéciale*. Je m'explique par un exemple.

Vous êtes consultés aujourd'hui, je suppose, par un malade affecté d'une exostose. Le seul fait de cette exostose et les détails symptomatologiques qui s'y rapportent vous conduisent déjà à soupçonner et même à affirmer presque certainement la syphilis. Mais vous allez voir que d'autres considérations peuvent vous servir à légitimer votre diagnostic et à l'étayer d'une façon des plus solides. Recherchez, d'une part, si votre malade ne présente pas d'autres manifestations syphilitiques *actuelles*; remontez, d'autre part, aux *antécédents*, et informez-vous si d'autres accidents imputables à la syphilis n'ont pas précédé ceux que vous avez sous les yeux. Or, admettons, si vous le voulez bien, que coïncidemment avec l'exostose vous découvriez sur votre malade une syphilide palmaire; cette autre manifestation ne vient-elle pas déjà fournir un appoint à votre diagnostic et corroborer votre jugement, en justifiant le soupçon de spécificité diathésique que vous étiez déjà tentés d'attribuer à cette exostose? Oui, bien évidemment, n'est-ce pas? — Continuons, et admettons encore que votre malade, méthodiquement interrogé sur ses antécédents, vous raconte qu'il y a quelques années il a été affecté d'érosions buccales, d'angine avec ulcérations, de glandes au cou, de croûtes sur le cuir chevelu, d'alopécie, de boutons sur le corps, etc.; que, préalablement, il a présenté à la verge ou ailleurs une lésion qu'on a reconnue pour un chancre, etc., etc. Tous ces renseignements n'achèveront-ils pas de fixer votre opinion et de confirmer votre diagnostic; n'établiront-ils pas d'une façon aussi patente que possible l'existence, chez votre malade, d'une diathèse qui poursuit son évolution et qui s'accuse aujourd'hui par des phénomènes identiques de nature avec ceux qu'elle a produits autrefois? Que de témoignages, en effet, à l'appui de la nature spécifique de la lésion pour laquelle vous êtes consultés! C'est, d'abord, la syphilide palmaire qui confirme la spécificité de l'exostose, et réciproquement. Ce sont ensuite les accidents antérieurs (syphilides cutanées et muqueuses, alopécie, adénopathies, etc.) qui confirment la spécificité des manifestations actuelles. C'est enfin le chancre, exorde de toute cette kyrielle de symptômes, qui confirme à la fois la spécificité des uns et des autres, de ceux qui lui ont succédé à bref délai, comme de ceux qui l'ont suivi à plus longue échéance. *Tout se tient dans cet ensemble*; chaque élément de cette *série morbide* apporte à l'élément voisin une signification particulière; et de là, comme résul-

tante, ressort un diagnostic de la maladie aussi complet, aussi précis, aussi formel, qu'on le puisse désirer.

Or, dans le cas que nous venons de prendre comme exemple et aussi bien dans tout autre analogue, quels sont donc les éléments qui donnent au diagnostic de la syphilis une sûreté aussi parfaite, une certitude aussi mathématique? Ces éléments sont de deux ordres :

1° La notion d'un *ensemble* pathologique, dont les termes se confirment, en se servant, pour ainsi dire, de répondants réciproques;

2° La notion d'une *évolution* morbide, où chaque symptôme est venu se placer à son rang, est apparu à son heure, suivant la hiérarchie chronologique à laquelle obéit la vérole dans la succession des accidents qui lui sont propres.

C'est qu'en effet la vérole, ainsi que je vous l'ai déjà dit tant de fois, messieurs, ne consiste pas seulement en un accident, ni même en tels ou tels accidents isolés. La vérole est un *ensemble*, une série de manifestations qui s'appellent les unes les autres, qui se commandent réciproquement. Si telle se produit aujourd'hui, c'est que telle autre l'a précédée; et, puisque celle-ci a existé jadis, c'est une raison pour que celle-là fasse son apparition aujourd'hui. — De plus, la vérole est une *évolution*, et l'ordre dans lequel se manifestent ses divers symptômes n'est pas sans fournir au diagnostic un appoint d'une réelle valeur.

