Les chancres extra-génitaux / par Alfred Fournier ; leçons recueillies par Edmond Fournier.

Contributors

Fournier, Alfred, 1832-1914.
Fournier, Edmond, 1864-1938.

Publication/Creation

Paris : Rueff, 1897.

Persistent URL

https://wellcomecollection.org/works/tkctgp88

License and attribution

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.

Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
https://wellcomecollection.org

22101023691

Digitized by the Internet Archive
in 2014

https://archive.org/details/b20406198

A mes très honorés collègues de
The Royal Medical and Chirurgical Society
Depuis Fournier

LES CHANCRES
EXTRA-GÉNITAUX

33852. — PARIS, IMPRIMERIE LAHURE
9, rue de Fleurus, 9

ROYAL SOCIETY OF MEDICINE LIBRARY
WITHDRAWN STOCK
ROYAL MEDICAL & CHIRURGICAL SOCIETY

LES CHANCRES EXTRA-GÉNITAUX

PAR

ALFRED FOURNIER

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

LEÇONS RECUEILLIES

PAR

EDMOND FOURNIER

INTERNE DES HÔPITAUX
LICENCIÉ ÈS SCIENCES NATURELLES

AVEC DOUZE PLANCHES EN COULEURS, HORS TEXTE

PARIS
RUEFF ET Cie, ÉDITEURS
106, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 106

1897
Tous droits réservés

81

M17732

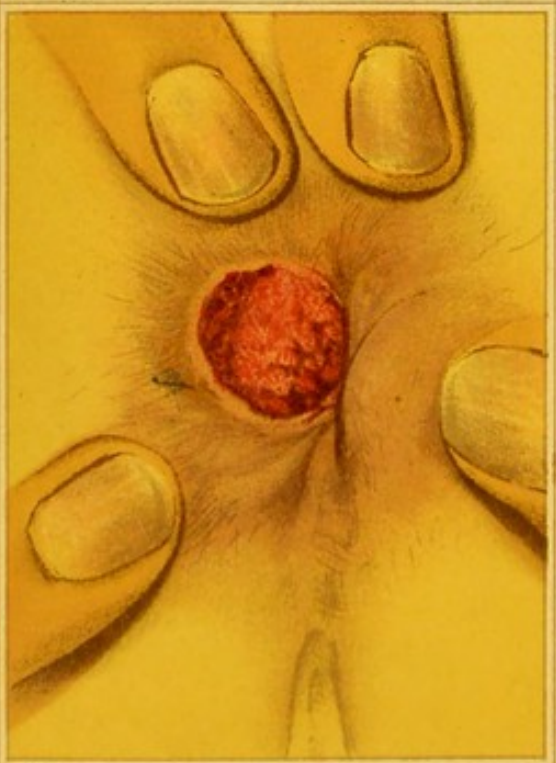
WELLCOME INSTITUTE LIBRARY
Coll. WelMOmec
Call No. WC160
1897
F77c

ROYAL MEDICAL & CHIRURGICAL SOCIETY
SOCIETY OF
CINE LIBRARY
WITHDRAWN STOCK

I

II

III



IV

I. Chancre syphilitique de l'index.
II. Chancre syphilitique du médius encadrant le bord inférieur de l'ongle.
III. Chancre syphilitique périanal
IV. Chancre syphilitique du vestibule nasal.

CHANCRES EXTRA-GÉNITAUX

Je me propose, Messieurs, de consacrer une série des conférences de cette année à l'étude des chancres syphilitiques de localisation extra-génitale, c'est-à-dire des chancres affectant n'importe quel autre siège que la région génitale et dits pour cela *chancres extra-génitaux*.

Cette étude — ne vous y trompez pas — ne comporte pas seulement l'intérêt de curiosité qui peut se rattacher à des accidents de localisation insolite, plus ou moins bizarre en nombre de cas, extraordinaire même quelquefois. Il s'y rattache, en outre, un double intérêt bien autrement sérieux, bien autrement digne de notre attention, à savoir :

1° Un intérêt *clinique*, dérivant de la connaissance de lésions qui s'imposent fréquemment au médecin dans sa pratique courante et à propos desquelles une erreur diagnostique court risque d'aboutir aux plus regrettables conséquences;

2° Un intérêt *prophylactique*, issu de ce fait que l'histoire même de ces chancres extra-génitaux con-

stitue la réfutation par excellence d'un vieil et dangereux préjugé fortement accrédité près des gens du monde, préjugé d'après lequel la syphilis « ne serait qu'une maladie de provenance exclusivement vénérienne »; d'où il suit que, pour s'en préserver à coup sûr, il suffirait « de ne pas s'y exposer ». Or, autant par leur fréquence que par leur siège, les chancres extra-génitaux protestent contre cette sotte et (je répète le mot à dessein) *dangereuse*, très dangereuse erreur.

I

En principe, la possibilité d'une infection syphilitique par d'autres voies que les voies génitales a été acceptée, voire expressément spécifiée de tout temps. On la trouve signalée jusque dans les plus vieux textes du XV^e^ et du XVI^e^ siècle. Elle a été maintes fois reconnue de même et d'une façon explicite par les auteurs d'une époque moins éloignée de nous, par Astruc, par Hunter, et par tant d'autres. Hunter, par exemple, dit en propres termes que « toutes les parties du corps humain sont susceptibles d'être affectées par l'application du pus vénérien ».

Mais il ne reste pas moins vrai, d'autre part, qu'une connaissance exacte et précise des chancres extra-génitaux est de date récente. On n'a véritablement donné de description clinique de ces chancres que dans notre siècle et même, à parler plus exactement, dans les deux derniers tiers de ce siècle. Quelques-uns même de ces

chancres n'ont été signalés, reconnus, que depuis quinze à vingt ans, et je pourrais citer tels ou tels d'entre eux qui, encore à peu près ignorés du grand public médical, ne sont guère diagnostiqués de nos jours que dans le petit camp des « spécialistes », j'entends des médecins plus spécialement adonnés que d'autres aux études de vénéréologie.

Deux exemples à l'appui de ce qui précède.

Le premier cas bien authentique de chancre oculaire est dû à M. Ricord et ne remonte qu'à 1850.

Quant au chancre amygdalien, dont il a été tant question depuis quelque temps, il était si peu connu de la génération qui nous a précédés qu'en 1852 un maître illustre entre les illustres, Velpeau, le considérait en propres termes comme une « impossibilité clinique », comme une entité pathologique de pure imagination. Il n'a été décrit qu'en 1861 par Diday. Mais longtemps encore il a été tenu en suspicion; on s'en défiait, on n'osait se résigner à l'agréer. Si bien, puis-je dire, qu'il n'est véritablement entré dans le domaine de la science, qu'il n'a été diagnostiqué d'une façon courante — et encore! — que depuis une dizaine d'années, approximativement.

II

Les chancres extra-génitaux ne sont-ils, comme affectent encore de le croire et de le dire certains de nos confrères, que de simples « curiosités », des « raretés », qui ne se présentent que de loin en loin à l'observation du médecin?

Oui et non, suivant les cas. Je m'explique.

Certes, oui, il est certains de ces chancres qui sont et resteront toujours des raretés, des exceptions. Citons comme tels les chancres du cuir chevelu, les chancres du membre inférieur, etc.

Mais, non moins sûrement, il en est d'autres qui, au lieu de se présenter à l'état de « curiosités » et d'exceptions, s'imposent au contraire en pratique avec un certain degré de fréquence et que tout médecin rencontrera maintes fois dans sa carrière. Le type du genre nous est offert par le chancre *labial*, chancre assez commun pour que nous en ayons toujours dans nos salles quelques exemples en permanence, assez commun pour que je puisse presque invariablement vous en montrer un, deux ou même parfois trois spécimens à chacune de nos réunions hebdomadaires.

Au surplus, il convient ici de parler chiffres en mains.

Voici, sur ce point, une statistique qui m'est personnelle, statistique dressée d'après les observations qui se sont présentées à moi depuis mon doctorat, dans ma clientèle de ville. Si je la préfère à d'autres, ce n'est pas parce qu'elle est *mienne*, mais pour une tout autre et meilleure raison; c'est parce qu'elle échappe au reproche grave qui vicie les autres statistiques déjà produites sur le sujet, à savoir celui de la *sélection* des cas. Ces statistiques, en effet, ont été dressées soit d'après des relevés empruntés à divers services des hôpitaux, soit d'après les faits publiés dans les journaux, les monographies, les mémoires spéciaux, etc.

Or, bien manifestement, une sélection inévitable préside aux cas observés dans les hôpitaux et, *a fortiori*, aux cas admis à l'honneur de la publicité. On

ne manquera guère d'admettre dans une salle d'hôpital un chancre insolite, bizarre ou extraordinaire comme siège, de préférence à un chancre génital, vulgaire et courant. On prendra volontiers la plume pour signaler un chancre de localisation anormale, tandis que, avec toute raison d'ailleurs, on se taira sur un chancre de siège ordinaire. Eh bien, ma statistique a l'avantage d'échapper à telle ou telle de ces deux sélections. Elle est le tableau fidèle de ce qu'il m'a été donné de voir intégralement, et cela sur des malades que je n'ai pas choisis, qui sont venus spontanément à moi, et que j'ai ensuite dénombrés, exactement comme la pratique me les avait présentés. Elle doit donc, logiquement, se rapprocher autant que possible de ce qui est la *vérité clinique* relativement au sujet que nous cherchons à élucider, à savoir la fréquence relative des diverses localisations possibles du chancre.