Donc, qu'on se rappelle bien ceci : **le diagnostic absolu, certain, de la vérole réside moins dans la perception d'un symptôme que dans la notion d'un ensemble et d'une évolution morbide**. Un symptôme, en effet, n'est jamais qu'un symptôme. Si vraisemblable, si évidente même qu'en paraisse la spécificité de nature, ce symptôme peut tromper. Tout le monde, je ne crains pas de le répéter, peut se tromper sur une syphilide, sur une ulcération, sur une lésion osseuse considérée isolément. On n'est jamais à l'abri d'une erreur quand on n'a qu'un accident pour instituer un diagnostic. Tandis qu'il n'est pas de méprise possible quand on a pour double base de jugement : 1° un ensemble pathologique dont les divers éléments se servent de garants réciproques; — et 2° une évolution morbide dont les incidents successifs sont survenus chacun en son temps, chacun à son heure, suivant l'ordonnance normale de la maladie.

Conséquemment, un accident syphilitique se présentant à vous, ne vous bornez jamais à diagnostiquer la vérole de par lui seul. Si cet accident est bien réellement syphilitique, soyez sûrs que d'autres manifestations l'ont précédé dans le passé ou l'accompagnent dans le présent. Ces autres manifestations, cherchez-les; cherchez-les dans le présent, et ne les cherchez pas moins dans le passé. Donc, voyez d'abord si votre malade ne présente pas actuellement quelque autre symptôme de même nature. Puis, voyez ensuite, par un interrogatoire rétrospectif, si d'autres accidents de même ordre n'ont pas prélué à

l'accident que vous avez sous les yeux. Efforcez-vous, en un mot, de *reconstituer la maladie dans son ensemble et dans son évolution naturelle*. Car, je vous l'affirme encore, cet ensemble et cette évolution seront pour votre diagnostic des témoignages bien autrement significatifs, bien autrement certains, que le meilleur symptôme actuel dont vous puissiez disposer.

Cela posé en principe, voyons l'application en pratique.

Serez-vous *toujours* assez heureux pour pouvoir, à propos d'un symptôme qui s'impose à votre examen, reconstituer toute la maladie et diagnostiquer la vérole par l'ensemble de ses manifestations successives? Toujours? Non, certes. Mais souvent, très souvent? Oui.

Chez l'homme, d'abord, dans la plupart des cas vous arriverez à remonter la série morbide. Dans la plupart des cas, ai-je dit; précisons mieux. Dix-huit ou dix-neuf fois sur vingt, en moyenne, vous pourrez facilement, par un examen minutieux et par les données anamnestiques, reconnaître après coup les diverses étapes de la maladie et instituer le diagnostic de la syphilis sur les bases que je viens de signaler comme les plus sûres. L'homme, en effet, pour toutes sortes de raisons, renseigne cent fois mieux le médecin sur ses antécédents spécifiques que ne le fait jamais la femme. D'abord, il n'a, sauf exceptions rares, aucun intérêt à dissimulation, à réticences. Puis il peut mieux et il sait mieux s'observer que la femme. Plus qu'elle, d'autre part, il est au fait de la vérole, de ses accidents et de ses dangers; plus qu'elle il la redoute et cherche à s'en protéger. Aussi le cas usuel est-il celui-ci, pour le sexe masculin: Consultés par un malade sur une manifestation syphilitique secondaire ou tertiaire, vous apprendrez immédiatement de lui que d'autres accidents ont précédé le symptôme actuel. « A telle époque, vous dira le malade, j'ai eu ceci, puis cela, puis cela encore, et à telle autre époque, antérieurement, j'ai été affecté d'un chancre, etc. » — Aidé de tels renseignements, le diagnostic de la vérole devient en général (je ne dis pas toujours, tant s'en faut) assez facile et assez sûr chez l'homme.

Chez la femme, il en est autrement. Si bien même, sans aucune exagération, que le diagnostic de la syphilis chez la femme devient presque un diagnostic spécial en raison de ses difficultés, de ses surprises, de ses obscurités de divers genres. Aussi ne craindrai-je pas d'insister sur ce point, en raison de l'intérêt pratique qui s'y rattache.

Certes, il est nombre de cas, dans la syphilis de la femme, qui se présentent le plus simplement du monde, comme ceux, par exemple, qu'on a l'occasion de surprendre *ab ovo* et dont on peut suivre l'évolution, comme ceux encore où des symptômes multiples se servent de répondants réciproques, etc. C'est là l'ordre des cas faciles, qui ne sauraient prêter à ambiguïté. Mais, à côté de ceux-ci, il en est quantité d'autres destinés à créer de réels embarras, tels que ceux où

un accident isolé (érosion vulvaire ou buccale, alopecie, dermatose palmaire, névralgie, etc.) ou même quelques accidents contemporains peu significatifs s'imposent au diagnostic. En pareille occurrence, attendez-vous chez la femme à des obscurités, des difficultés, que bien plus rarement vous rencontrerez chez l'homme. Et pourquoi? Pour toute la série des raisons suivantes.