En tout cas, ce que j'ai vu est ceci, d'après un relevé de 10.000 chancres, observés, je le répète, sur des malades de ville, à Paris, et dans une période d'une trentaine d'années environ.

FRÉQUENCE RELATIVE DES CHANCRES DE DIVERS SIÈGES :

Chancres de localisation génitale. . .	93 %
— péri-génitaux.	0,67 %
— extra-génitaux.	6,33 %

C'est-à-dire, de par ces chiffres, que j'ai observé de 6 à 7 chancres extra-génitaux sur 100 chancres de tout siège.

D'après cela, donc, la syphilis pénétrerait dans l'organisme par des voies autres que les régions génitales ou

péri-génitales avec une fréquence égale à la proportion de 6 à 7 pour 100.

Pour n'être pas très élevé, c'est là cependant un degré de fréquence très respectable. *Six* à *sept* chancres extra-génitaux sur cent chancres de tout siège, *soixante* à *soixante-dix* chancres extra-génitaux sur mille chancres de tout siège, voilà des chiffres avec lesquels il faut compter, certes, loin de les considérer comme négligeables; voilà des chiffres qui, à coup sûr, infligent un démenti à l'opinion de ceux de nos confrères pour lesquels les chancres extra-génitaux ne seraient que de simples raretés.

Mais ce n'est pas tout. Car ces chiffres, maintenant, demandent à être commentés. Très sûrement, la proportion de 6 à 7 pour 100 que je viens d'indiquer ne constitue pour les chancres extra-génitaux qu'un *minimum*, et un minimum *forcément inférieur à la réalité des choses*. Très sûrement, ces chancres sont plus fréquents, notablement plus fréquents que ne les représentent les chiffres précités, et cela pour trois raisons indéniables, irrécusables, que vous allez apprécier.

I. — C'est, d'abord, qu'en raison même de leur localisation insolite bon nombre de ces chancres échappent forcément à l'attention des malades et restent *ignorés*.

II. — C'est, en second lieu, que, pour un certain nombre, ces chancres, alors même qu'ils viennent à être soumis à un examen médical, *ne sont pas diagnostiqués chancres*, et pour cause. Tantôt leur siège insolite déroute absolument le praticien et fait qu'on ne songe même pas à en soupçonner la qualité chancreuse. Tantôt, bien qu'on y songe, on n'ose pas, pour des motifs divers, les considérer comme chancres. Ainsi, je trouve dans mes notes force cas (que j'ai dû par cela

même exclure de ma statistique) où je ne me suis pas cru autorisé à taxer de chancres des lésions qui, bien certainement pour un certain nombre, n'étaient rien autre que des chancres. Comme exemple du genre je citerai le chancre amygdalien, que je m'accuse d'avoir méconnu pendant toute une partie de ma carrière. Positivement, j'ai été longtemps à *ne pas oser* le diagnostiquer, et je ne me suis enhardi à le reconnaître, à l'affirmer, à l'égal d'un chancre d'autre région, que depuis une quinzaine, voire une douzaine d'années.

III. — C'est, en troisième lieu, que toujours et forcément un certain nombre de ces chancres *échappera aux statistiques des syphiliographes*. Cela, pour le motif que tels ou tels d'entre eux ne manqueront guère d'être dérivés, drainés par des cliniques différentes et appropriées à leur siège. C'est ainsi que les chancres digitaux, réputés le plus souvent panaris ou tournioles, prendront la route des consultations de chirurgie. C'est ainsi que les chancres oculaires se dirigeront sur les dispensaires d'ophthalmologie. Et ainsi de suite. A quel propos un malade viendrait-il frapper à la porte d'un syphiliographe ou d'un service hospitalier d'affections vénériennes pour une lésion dont il ne suspecte pas le caractère vénérien?

Donc, pour ces excellentes raisons (et d'autres encore que je passe sous silence), le quotient de fréquence des chancres extra-génitaux qui ressort de nos statistiques est fatalement condamné à rester *au-dessous* de la vérité des choses. Toujours et quoi que nous puissions faire, il restera inférieur à la réalité. Conséquemment, force nous serait, pour le ramener à son expression vraie, de le *majorer* dans une certaine proportion.

Mais, ici, commence l'embarras. Quelle majoration

peut-il être légitime de lui faire subir? Est-ce à 8, 9 ou 10 pour 100 qu'il conviendrait d'élever le quotient en question? Impossible de le savoir, tout élément sérieux d'appréciation nous faisant défaut. Tout ce que je puis dire est ceci : D'après ce que j'ai vu, il n'y aurait pas d'exagération, je crois, à fixer *approximativement* entre 8 et 9 pour 100 la proportion de fréquence des chancres extra-génitaux par rapport aux chancres de tout siège.

En autres termes, je pense me rapprocher de la vérité plus que la statistique précédente en évaluant entre 8 et 9 pour 100 le quotient de fréquence des chancres extra-génitaux; c'est-à-dire qu'étant donnés 100 chancres de tout siège, on en rencontrera (approximativement) 91 ou 92 affectant les régions génitales ou péri-génitales contre 8 à 9 localisés sur tout autre siège et constituant le groupe des chancres dits extra-génitaux.

III

Précisons maintenant. Où siègent ces chancres extra-génitaux?

On a dit avec hyperbole « qu'il n'y a peut-être pas un centimètre carré de la peau humaine où l'on n'ait pas observé le chancre syphilitique ».

En l'espèce comme toujours, l'exagération ne ferait que compromettre les intérêts de la vérité. Restons dans la mesure des faits d'observation clinique.

Certes, oui, le chancre syphilitique a été observé sur *toutes* les régions du corps, de la tête aux pieds

(de la tête aux pieds, littéralement, car on a vu des chancres du cuir chevelu et des chancres du pied). Certes, oui, il est des régions dont pas un millimètre carré n'a échappé aux atteintes de la contagion (les lèvres de la bouche, par exemple).

Mais il en est d'autres — et beaucoup d'autres — où le chancre n'a jamais été rencontré qu'à l'état d'exception, voire d'exception rare; il en est beaucoup d'autres qui resteraient encore largement indemnes alors qu'on y accolerait bout à bout les quelques chancres qu'on y a observés.

Au surplus, inutile d'insister sur ce point, et voyons, sans plus tarder, ce que nous apprend la clinique relativement aux diverses localisations des chancres extra-génitaux.

Un premier fait — et celui-ci majeur en l'espèce — nous est révélé par l'observation. C'est que *les chancres extra-génitaux sont très inégaux comme fréquence suivant les régions.*

Ce fait ressort invariablement de toutes les statistiques. Dans la mienne il s'accuse par les chiffres suivants :

Chancres de la région céphalique.	48	cas.
— de la région cervicale.	4	—
— du tronc (thorax, abdomen, fesses).	21	—
— du sein.	19	—
— du membre supérieur.	56	—
— du membre inférieur	4	—
— de l'anus et de la région péri-anale.	5	—
Total.	642	cas[1].

1. Il sera curieux, je pense, de mettre en regard de cette statistique *de ville* une statistique *hospitalière* portant sur le même sujet.

J'emprunterai les éléments de cette dernière aux relevés annuels qui

De tels chiffres, en vérité, sont assez significatifs par eux-mêmes pour que tout commentaire soit superflu à leur égard. Ils témoignent en pleine évidence que les chancres extra-génitaux sont particulièrement communs sur certains départements tégumentaires, moins fréquents sur tels autres, très rares et tout à fait exceptionnels sur quelques autres.

Un second point se dégage encore du relevé qui précède, comme d'ailleurs d'autres statistiques de même

ont été publiés, relativement aux chancres extra-génitaux observés dans le service de la Clinique, par plusieurs de mes élèves, MM. Hulot, Lavergne et Perrin, Morel-Lavallée, Veslin, Feulard, Hudelo et Robillard.

En réunissant ces divers relevés, j'arrive au chiffre déjà respectable de 481 chancres extra-génitaux qui, d'après leur siège, se répartissent ainsi :

Chancres de la région céphalique.	365	cas.
— de la région cervicale.	10	—
— du tronc (thorax, abdomen, fesses).	11	—
— du sein.	40	—
— du membre supérieur.	22	—
— du membre inférieur	10	—
— de l'anus et de la région péri-anale.	23	—
Total. . . .	481	cas.

Entre cette statistique d'hôpital et ma statistique de ville on remarquera de nombreuses concordances et seulement quelques divergences.

Les concordances portent sur les points principaux, essentiels, à savoir : excessive supériorité de fréquence des chancres céphaliques par rapport à tous les chancres extra-génitaux d'autre siège; — fréquence moyenne (bien que relativement très inférieure) des chancres du sein, de l'anus et du membre supérieur; — rareté des chancres du tronc, de la région cervicale et du membre inférieur.

Quant aux divergences, elles portent sur deux points :

1° Fréquence des chancres du sein notablement moindre en ville qu'à l'hôpital;

2° Fréquence des chancres du membre supérieur très notablement moindre à l'hôpital que dans la clientèle de ville.

Mais rien de surprenant à cela. Ces deux points, même, auraient pu être prévus, énoncés à l'avance.

Et, en effet :

1° Si les chancres du sein sont moins fréquents en ville qu'à l'hôpital, il est à cela une raison des plus simples : c'est que ces chancres sont,

ordre dues à MM. Neumann, Pospelow, Salsotto, Reboul, Peter, etc. C'est le *prodigieux excès de fréquence des chancres céphaliques* par rapport à tous les autres chancres extra-génitaux.

Voyez plutôt : Mon relevé personnel ne signale pas moins de 484 chancres céphaliques sur un total de 642 chancres de tout siège. Cela donne, au calcul, une proportion de 75 chancres céphaliques sur 100 chancres de toute localisation. C'est-à-dire, en autres termes, que les chancres céphaliques constituent à eux seuls les *trois quarts* des chancres extra-génitaux qu'on rencontre en pratique[1].

pour l'énorme majorité, l'apanage des *nourrices*, et que les nourrices, femmes pauvres, viennent bien plus souvent consulter à l hôpital que dans les cabinets médicaux de la ville.

2° Si les chancres du membre supérieur sont plus fréquents en ville qu'à l'hôpital, cela tient de même à ce que, pour la grande majorité, ces chancres ont des *médecins* pour victimes, et que le médecin malade va bien moins consulter à l'hôpital que dans le cabinet d'un confrère, d'un maître, d'un ami.

Au total, donc, ces deux statistiques ne font que se confirmer l'une l'autre, on le voit, quant aux points principaux sur lesquels nous avons intérêt à être renseignés.

Réunissons-les maintenant, et nous aurons en chiffres plus expressifs la représentation à peu près exacte (et sans doute conforme à la réalité des choses) de la fréquence relative des diverses localisations possibles des chancres extra-génitaux.

Voici les résultats combinés de ces deux statistiques, portant sur un total de 1124 chancres extra-génitaux :

Chancres de la région céphalique.	849	cas.
— du membre supérieur.	78	—
— de l'anus et de la région péri-anale.	77	—
— du sein.	59	—
— du tronc (thorax, abdomen, fesses).	33	—
— du membre inférieur	14	—
— de la région cervicale.	14	—
Total. . . .	1124	cas.

1. Cette même proportion ressort exactement de ma statistique d'hôpital, où figurent 365 chancres céphaliques sur un total de 481 chancres

Une telle proportion est plus que suffisante pour attester l'importance prépondérante des chancres céphaliques dans le sujet que nous devons aborder. C'est donc par eux que nous inaugurerons notre étude.

extra-génitaux de tout siège; — ce qui, au pourcentage, fournit un chiffre de 75,8.

Une telle concordance entre deux statistiques absolument indépendantes comporte une signification précise et formelle.

CHANCRES CÉPHALIQUES

I. — Si les chancres des régions céphaliques (face, bouche et cuir chevelu) présentent, comme je le disais à l'instant, un prodigieux excès de fréquence par rapport aux chancres de n'importe quel autre district tégumentaire, il est à cela de multiples et bonnes raisons, à savoir :

C'est, d'abord, — raison majeure — que la tête est par excellence la région où se porte le *baiser*, le baiser, merveilleux agent de contagion pour la syphilis, col porteur de contaminations multiples, et cela qu'il dérive de l'amour ou de l'amitié ;

C'est, en second lieu, que la tête est non moins exposée à des contaminations *professionnelles* de divers genres, comme nous le verrons dans ce qui va suivre;

Puis, encore, c'est qu'elle se présente *à découvert*, à nu, conséquemment non protégée contre certains contacts, à l'inverse de tant d'autres départements cutanés;

Puis, enfin, c'est qu'elle offre *trois muqueuses*, à savoir trois foyers de moindre résistance par rapport à la pénétration du contage spécifique; etc., etc.

II. — Mais *tous les départements qui composent la région céphalique ne sont pas également sujets à subir la contamination*. Cela était plus que facile à préjuger

théoriquement; or, cette prévision est confirmée par la clinique.

Tout naturellement, au point de vue qui nous occupe, la région de la tête peut être divisée en trois districts, à savoir : la *bouche*, la *face* et le *cuir chevelu*.

Or, voici ce que nous apprend la statistique comme proportion de fréquence relative du chancre sur les trois districts en question :

I. Bouche. . .	435 cas, ainsi répartis :	Lèvres	328
		Langue.	53
		Amygdale.	40
		Gencives	9
		Palais, voile, piliers.	4
		Muqueuse des joues.	1
II. Face. . . .	47 cas, ainsi répartis :	Menton.	24
		Joues.	9
		Œil	7
		Nez	5
		Front.	2
III. Cuir chevelu.	2 cas.		2
Total. . .	484 cas.	Total. . .	484

Ma statistique *d'hôpital* ne fait que confirmer ces résultats, comme on le verra par les chiffres suivants :

I. Bouche. . .	292 cas, ainsi répartis :	Lèvres	239
		Langue.	22
		Amygdale.	29
		Gencives	2
II. Face. . . .	72 cas, ainsi répartis :	Menton.	30
		Joues.	15
		Œil.	14
		Nez.	13
III. Cuir chevelu.	1 cas		1
		Total. . . .	365

Et, finalement, si nous additionnons ces deux statistiques, en vue de nous rapprocher le plus possible de la vérité clinique par un plus grand nombre de cas observés, nous aboutissons aux résultats suivants comme expression numérique de la fréquence relative des chancres en question :

Bouche.	Chancres des lèvres	567
	— de la langue	75
	— de l'amygdale	69
	— des gencives	11
	— du palais, du voile et des piliers	4
	— de la muqueuse des joues	1
Face.	— du menton	54
	— des joues	24
	— de l'œil	21
	— du nez	18
	— du front	2
Cuir chevelu		3
	Total	847

Les chancres buccaux ou, pour mieux dire, bucco-gutturaux vont nous occuper tout d'abord.

I. — CHANCRES BUCCAUX.

I. — Les chancres de la bouche (et j'entendrai sous ce terme non pas seulement l'orifice buccal, mais toute la cavité buccale jusqu'à l'isthme antérieur du pharynx) sont susceptibles de localisations très multiples. On les a rencontrés sur tous les points de cette région, à savoir : sur les lèvres, la langue, les gencives, le palais,

le voile, les piliers du voile, les amygdales et la muqueuse des joues.

Mais, ainsi que le démontrent les chiffres qui précèdent, ces diverses localisations sont très inégales comme fréquence. Ainsi :

1° Il est un département de la bouche qui peut être dit le foyer par excellence du chancre buccal; c'est le département *labial*. Sur 435 cas de chancres buccaux la statistique précitée ne présente pas moins de 328 chancres des lèvres. C'est dire que le *chancre labial est à lui seul trois fois plus fréquent que tous les autres chancres buccaux réunis*[1].

2° Au second rang, mais à très longue distance, vient le chancre lingual (53 cas).

3° Au troisième, le chancre amygdalien (40 cas).

4° Puis au dernier rang, et avec une proportion numérique tout à fait inférieure, prennent les place chancres des autres départements buccaux.

II. — Étiologie. — Il est presque inutile de répéter à propos des chancres buccaux ce qui figure d'une façon banale au chapitre étiologique de presque tous les chancres, à savoir :

Qu'ils sont beaucoup plus communs chez l'homme que chez la femme. (Ici, dans la proportion de 353 contre 82);

1. De même les chancres labiaux se présentent comme *trois fois* plus fréquents que tous les autres chancres buccaux dans les statistiques réunies de MM. Neumann, Pospelow, Salsotto, Reboul et Peter (à savoir 181 contre 58).

Dans ces mêmes statistiques, au contraire, le chancre amygdalien se place au second rang par ordre de fréquence, avant et bien avant le chancre lingual, qu'on est surpris de n'y voir figurer que pour un chiffre relativement très inférieur (sept cas).

Qu'ils sont plus communs dans la jeunesse qu'à tout autre âge de la vie ;

Mais que, néanmoins, on les a observés à tout âge, voire aux étapes extrêmes de l'existence. On les a rencontrés, en effet, soit chez le vieillard, soit chez l'enfant, voire chez le tout jeune enfant, chez le nourrisson.

Tout cela, je le répète, n'est que de l'étiologie banale. Mais ce qui est autrement curieux et intéressant à tous égards, c'est de rechercher ce que ces chancres spéciaux comme siège présentent de spécial comme origine, comme modalité de contamination. Féconde en enseignements de tout genre et notamment en déductions prophylactiques, cette étude mérite de nous arrêter longuement.

La syphilis peut être portée sur la bouche et contaminer la bouche de cent façons différentes.

Et cependant, si multiples que soient ces procédés de contamination buccale, il n'est pas impossible (et il est commode pour un exposé didactique) de les distribuer tout naturellement en trois grands groupes, réserves faites pour certains modes plus rares de contagion dont je parlerai en dernier lieu.

Ces trois modes principaux de contamination buccale peuvent être dénommés de la façon suivante, quant au *transit* du contage, si je puis ainsi parler :

Contagion génito-buccale;

Contagion bucco-buccale;

Contagion médiate.

Les deux premiers modes dérivent d'un rapport direct entre le sujet contaminant et le sujet contaminé. Le troisième, au contraire, n'est que le résultat d'une contagion « morte », comme on disait autrefois, d'une contagion médiate, comme on dit aujourd'hui, et con-

siste dans une infection transmise au sujet contaminé par un intermédiaire inanimé quelconque, chargé du contage spécifique.

La fréquence relative de ces trois modes de contamination est bien loin d'être égale, comme nous allons le voir.

I. — La contamination *génito-buccale* (dénomination qui tout au moins aura l'avantage de me dispenser de descriptions plus que scabreuses) est celle qui part des organes génitaux pour aboutir à la bouche. Elle n'est que trop réelle et formellement démontrée par un grand nombre d'observations où les aveux ont été enregistrés.

Mais quelle en est la fréquence relative? Impossible de le savoir. M'est avis cependant que ce mode de contagion est moins commun qu'on ne le suppose généralement. Généralement on considère tout chancre buccal comme un témoignage irrécusable de contamination *génito*-buccale, et cela même sans interrogatoire, sans enquête, sans confrontation. Or, si peu que l'on procède d'une façon moins légère et moins sommaire, on acquiert la conviction qu'un grand nombre de chancres buccaux dérivent en réalité d'une tout autre origine, par exemple de l'un ou de l'autre des deux modes de contamination qui vont bientôt nous occuper. Mais, au surplus, une question de cet ordre est mieux faite pour intéresser le moraliste que le médecin. Inutile donc d'insister davantage.