D'abord, la femme vous renseignera bien moins que l'homme sur ses antécédents spéciaux, et cela même sans mauvais vouloir, sans arrière-pensée de réticence ou de dissimulation. C'est qu'en effet elle est bien moins *savante* que l'homme relativement à toutes choses touchant à la vérole. Elle est bien moins renseignée que lui, soit par ses conversations, soit par ses lectures, sur les symptômes et les conséquences de cette maladie; elle s'inquiète bien moins que lui de la vérole, qu'elle ne connaît que vaguement et par ouï-dire; elle y prête moins d'attention, elle s'en défie moins, elle la craint moins (1), et, conséquemment, la laisse plus facilement passer inaperçue, sans se rendre compte ou se préoccuper de symptômes qui n'échapperaient pas à la vigilance de l'homme. — De plus, la femme n'a pas les mêmes facilités que l'homme pour s'examiner génitalement, et des lésions génitales qui ne nous échapperaient pas peuvent chez elle passer inaperçues. — D'autre part, de très nombreux accidents qui servent d'expressions fréquentes à la syphilis féminine, tels que les troubles nerveux, n'ont pas le cachet vénérien et sont exposés conséquemment à être confondus avec des symptômes vulgaires, non spécifiques. — Ne pas oublier, enfin, que certaines raisons d'ordre moral conduisent souvent la femme à *dissimuler* ses antécédents vénériens. Ces raisons (qui n'existent pas pour nous) font que certaines malades n'avouent pas ou dissimulent ce qu'un homme déclarerait d'emblée et spontanément. C'est dire que, de parti pris, ces malades laisseront parfois le diagnostic du médecin vaguer et s'égarer faute de renseignements ou en raison de renseignements erronés. J'en ai connu (et combien d'exemples du genre n'aurais-je pas à citer!) qui ont menti sciemment à leur médecin, alors même que leur santé se trouvait en jeu, puis qui ensuite, de guerre lasse, sont venues se confesser à moi. Je pourrais même à ce sujet raconter les histoires les plus invraisemblables, les plus extraordinaires, et il faudrait véritablement la pénétration d'un Balzac pour analyser ce côté particulier du caractère féminin.

Somme toute, Messieurs, ne vous attendez pas à ce qu'une femme syphilitique, venant vous consulter à propos d'un accident syphilitique, vous dise ce que vous dirait un homme, à savoir: « Voici ce que j'ai actuellement, docteur; or, si cela peut éclairer votre diagnostic, sachez bien que j'ai eu la syphilis à telle époque, sous forme

(1) Preuve péremptoire: la *syphilophobie*, vésanie fréquente chez l'homme, est excessivement rare chez la femme.

de tels et tels accidents, et voyez si cette syphilis ne serait pas cause de ce que j'ai aujourd'hui ? » A de rares exceptions près, vos clientes ne vous tiendront jamais un tel langage. Elles ne commenceront jamais par confesser la vérole pour mettre votre diagnostic à l'aise. Elles vous l'avoueront (la plupart au moins), si vous les interrogez directement sur ce chapitre, et encore ne l'avoueront-elles le plus souvent qu'aux deux conditions suivantes : si elles vous font l'honneur de vous accorder une confiance dont elles ne sont guère prodigues en l'espèce, et si elles estiment qu'un tel aveu puisse avoir quelque intérêt relatif à leur mal actuel. Sinon, elles ne diront rien ; et même tenez pour certain qu'en pareille circonstance il y en aura toujours quelques-unes qui, pour telles ou telles raisons d'elles seules connues, s'obstineront dans des réticences ou des dénégations mensongères.

Telle est la règle, tel est au moins le cas le plus commun. Aussi le plus souvent, pour arriver à connaître des antécédents qu'il a besoin de connaître, le médecin doit-il s'astreindre vis-à-vis de ses clientes à un interrogatoire minutieux, patient, *politique*, de façon à découvrir la maladie sans la nommer et sans paraître la chercher. L'habileté et la diplomatie ne sont pas inutiles en pareil cas. Plus d'une fois même le médecin, se heurtant à des dénégations obstinées, aura à décider par devers lui s'il ne doit pas passer outre et formuler quand même son diagnostic, avec le traitement qui en dérive, sans tenir compte d'allégations évidemment erronées.