En tout cas — et cela mérite à peine d'être dit — ce mode de contamination est incomparablement plus commun chez l'homme que chez la femme, et pour cause.

II. — Infiniment plus fréquente, au moins d'après

moi, serait la contamination *bucco-buccale,* c'est-à-dire celle qui part de la bouche pour aboutir à la bouche.

Quoi d'étonnant, en effet, à ce que la bouche soit pour la bouche une source ultra-féconde de contagions syphilitiques? Deux raisons concourent à témoigner de la fréquence nécessaire, fatale, de ce mode de contagion.

D'une part, la bouche n'est-elle pas par excellence, comme on l'a dit, un « foyer de vérole », un « laboratoire de vérole », un véritable « nid de germes contagieux », en raison de l'énorme, de la prodigieuse fréquence des lésions contagieuses qui s'y produisent, s'y reproduisent et y pullulent à satiété?

Et, d'autre part, la bouche n'a-t-elle pas, pour transmettre la contagion, un mode de contact essentiellement habituel, usuel, commun sous toutes ses formes, à savoir *le baiser*, et le baiser de tout ordre?

Aussi bien, pour ces deux raisons, est-ce par centaines (j'aurais mieux fait de dire par milliers) que les observations de syphilis transmise de bouche à bouche se compteraient dans la science. Des observations de cet ordre se rencontrent à tout moment et sous diverses formes dans la pratique courante, souvent même en des conditions telles (alors qu'on prend la peine de les rechercher et de les noter) que le rapport entre l'accident transmetteur et l'accident transmis ne saurait rester un instant douteux.

C'est ainsi — à ne citer qu'un seul ordre de cas — que maintes fois j'ai vu ce que tout médecin a vu comme moi, à savoir : de toutes jeunes femmes être contagionnées à la bouche, dès les premières semaines de leur mariage, par des maris peu scrupuleux, s'étant mariés prématurément, alors qu'ils étaient affectés ou

en péril d'être affectés un jour ou l'autre de plaques muqueuses buccales. Deux exemples à ce propos, entre tant et tant d'autres que j'aurais à produire.

Un de mes jeunes clients, syphilitique depuis six mois, grand fumeur de cigarettes et, à ce titre, presque constamment affecté de plaques muqueuses buccales, contracte mariage bien malgré moi et en dépit de toutes mes remontrances. Quinze jours après, il revient me trouver, et cela toujours à propos de plaques muqueuses labiales et linguales. Quatre semaines plus tard, je reçois derechef sa visite, mais cette fois il est accompagné de sa femme, sur laquelle je constate un *chancre labial* naissant, chancre qui a été suivi d'une longue série d'accidents constitutionnels.

De même, mon éminent collègue et ami le Dr Duncan Bulkley a relaté l'histoire plus curieuse d'un de ses clients qui, de par des plaques muqueuses qu'il portait à la bouche, contagionna deux femmes à peu près dans le même temps. A la première, qui était alors sa fiancée, il communiqua un chancre syphilitique de la lèvre inférieure, chancre qui fut l'origine d'un esclandre et d'une rupture. A la seconde, qui devint sa femme, il transmit un chancre syphilitique de l'amygdale.

Nul doute, en conséquence, ni sur l'authenticité, ni sur la fréquence de ce mode de contagion *par le baiser*.

A ce propos, même, deux points se présentent à noter au passage, et j'y insisterai avec d'autant plus de soin qu'ils comportent un intérêt prophylactique des plus sérieux, que vous allez comprendre dans un instant.

Le premier consiste en ceci : *Issue d'un point quelconque de la bouche, la contagion peut se transmettre à un point quelconque de la bouche.*

Il va de soi que la contagion bucco-buccale se produise entre organes susceptibles d'entrer en contact réciproque, tels que les lèvres qui peuvent toucher les lèvres, la langue qui peut toucher les lèvres ou la langue. Mais ce dont on se rend moins facilement compte, ce dont les gens du monde en particulier n'imaginent pas la possibilité, c'est que la contagion buccale dérive d'organes profondément situés dans la bouche (tels que les amygdales, par exemple), ou bien, inversement, pénètre jusque dans les profondeurs de la cavité buccale.

Je précise. Que des lésions labiales ou linguales transmettent la contagion aux lèvres ou à la langue, c'est tout simple. Mais que des lésions amygdaliennes inoculent les lèvres, ou bien que des lésions labiales inoculent les amygdales, voilà ce qui se conçoit moins, surtout, je le répète, pour des gens étrangers à notre art. Et cependant, rien de plus réel. Car l'observation clinique et les confrontations ont nettement établi, et cela au-dessus de toute contestation possible, l'un et l'autre de ces faits, à savoir : 1° Que des contagions issues des parties superficielles, voire extérieures, de la bouche peuvent se porter jusque sur les parties profondes de la cavité buccale ; — et 2° que, réciproquement, des contagions issues des parties les plus profondes de la cavité buccale peuvent inoculer les parties superficielles de la bouche.

C'est de la sorte qu'on a vu maintes fois des plaques muqueuses labiales devenir par contagion l'origine de chancres amygdaliens. Et, de même, c'est de la sorte qu'on a vu des plaques muqueuses amygdaliennes transmettre la contagion aux lèvres ou à la langue.

D'ailleurs, rien d'étonnant à cela. L'explication du

fait est même des plus simples, car, très vraisemblablement, les choses doivent se passer de la façon suivante.

Alors que la bouche est le siège d'un accident contagieux, le contage est forcément versé dans la salive. Transmis à une bouche saine, là aussi il se mêle à la salive, laquelle lui sert de véhicule pour le transporter *n'importe où*. De la sorte il se greffe ici ou là, sans doute au hasard de circonstances toutes locales; et alors, ou bien il s'arrête sur la partie antérieure de la bouche, ou bien il pénètre plus avant, suivant qu'il trouve en tel ou tel point des conditions propices à sa fixation, à sa germination ou, comme l'on dit actuellement, à sa culture.

Second point, celui-ci à l'adresse non pas des médecins, qui n'en ont que faire, mais de nos clients, d'habitude incrédules ou insouciants à son égard :

La contagion bucco-buccale est susceptible de s'exercer par TOUS *les contacts, quels qu'ils soient, qui mettent en rapport la bouche avec la bouche.*

Contrairement à ce dont sont persuadés les gens du monde, la syphilis n'a pas besoin, pour transmettre son dangereux contage, du baiser passionnel, ardent, prolongé, réciproque, etc. Tout mode de contact labial lui suffit. Aussi bien que du baiser de l'amour on a vu la contagion dériver du baiser de l'amitié, du baiser simplement affectueux, familial, respectueux même, voire du baiser indifférent, tel que celui que l'on donne au petit enfant inconnu qui vous tend sa tête blonde.

C'est ainsi que maintes fois la contagion a été transmise par un baiser échangé entre parents, entre amis, entre mère et fils, entre père et fils, entre frère et frère, entre frère et sœur, etc.

C'est ainsi, de même, qu'elle a résulté, pour une série

de faits non moins authentiques, du baiser donné à un enfant, tout aussi bien que du baiser d'un enfant. Et ainsi de suite.

Au total, donc, quel qu'il soit, si superficiel, si court, si banal soit-il, le contact buccal peut suffire et suffit à la contamination; voilà le fait.

Eh bien, de ce fait découle tout naturellement une notion élémentaire de prophylaxie, à savoir : qu'un sujet affecté de lésions buccales spécifiques doit s'abstenir absolument du baiser et de tout baiser, quel qu'il soit.

Or, ce *péril du baiser en état de syphilis*, quantité de gens l'ignorent, ne s'en rendent pas compte, ou, ce qui revient au même, ne s'en préoccupent pas plus que s'ils n'en avaient pas notion. De cela j'ai la preuve presque chaque jour. Presque chaque jour, en effet, s'engage entre tel ou tel de mes clients et moi le petit colloque suivant, que je vais vous reproduire de mémoire :

« Surtout, Monsieur, soyez prudent! Puisque vous avez aujourd'hui des plaques muqueuses à la bouche et que vous pourriez encore en avoir un jour ou l'autre, n'allez pas risquer de transmettre la contagion. N'embrassez personne, personne absolument, vous m'entendez bien.

— Soyez tranquille, monsieur le Docteur. Je m'abstiendrai, je vous le promets, d'embrasser ma femme (ou ma maîtresse, suivant le cas).

— Mais il ne s'agit pas seulement de votre femme ou de votre maîtresse. Je vous ai dit et je vous répète : N'embrassez *personne*! Cela veut dire, indépendamment de votre femme ou de votre maîtresse : N'embrassez ni votre père, ni votre mère, ni parents, ni amis, ni enfants, etc.

— Vous n'y pensez pas, monsieur le Docteur. Ne pas embrasser ma mère! C'est impossible, cela. Ne pas embrasser mes petits neveux, mes petites nièces, les enfants des familles où je suis reçu! Mais tout le monde le remarquerait, tout le monde dirait : « Ah! Il est donc malade! » Autant publier partout que j'ai la vérole! »

Et je vous affirme par expérience que besoin est d'insister et d'insister longuement, avec force explications techniques, pour aboutir à persuader de tels malades et obtenir d'eux qu'ils ne risquent pas de transmettre la syphilis à leur parenté, à leur entourage, par d'imprudentes embrassades.

Encore en est-il bon nombre qui n'observent qu'à demi la recommandation ou qui s'empressent de l'oublier. Et de cela voici la preuve. J'ouvre mes dossiers, et j'y trouve ceci (à propos — notez-le bien — de malades ainsi et dûment *prévenus* par moi, comme je ne manque jamais de le faire, du danger en question) :

2 cas où des malades ont ainsi transmis, par le baiser de famille, la syphilis à leur frère;
1 cas où un malade a infecté sa sœur (toujours de la même façon, je ne le répéterai plus);
1 cas où un malade a infecté son père;
2 cas où des malades ont infecté des petits enfants dans leur famille (neveu et nièce);
2 cas où des malades (c'est navrant à dire) ont infecté *leur mère!*

Total : huit cas de syphilis transmise par le baiser familial, le baiser affectueux, respectueux!

C'est donc, pour le médecin qui traite un syphilitique, un véritable *devoir professionnel* que de s'efforcer d'aller au-devant de si lamentables éventualités. Ne croyons pas avoir fait tout ce que nous avons à faire

alors que, consultés par un client en état de syphilis secondaire, nous lui avons prescrit un traitement et une hygiène qui le concernent, lui personnellement. Songeons aussi aux dangers de contagion que ce malade porte avec lui et qui peuvent irradier sur les siens, sur son entourage, sur tout le monde. Ces dangers, il a bien le droit, étranger qu'il est aux choses de la médecine, ou bien de les ignorer absolument, ou bien de ne s'en méfier que d'une façon insuffisante. C'est donc à nous que revient la charge de l'en prévenir, de les lui signaler expressément, et de lui dénoncer entre tous celui que peut-être il suspecterait le moins, à savoir le baiser, le baiser sous toutes ses formes, voire celles qu'il pourrait juger le plus inoffensives. Il y a là pour nous, je ne crains pas de le répéter encore, une obligation morale et professionnelle à ne pas oublier.

III. — En troisième lieu, les chancres buccaux dérivent pour un certain nombre de cas (nombre assez considérable et certainement bien supérieur à ce qu'on le suppose en général) de contagions *médiates*.

Telle serait même, s'il fallait en croire les malades, l'origine usuelle de ces chancres, et de beaucoup la plus usuelle. Ainsi la contagion par le fameux « verre malpropre » où l'on a bu par aventure ne manque guère d'être invoquée en pareille occurrence. La vérité vraie, c'est que nombre de gens s'efforcent de donner le change au médecin ou même se donnent le change à eux-mêmes sur la provenance et le mode de leur contamination. Un exemple, entre tant d'autres, à ce propos.

Un de mes clients, affecté d'un chancre labial, rapportait l'origine de sa maladie à ce qu'il avait bu plu-

sieurs fois, pendant qu'il faisait ses vingt-huit jours de service militaire, au bidon commun de la chambrée. Mais le hasard m'avait édifié à l'avance sur la source réelle à laquelle il avait puisé la contagion; car déjà depuis quelques semaines je traitais sa maîtresse pour des accidents de syphilis secondaire, notamment des plaques muqueuses labiales et amygdaliennes.

Toutefois, cela dit et cette défiance posée en principe, force est de reconnaître que les contagions médiates prennent une large part dans l'étiologie des chancres buccaux. Nulle comparaison à établir entre le rôle qu'elles jouent ici et celui qui leur revient à propos des chancres génitaux. Elles ne figurent dans l'étiologie de ces derniers que pour une proportion numérique vraiment peu importante, presque négligeable, tandis qu'elles servent d'origine aux chancres buccaux avec un réel et indéniable degré de fréquence, comme vous allez le voir par ce qui va suivre.

Quels intermédiaires permettent à ces contagions médiates de se porter à la bouche?

A vrai dire, tout leur est bon. Tout objet, quel qu'il soit, qui, chargé du contage syphilitique, se trouve mis en relation avec la bouche est susceptible de contaminer la bouche.

Naturellement, les objets qui sont d'usage le plus commun se trouvent être ceux d'où dérive le plus grand nombre des contagions de cet ordre.

1. — A ce titre figurent ici en première ligne les *ustensiles d'alimentation*, à savoir : cuillers, verres à boire, tasses, bouteilles; moins souvent fourchettes et couteaux; biberon; gobelets des fontaines Wallace, etc.

Les cas relatifs à ce genre de contagion pullulent dans la science. Au hasard j'en citerai quelques-uns.

Rollet a relaté l'histoire d'une jeune femme « de moralité irréprochable » qui contracta un chancre syphilitique de la lèvre inférieure dans les conditions suivantes. Trop bonne ménagère, elle avait l'habitude de goûter tous les mets que lui préparait sa cuisinière, immédiatement *après* celle-ci et avec la même cuiller. Or, ladite cuisinière, à l'époque où elle infecta sa maîtresse, se trouvait en pleine période secondaire et présentait notamment à l'isthme du gosier une éruption confluente de plaques muqueuses, « la plus confluente que j'aie jamais vue », dit Rollet.

De même, dans une observation de Lee, une jeune femme contracta un chancre de la langue pour avoir fait usage d'une cuiller dont se servait une domestique, alors affectée de lésions syphilitiques de la bouche.

Roussel mentionne le cas d'un enfant qui, pour s'être servi de la même cuiller que sa mère à une époque où celle-ci portait à la gorge des plaques ulcérées, contracta de la sorte un chancre amygdalien.

Deux ouvriers, qui déjeunaient de compagnie, faisaient verre commun, n'ayant qu'un verre. L'un d'eux était affecté de plaques muqueuses labiales; l'autre, qui présentait à la lèvre une légère éraillure vulgaire, contracta là un chancre syphilitique (C. Pellizzari).

J'ai dans mes notes l'histoire d'une toute jeune enfant qui fut contagionnée à la lèvre par un biberon. Enquête faite sur cette contagion qui, cela va sans dire, avait très vivement ému les parents de l'enfant, il fut démontré qu'une ouvrière en journées qui travaillait dans la maison, s'était amusée plusieurs fois à amorcer le biberon de la petite fille, et cela à une époque où elle avait les lèvres littéralement criblées de plaques muqueuses.

Une contagion en sens inverse a quelquefois dérivé

du biberon, en s'exerçant d'enfant à adulte. Ainsi je tiens de mon regretté collègue le Dr Hillairet le cas d'une vieille grand'mère qui fut contaminée de la sorte par son petit-fils affecté de syphilis héréditaire. Elle avait coutume d'amorcer avec ses lèvres le biberon de l'enfant, et cela sans l'essuyer. Comme l'enfant avait des plaques muqueuses à la bouche, elle contracta un chancre de la lèvre.

Enfin, c'est vraisemblablement à des contagions par des ustensiles d'alimentation que fut due une petite épidémie de syphilis qui sévit sur la commune de Chavanne-Lure (Haute-Saône) en 1828 et qui, méconnue d'abord comme nature, fut décrite alors sous le nom de « maladie de Chavanne-Lure ». Cette épidémie, qui fit un minimum de 20 à 25 victimes, présentait cela d'extraordinaire, disait-on, qu'elle « se propageait surtout par les dîners en commun[1] ».

Et de même pour tant et tant d'autres faits de même ordre que j'aurais à citer.

II. — En second lieu, des contagions médiates ont été maintes fois portées à la bouche par tout ce qui compose l'*arsenal du fumeur*.

C'est ainsi qu'on a relaté de très nombreux cas de chancres buccaux transmis par des pipes, des cigares, des cigarettes, des embouts, et même, assure-t-on, par la petite guillotine qui sert à couper le bout des cigares. — Quelques exemples.

Denis-Dumont a cité l'observation d'un officier qui, interné à l'hôpital de Caen, fut contagionné à la bouche

1. Voir la relation de cette épidémie dans le t. V du *Journal complément. du Dictionn. des Sciences médicales*.

pour avoir fumé la pipe d'un de ses collègues affecté de plaques muqueuses buccales.

Deux amis vont se faire photographier. L'un a la fantaisie d'être représenté fumant, et il emprunte pour un instant la pipe de son camarade, lequel, à cette époque même, présentait des plaques muqueuses buccales. Il contracte de la sorte un chancre buccal (C. Pellizzari).

J'ai observé en ville un cas de cet ordre et des plus curieux à divers égards, comme vous allez le voir. — Un de mes clients, homme marié, frisant la soixantaine, vient à présenter au palais une lésion ulcérative tout d'abord très indécise comme nature, mais qu'après mûr examen je suis forcé de considérer comme un chancre et qui, en effet, a été suivie à légitime échéance de manifestations spécifiques généralisées. D'où et de qui avait pu procéder une contagion aussi singulière? Mari modèle, il n'avait fait aucune infidélité à sa femme, et celle-ci, que je traitais de vieille date pour une affection utérine (fibrome) n'avait jamais présenté, pas plus du reste qu'elle ne présenta plus tard, le moindre accident suspect. Une longue enquête, dont je vous épargnerai les détails, finit par révéler ceci : que le valet de chambre de la maison profitait des absences de son maître pour lui emprunter sa pipe, petite pipe orientale des plus agréables, paraît-il. Or, ce valet de chambre, examiné par moi, se trouvait à cette époque en plein épanouissement de syphilis secondaire, avec de très nombreuses plaques muqueuses sur les lèvres, la langue et les amygdales.

Épilogue significatif. Le lendemain du jour où j'avais fait sur lui cette découverte, ce même valet de chambre m'amenait sa fiancée, qui était bonne dans la même maison, et je constatais sur elle un superbe chancre

induré labial. Or, cette fille était vierge, mais elle avouait s'être laissé maintes fois embrasser sur la bouche par son prétendu.