Et je n'exagère rien, croyez-le. Cinquante fois par année, pour le moins, il nous arrive de recevoir dans nos services des femmes qui, affectées d'accidents syphilitiques secondaires ou tertiaires, nous disent « n'avoir jamais rien eu » au préalable. Ces femmes mentent-elles ? Quelquefois oui, et j'en ai eu la preuve (1). Cependant le mensonge n'est pas le fait le plus commun, en pareil cas, j'en suis persuadé. Plus souvent, ces femmes pèchent par ignorance. Ou bien elles répondent sans trop comprendre ce qu'on leur demande, ou bien elles ont eu la vérole sans se rendre compte au juste de ce qu'elles avaient, *sans le savoir* même, ce qui n'est pas impossible, comme nous le verrons dans un instant.

Mais entrons dans les détails, car pas une question ne touche de plus près à la pratique que celle-ci, et pas une, en tout cas, n'intéresse plus directement le diagnostic.

Premier point. — Quand vous interrogerez une femme sur des antécédents syphilitiques, ne soyez pas, Messieurs, trop exigeants à l'égard du chancre. De tous les commémoratifs, en effet, c'est

(1) Exemple : Une de nos malades actuelles, entrant ici il y a une huitaine de jours pour une exostose tibiale, nous déclarait de la façon la plus formelle n'avoir « jamais eu de mauvais mal ». Or, reconnue par une de nos infirmières, il se trouva, renseignements pris à des sources authentiques, que cette malade si innocente était entrée déjà *sept fois* à Lourcine pour des accidents de vérole confirmée !

celui-ci qui, chez la femme, fait le plus fréquemment défaut. Vous ne trouverez pas une malade sur cinquante qui vous accusera « un chancre » comme exorde de son mal. De cela vous savez le pourquoi. C'est que, tout particulièrement chez la femme, le chancre est un accident bénin par essence qui, pour toutes sortes de raisons, passe souvent inaperçu ou plus souvent encore reste méconnu quant à sa nature. Inutile de vous rappeler aussi que, pour la plupart des femmes, le terme de chancre comporte quelque chose d'important, d'effrayant, quelque chose d'analogue au cancer, à « l'ulcère », etc. Elles se garderaient bien en conséquence de dénommer ainsi l'inoffensif bouton qui a servi de prélude à leur maladie. Pour toute femme, l'accident initial de la syphilis est et n'est jamais autre chose qu'un simple « bouton ». Enregistrez le mot en vos souvenirs.

Autre point. — Moins instruite que l'homme en fait de syphilis, comme je vous le disais à l'instant, la femme ne vous donnera jamais sur l'ensemble et sur l'évolution de sa maladie que des renseignements incomplets, tronqués, diffus, désordonnés, obscurs, incohérents, etc. Vous aurez cent fois plus de mal chez une femme que chez un homme à reconstituer l'ensemble morbide qui constitue la syphilis. Cela est un fait dont témoigne l'observation de chaque jour.

Troisième point. — Ce qu'il ne faut jamais perdre de vue pour le diagnostic spécial que nous étudions en ce moment, c'est que la syphilis est susceptible de deux ordres de phénomènes absolument distincts, à savoir : de phénomènes *propres* et de phénomènes *communs*. J'appelle phénomènes propres ceux que la syphilis seule est capable de produire, tels que chancre, syphilides cutanées ou muqueuses, gommés, etc. J'entends par phénomènes communs ceux qui résultent indifféremment soit de la syphilis, soit de telle ou telle autre cause morbifique. De ce nombre, par exemple, sont les douleurs de tête, les douleurs rhumatoïdes des membres, les névralgies, l'iritis, la fièvre, les paralysies, les palpitations, le tremblement, les troubles des règles, l'avortement, etc., etc. Or, si les accidents du premier groupe ne peuvent guère donner le change sur leur origine et leur nature, ceux du second, tout au contraire, offrent des difficultés diagnostiques bien plus sérieuses. Reconnaître ceux-ci comme symptômes n'est qu'une partie insignifiante de la tâche à remplir. Car, reste à les rattacher à leur cause ; reste à en déterminer le caractère, l'essence, à les diagnostiquer en un mot *spécifiques* ou *vulgaires*. Et cette seconde partie du diagnostic est à coup sûr la plus importante, ou, pour mieux dire, c'est là le vrai, le seul diagnostic, car de la nature du symptôme dérivent les indications thérapeutiques auxquelles il convient de satisfaire.

Or, remarquez bien, je vous prie, les deux points que voici : D'une part, ces symptômes communs sont particulièrement fréquents chez