Nul doute, en conséquence, ne saurait être conservé sur les dangers de la pipe. Mais comment, à leur tour, sont dangereux les cigares ou même les cigarettes? De plusieurs façons.

D'abord, tout naturellement, par *échange de bouche à bouche*. Il va sans dire qu'un cigare (et de même pour une cigarette) qui sort d'une bouche contaminée doit contaminer presque fatalement la bouche saine qui le fume en second lieu. Exemple :

Un jeune collégien entre dans une brasserie du quartier Latin. Là, il rencontre une aimable jeune personne qui s'offre à perfectionner son éducation et, pour début, veut à toutes forces le faire fumer. Il refuse d'abord, mais ladite demoiselle insiste, façonne une cigarette, l'allume, la fume quelques instants et la passe au jeune homme : « Maintenant qu'elle a touché ma bouche, vous n'oserez plus la refuser, j'espère ». Il n'osa pas, en effet. Résultat : quatre semaines plus tard, éclosion d'un chancre syphilitique sur la lèvre inférieure du collégien[1].

Non moins dangereux, bien entendu, et pour la même raison, sont les tronçons de cigares ou de cigarettes qui, jetés dans les appartements ou sur la voie publique, sont ramassés, puis fumés par des loqueteux ou par des enfants. A preuve un cas relaté par Engelsted et se résumant en ceci : Un petit enfant ramassa à terre et fuma le bout d'un cigare que venait de jeter son

1. Un cas tout semblable a été relaté devant la Société russe de *Syphil. et de dermat.*, dans la séance du 28 oct. 1891.

oncle; l'oncle ayant alors des plaques muqueuses aux lèvres, l'enfant fut contagionné à la bouche[1].

En second lieu, il ne serait pas impossible, assure-t-on, que certains cigares sortissent infectés des manufactures où on les fabrique. Ils pourraient même être infectés, paraît-il, de deux façons, à savoir :

1° Par l'opération du « roulement », ayant pour but de façonner en cylindre les feuilles de tabac. Ce roulement s'exécute en certains pays (la Havane, par exemple) sur la cuisse *nue*; en sorte qu'au cas où l'ouvrier présenterait à la cuisse quelque lésion spécifique, le cigare pourrait être imprégné de squames ou de sécrétions pathogènes.

2° Par le façonnement du bout de cigare. Pour que ce bout soit élégant, besoin est d'humecter les feuilles de tabac. Or, cette humectation se fait le plus souvent, paraît-il encore, avec la bouche. A preuve une observation américaine où il est question d'un ouvrier cigarier qui dut renoncer provisoirement à son métier « parce qu'étant devenu syphilitique et ayant la bouche criblée de plaques muqueuses, il ne pouvait plus supporter l'application irritante des feuilles de tabac sur les lèvres et la langue ». Jugez quels cigares ledit ouvrier devait livrer à la consommation! — Remarquez, d'ailleurs, que cette humectation risque d'autant plus d'être dangereuse qu'elle porte sur le bout du cigare, c'est-à-dire précisément sur le point destiné à toucher les lèvres du fumeur.

1. De même, dans un cas publié par le Dr Rabl, une jeune fille contracta un chancre de la lèvre pour avoir fumé un *cigare* qu'elle avait pris de la bouche d'un de ses cousins affecté de syphilis (V. *Semaine médicale*, 1890, p. 32.). — Un cas semblable, d'ailleurs, avait été déjà mentionné de vieille date par P. Gamberini.

III. — En troisième lieu, la contagion peut être portée à la bouche par tous objets d'usage courant susceptibles d'être souillés par les sécrétions syphilitiques, à savoir : plumes, porte-plumes, crayons, porte-crayons, pinceaux, tire-lignes, tubes acoustiques,etc., etc.

Un de mes externes de Lourcine a été très sûrement victime d'une de ces contagions hospitalières qui sont, je crois, beaucoup plus fréquentes qu'on ne le suppose généralement. Il avait la mauvaise habitude, bien que prévenu et morigéné par moi à ce sujet, de porter toujours sa plume à la bouche en recueillant ses observations, en palpant et examinant ses malades. Ce qui devait se produire ne manqua pas de se produire. Un jour, il vint me trouver avec une érosion de la lèvre inférieure, érosion qui se transforma bientôt en un chancre typique. Or, ce jeune homme m'a maintes fois affirmé « sur l'honneur » qu'à l'époque où il contracta cet accident il ne s'était exposé à aucun risque de contagion depuis plusieurs mois. Si bien que, le tenant pour incapable d'un mensonge ou d'une réticence, je me porterais volontiers garant qu'il a reçu la contamination de sa plume et de ses doigts.

Car, notez-le, la contamination dans ce cas a été doublement médiate, *bi-médiate*, si je puis ainsi dire, puisque le contage a dû forcément être transmis d'abord aux doigts, puis par les doigts à la plume, avant d'arriver aux lèvres.

D'autres fois, la contagion a résulté de brosses à dents; — de pipettes (dans les pharmacies, dans les laboratoires, etc.); — de chalumeaux ; — de coupe-papiers.

A ce dernier propos, je rappellerai l'observation suivante que j'ai bien souvent citée. — Un médecin, un des maîtres de ma génération, très studieux et surtout

grand liseur, avait l'habitude de mâchonner, mieux vaudrait dire de manger ses coupe-papier de bois, tout en lisant. Un jour qu'il était en villégiature à sa petite campagne, une bonne du voisinage vient lui demander une consultation pour un « mal de gorge » dont elle souffrait depuis quelque temps. N'ayant rien autre sous la main que son coupe-papier, il s'en sert comme abaisse-langue pour examiner la gorge de cette femme, qu'il trouve criblée de plaques muqueuses. A ce moment, on l'appelle pour déjeuner. Une heure plus tard, ne pensant plus à rien, il se remet à son occupation favorite, c'est-à-dire à sa lecture, et, comme d'usage, il mâchonne son coupe-papier en lisant. Quatre semaines plus tard et sans s'être exposé à nul autre risque de contagion, il commence à souffrir de la gorge. Puis se produit sur l'une des amygdales une lésion que bientôt force est à lui comme à moi de reconnaître pour un chancre. — Incidemment, j'ajouterai que ce chancre devint l'origine d'une syphilis qui, comme chez tant de sujets à surmenage cérébral habituel, aboutit à des accidents cérébraux rapidement suivis de mort.

Des contagions de même ordre ont encore résulté d'instruments et d'objets divers, à savoir : abaisse-langue; — laryngoscope; — miroir à bouche; — instruments multiples de dentisterie; — joujoux (on connaît l'habitude qu'ont les enfants de porter à leur bouche tous les objets, tous les jouets qu'on leur donne)[1]; — sifflets; — trompettes, etc.

Les exemples de telles contagions seraient innombrables à produire. Je me bornerai à citer les deux suivants, à titre de spécimens.

1. V. Galippe, *De la transmission possible de la syphilis par certains jouets d'enfants*, Société de médec. publique et d'hygiène professionnelle, 1879.

Le Dr Roddick (de Montréal) a relaté un cas de chancre gingival qui succéda à une extraction dentaire très laborieuse, ayant lacéré tout le tissu de la gencive. « Une enquête très minutieuse, dit-il, sur les origines de ce chancre, finit par établir que, suivant toute probabilité, la contagion avait été transmise par un davier qui avait servi à un sujet syphilitique affecté de plaques muqueuses buccales. » — Plusieurs cas, en tous points semblables, de chancres des lèvres, des gencives ou de la langue, ayant succédé à diverses opérations dentaires, ont été publiés par MM. Duncan Bulkley, Leloir, Lancereaux, Giovannini, Otis, Dulles, etc.[1]

J'emprunterai un second exemple, plus curieux encore, à mon si éminent collègue et ami le Dr Hanot.

Un petit enfant reçoit une trompette comme cadeau de jour de l'an. Sa mère et un jeune oncle, d'une vingtaine d'années, lui apprennent à se servir de l'instrument, et la trompette passe ainsi de bouche en bouche pendant toute la journée du 1er janvier. Malheureusement, le jeune oncle avait, à ce moment, des plaques muqueuses à la bouche. Résultat : mère contagionnée à la bouche; enfant contagionné à la bouche. L'enfant,

1. Produire ici les indications bibliographiques relatives à ces divers cas (comme à tant et tant d'autres qui ont précédé ou qui vont suivre) serait refaire sans profit ce qu'a si bien fait un de mes éminents collègues et amis le Pr Duncan Bulkley, dans son récent livre ayant pour titre *Syphilis in the Innocent* (*Syphilis insontium*), livre qui a sa place marquée dans toutes les bibliothèques.

Ce remarquable ouvrage, en effet, n'est pas seulement un intéressant et complet exposé de la si curieuse question de la « *Syphilis des innocents* ». Il constitue aussi un véritable monument d'érudition, par un Index bibliographique où l'auteur a eu la patience de réunir toutes les observations relatives à son sujet (V. *Analytical bibliography* (p. 240 à 386).

Une fois pour toutes, je renvoie donc à ce précieux index pour quantité d'indications bibliographiques qui ne seraient plus qu'une superfétation après le si complet travail de mon cher collègue.

après avoir éprouvé divers accidents de syphilis secondaire, semble se rétablir; mais il fait, quelques années plus tard, une véritable paralysie générale, à laquelle il succombe[1]. La mère est également éprouvée d'une façon grave par une syphilis hépatique et finit par mourir en état de cachexie.

Enfin, on a encore parlé de contaminations transmises par des bâtons de colle à bouche; — par des bonbons, des morceaux de sucre candi, des boules de gomme passant de bouche à bouche (Hardy, W. Taylor, Griffin); — par des tubes acoustiques (Martineau, E. Vidal); — par des pièces de monnaie[2]; — par des timbres-poste.

Si je n'ai pas encore constaté, pour ma part, de contagions par les timbres-poste, je m'attends bien à l'événement. Car, ainsi que l'a dit je ne sais plus quel homme d'esprit, les histoires les plus vraies ne sont pas celles qui sont arrivées, mais celles qui sont destinées à se produire fatalement quelque jour par la force même des choses. Ce n'est donc pas sans crainte, non plus que sans dégoût, que je vois à tout instant des enfants porter à leur bouche et sur leur langue des timbres-poste venant on ne sait d'où, ayant traîné dans les col-

1. C'est là un exemple de ces *paralysies générales infantiles* d'origine syphilitique, sur lesquelles M. le Dr Régis a publié récemment de si intéressantes recherches. On sait que les paralysies générales de l'enfance ou de l'adolescence peuvent dériver ou bien d'une hérédité spécifique ou bien (comme dans le cas du Dr Hanot) d'une syphilis acquise en bas âge.

Voir *Bulletin* de l'Académie de médecine, 30 oct. 1894.

2. Mon collègue et ami le Dr Ducastel m'a dit avoir observé un cas « peu douteux » de contagion buccale par des pièces de monnaie. Un de ses malades, conducteur d'omnibus, présentait un chancre labial dont l'étiologie, après enquête minutieuse, n'a pu être rapportée qu'à ce mode de contamination. Cet homme avait l'habitude (comme tous ses collègues, d'ailleurs) de tenir entre ses lèvres les pièces qu'on lui remettait, alors qu'il avait les mains occupées à « rendre la monnaie ».

lections, et pouvant, devant même pour quelques-uns, retenir des germes de contagions diverses.

IV. — Vient ensuite la catégorie, heureusement plus circonscrite, des contaminations buccales *professionnelles*.

Au premier rang, ici, se place la fameuse *syphilis des verriers*.

On avait remarqué de vieille date une fréquence singulière de la syphilis chez les verriers et, plus particulièrement, chez les souffleurs de verre. Vaguement on attribuait le fait « au libertinage », lorsqu'en 1858 un médecin éminent, le regretté Dr Rollet (de Lyon), vint enfin donner le mot de l'énigme et dire : « La syphilis des verriers n'est pas ce qu'on pense. Ce n'est pas une syphilis dérivant du libertinage, mais bien une syphilis *professionnelle*, une syphilis par contamination de bouche à bouche dans l'opération du soufflage ». Et, en effet, l'expérience a pleinement confirmé l'assertion de Rollet.

Comment donc la contamination syphilitique dérive-t-elle de l'industrie des verriers? Le voici, très sommairement.

Le soufflage du verre se fait par escouade de trois ouvriers travaillant en commun. Le premier souffleur, dit en langage technique *le gamin*, cueille le verre avec une longue canne et ébauche le soufflage ; — le second, dit *le grand garçon*, reçoit la canne du gamin et souffle la bouteille en ovoïde grossier ; — enfin le troisième, dit *l'ouvrier*, reçoit la canne du « grand garçon » et modèle, façonne, achève la bouteille, toujours en soufflant. — Puis, alors, ce dernier repasse la canne au gamin, et la série des opérations précédentes recommence dans le

même ordre. — Et ainsi de suite. — Tout cela marche d'une façon continue, rapide, précipitée; à ce point qu'une « bonne escouade » arrive à souffler jusqu'à 85 bouteilles à l'heure.

Donc, la canne se trouve ainsi passer de bouche à bouche 255 fois par heure en moyenne. Si bien que tout naturellement (remarquez bien ceci, messieurs) elle ne passe d'une bouche à une autre que toute chaude et humectée par trois salives.

Or, supposez qu'un des trois ouvriers de l'escouade vienne à être affecté de syphilis et présente des plaques muqueuses buccales. Que va-t-il se produire, et cela nécessairement, fatalement? C'est que les deux autres ouvriers (s'ils ne sont déjà syphilitiques) seront infectés par leur camarade.

Aussi des contagions de cet ordre se sont-elles maintes fois produites dans les verreries. De là cette fréquence autrefois inexpliquée de la syphilis chez les verriers.

Aussi, conséquence de la conséquence, des contagions de cet ordre, en raison des ricochets usuels à la syphilis, ont-elles pu déterminer parfois de véritables *épidémies* locales de syphilis. A preuve, par exemple, l'épidémie de Rive-de-Gier, qui fit plus de *vingt* victimes en 1862; — l'épidémie de Faymoreau (Vendée) en 1863; — l'épidémie de Montluçon (1867), où plus de *trente* sujets furent contaminés[1].

Des contagions professionnelles de même genre, mais celles-ci sporadiques, ont encore été observées dans des conditions très diverses.

Par exemple, d'abord, chez les *musiciens*; et cela par

1. V. l'intéressante monographie du Dr Guinand ayant pour titre : *De la syphilis des verriers; hygiène et prophylaxie par la visite sanitaire*, Paris, 1881.

échange d'instruments à vent ou d'embouchures d'instruments. Assez nombreux sont les cas où l'on a vu, en raison de tels échanges, des contagions buccales être transmises par des cors de chasse, des cornets à piston, des clarinettes, des hautbois, des flûtes, des bassons, etc. Pour ma part, j'ai donné mes soins à un chef de musique militaire, homme marié et de conduite irréprochable, lequel contracta de la sorte un chancre labial pour s'être servi du cor d'un de ses musiciens alors affecté de syphilis secondaire avec accidents buccaux.

Diverses pratiques particulières à certains métiers ne sont pas moins dangereuses.

A citer comme exemple l'habitude qu'ont les *tapissiers* et les *emballeurs* de tenir entre leurs lèvres, voire d'introduire dans leur bouche un certain nombre de clous, qu'ils vont ensuite cueillir là au fur et à mesure de leurs besoins, quitte, s'il y a un excédent, à rejeter le surplus dans leur sac. Empreints d'une salive contagieuse, ces clous peuvent naturellement contaminer une bouche saine. Le professeur Spillmann a constaté un cas de contagion dérivant d'une telle origine. « Un enfant de treize ans, apprenti tapissier, travaillait en compagnie d'un ouvrier plus âgé, qui avait la bouche remplie de papules secondaires. Pour avoir porté à la bouche des clous imprégnés de la salive de son camarade, il contracta un chancre de la lèvre supérieure[1] ».

Périlleuse également est la pratique des *électriciens* qui, pour apprécier le passage d'un courant, s'appliquent une tige métallique sur la langue.

Périlleux encore est l'usage des *insufflateurs à bouche*, servant à saupoudrer les vêtements ou les étoffes de

1. V. *Annales de dermat. et de syphiligr.*, 1879, p. 80.

poudres insecticides. Behrend a vu une petite épidémie de famille résulter de l'usage d'un tel instrument.

Et de même, enfin, pour diverses pratiques industrielles ou domestiques dont le principe est toujours le même, à savoir le passage de bouche à bouche d'instruments ou d'ustensiles qui, susceptibles d'être souillés par le contage syphilitique, conservent ce contage en dépôt et peuvent ensuite le transmettre.

V. — Sinon pour la totalité, du moins pour l'énorme majorité des cas, les chancres buccaux procèdent des trois modes de contagion que je viens d'étudier.

Reste seulement un très petit nombre de cas où ils dérivent d'autres causes qu'il suffira d'indiquer sommairement.

Je ne parlerai pas de la *succion des plaies*, méthode immonde, qui a dû autrefois servir d'origine à un certain nombre de contagions, mais qui est pour jamais proscrite.

En revanche, je signalerai l'*insufflation de bouche à bouche*, susceptible de faire des victimes en double sens, c'est-à-dire dans le camp des opérateurs comme dans celui des insufflés. Une très respectable sage-femme de province, à qui j'ai longtemps donné mes soins, avait été bien sûrement infectée de la sorte par un nouveau-né syphilitique. — Wigglesworth a également relaté le cas d'un médecin qui contracta de la même façon un chancre de l'amygdale[1].

Et surtout je mentionnerai comme infiniment plus fréquentes les *contagions portées à la bouche par les doigts*. Il est à croire, d'après certains faits qu'on ne

1. V. *Archiv. of Dermatology*, New York, 1879, p. 374; — et *New York Med. Journ.*, 1884.

saurait révoquer en doute, que l'infection peut arriver aux lèvres par l'intermédiaire des doigts, notamment après contact avec les parties génitales d'une femme. Il est à croire également que certaines contaminations prises à l'hôpital n'ont dérivé que du contact de la main avec les lèvres. J'invoquerai sur ce point le témoignage de plusieurs de mes confrères ou de mes élèves, qui m'ont affirmé n'avoir pu contracter autrement l'infection buccale dont ils ont été victimes.

Voici, au surplus, des faits non sujets à contestation.

Sigmund a publié le cas d'une sage-femme qui, affectée d'un chancre digital, communiqua un chancre labial à son propre enfant, en lui introduisant le doigt dans la bouche pour lui nettoyer les dents.

J'ai observé en ville le cas singulier d'un chancre de la langue développé sur un petit enfant de dix-huit mois. Or, le pourquoi et le comment de cet accident me furent nettement révélés par l'enquête que j'instituai à ce sujet. D'une part, en effet, l'enfant était confié aux soins d'une jeune bonne qui, au moment même de mon examen, présentait des plaques muqueuses confluentes et déjà anciennes de la bouche. Et, d'autre part, l'enfant avait l'habitude, disait-on, de « fourrer ses doigts dans la bouche de toutes les personnes qui l'approchaient, puis de les sucer ensuite »; ce dont j'eus la preuve, d'ailleurs, séance tenante; car, pendant que je l'examinai, il essaya à plusieurs reprises de m'introduire son petit doigt dans la bouche. Nul doute, en conséquence, qu'il n'eût contracté de la sorte son chancre lingual au contact des plaques muqueuses que sa bonne portait à la bouche.

VI. — Enfin, un dernier mode de contagion buccale

est propre à l'enfance. C'est celui qui dérive de l'*allaitement*.

Quantité d'enfants sont infectés à la bouche par le sein de leur nourrice; c'est là un fait de notoriété commune.

Précisons seulement que ce fait s'observe en deux ordres de conditions que voici.

Tantôt c'est une nourrice qui, préalablement syphilitique avant d'aborder les fonctions de nourrice, contagionne un enfant à la bouche par les accidents qui lui surviennent sur le sein au cours de la lactation.

Tantôt et plus souvent, c'est une nourrice saine qui reçoit, pour l'allaiter, un enfant syphilitique, contracte de lui un chancre mammaire, puis, soit par ce chancre, soit par des plaques muqueuses de même siège qui lui surviennent ultérieurement, infecte un autre nourrisson.

Exemple du genre. Une nourrice saine vient à Paris chercher un nourrisson. Elle reçoit la syphilis de cet enfant, qui meurt à trois ou quatre semaines. Alors, elle revient à Paris, saine d'apparence, mais de fait *en incubation* de syphilis. On lui confie un tout jeune enfant. Quinze jours plus tard, se produit sur son sein un « bouton » dont elle ne se méfie pas tout d'abord, qui même, examiné par un médecin, est considéré comme un « bouton sans importance », mais qui devient bientôt un chancre typique. De par ce chancre elle infecte : 1° son propre enfant, et 2° son second nourrisson.

Autre exemple, que j'emprunterai à M. le Dr Dron (de Lyon). Une nourrice est infectée au sein par un enfant syphilitique. Pour se dégorger les seins exubérants de lait, elle donne à téter à *trois* enfants, et infecte ces trois enfants à la bouche. — Et de même pour tant

d'autres cas que j'aurais à citer; car les contaminations de cet ordre sont légion.

VII. — Tels sont les modes à la fois multiples et infiniment divers, vous le voyez, qui peuvent porter la contagion syphilitique sur la région buccale, modes sur lesquels je n'ai si longuement insisté qu'en raison de l'intérêt prophylactique qui s'y rattache.

Eh bien, cela dit, tout n'est pas dit cependant, et il me reste, pour en finir avec ce sujet, à ajouter une remarque à laquelle vous auriez bien droit, certes, de ne pas vous attendre. C'est qu'en dépit de la minutieuse analyse à laquelle nous venons de soumettre l'étiologie des chancres buccaux, en dépit de cette multiplicité et de cette variété de causes que l'on a pu déjà dépister, le *pourquoi* et le *comment* de tels chancres nous échappent parfois d'une façon absolue. Oui, il est encore assez commun de rencontrer en pratique des chancres buccaux (comme aussi des chancres de n'importe quelle région, des chancres de la face notamment) dont l'origine se dérobe complètement à la perspicacité de l'observateur. Je déclare (et tous les syphiliographes vous en diront autant) qu'il m'est arrivé maintes fois de constater des chancres de la bouche ou de la face dont l'étiologie est restée pour moi inexplicable, impénétrable, mystérieuse; — et cela cependant après enquête aussi approfondie, aussi rigoureuse que possible; — et cela sur des sujets intelligents, sincères, qui ne cherchaient qu'à s'éclairer et à m'éclairer sur l'origine possible de leur mal; — et cela même quelquefois dans les milieux les plus honnêtes, dans de véritables asiles de vertu semblant à jamais fermés devant la vérole. De tels cas sont stupéfiants, incompréhensibles, indé-

finissables, paradoxaux. Eh bien, si extraordinaires qu'ils soient, ils n'en sont pas moins authentiques, et je vous prédis qu'après nous et comme nous, messieurs, vous en rencontrerez de semblables dans votre pratique.

Mais alors, qu'est-ce à dire, et comment interpréter de tels faits? J'y ai bien souvent réfléchi, pour ma part, et je crois en définitive que la meilleure, voire la seule explication à en donner consiste en ceci : que les faits en question échappent à toute analyse par cela même qu'ils dérivent du *hasard*, du hasard qui déjoue toute analyse rationnelle, qui défie toute investigation scientifique.

Exemple : Que le hasard, je suppose, ait déposé une gouttelette de pus syphilitique sur la table où repose ma main au moment où je vous parle, et que ce même hasard fasse que le contage virulent entre en relation avec mes doigts ou avec tel objet que je vais toucher; je serai ou je pourrai être contagionné de la sorte, d'une façon ou d'une autre. Eh bien, allez donc, dans un ou deux mois, reconstituer les divers épisodes de cette contagion, depuis le dépôt du contage sur cette table jusqu'à son transport de cette table à mes doigts et de mes doigts à mes lèvres! Allez donc retrouver, rassembler, rattacher les unes aux autres les diverses circonstances d'une contamination de cet ordre, alors que d'essence elles sont toutes fortuites, éventuelles, et qu'à ce titre elles échappent à toute prévision comme à toute analyse subséquente!

J'insiste et, par un autre exemple non plus hypothétique, mais pris sur *nature*, j'essaierai de préciser mieux encore le fait en question.

Ces derniers jours, il m'est arrivé d'être mandé en

consultation, dans un des grands hôtels de Paris, par un malade étranger qui désirait avoir mon avis sur une lésion rebelle de la verge. Cette lésion n'était autre qu'un très large chancre syphilitique du fourreau, datant de trois à quatre mois et affectant une véritable tendance phagédénique. Or, qu'a fait ce malade, que je trouvai couché, pour me montrer son chancre? Tout naturellement il a déroulé son pansement, en déposant ce qui le constituait sur une table de nuit placée à sa portée, notamment de nombreux plumasseaux de charpie tout imbibés de pus, lesquels ont tacheté sur plusieurs points le marbre de ladite table. Je vois encore en souvenir, comme je les ai remarquées au moment même, les maculatures purulentes qui ont souillé ce marbre.

Eh bien, ce marbre a-t-il été, après mon départ, nettoyé, lavé, désinfecté, asepsié, et cela de façon que tout germe contagieux ait bien sûrement disparu de sa surface? Qui aura pris cette précaution, bien que je l'aie dûment prescrite? Aura-t-on même tenu compte de ma recommandation?

Or, à supposer que ce marbre ait été non purifié ou incomplètement purifié, qu'a-t-il pu arriver, je le demande, au voyageur qui, le lendemain ou le soir même, a pris la place de mon client dans cette même chambre d'hôtel? Qu'a-t-il pu lui arriver, s'il a déposé sur le marbre en question ou son cigare, ou sa cigarette, ou son mouchoir, ou son binocle, ou ses gants, ou son éponge, ou sa brosse à dents, ou n'importe quel objet de toilette intime? A tout le moins, il a encouru le risque (s'il ne l'a subi) d'une contagion merveilleusement préparée.

Et, s'il l'a subie, cette contagion, s'il l'a subie à la

bouche par exemple, quelle en sera pour lui l'origine? Cette origine, forcément, il n'en aura pas conscience. Et qu'en pourra dire ou penser le médecin qui sera consulté plus tard à propos des accidents qui dériveront de là? Rien, assurément. Malade et médecin se perdront en conjectures sans rien comprendre à un fait nécessairement incompréhensible.

Et alors, cette contagion qui se sera produite de la sorte sans cause connue, sans raison saisissable, on la dira « extraordinaire, incroyable, phénoménale, stupéfiante », alors qu'en réalité elle est des plus simples. Et elle restera « une énigme, un mystère », parce que, le hasard seul en ayant fait les frais, elle ne pourra être ramenée à tel ou tel des modes usuels de la contamination syphilitique.

Or, telle est, j'en suis bien certain, l'interprétation qu'en définitive il convient de donner à nombre de ces cas devant lesquels on s'extasie parce qu'on ne comprend rien à leur genèse et qu'ils échappent à toute analyse étiologique. Ces cas, pour la grande majorité tout au moins, ne sont inexplicables que par une seule et très suffisante raison, à savoir que le *hasard* seul y a présidé et que les inductions de l'analyse rationnelle sont absolument impuissantes à révéler des circonstances d'ordre purement fortuit, absolument impuissantes à dépister de simples éventualités impossibles à imaginer par avance aussi bien qu'à reconstituer après coup.

CHANCRES LABIAUX.

Ainsi que vous le savez déjà par ce qui précède, les chancres des lèvres tiennent le premier rang — et à longue, très longue distance de tous les autres — parmi les chancres buccaux. Sur 435 cas de chancres buccaux, j'en ai trouvé 328 sur les lèvres. C'est dire que le chancre labial est, à lui seul, *trois fois* plus fréquent que tous les autres chancres buccaux réunis.

De là l'importance qui se rattache à son histoire clinique, que je vais essayer de vous présenter en détail.

I. *Nombre.* — Le chancre labial se présente presque toujours *unique*, « solitaire », comme disait Ricord. Sur 243 observations de ma clientèle privée (qui me serviront surtout pour l'étude qui va suivre), j'en compte 231 relatives à des chancres uniques contre 12 seulement à des chancres multiples. Proportion de pourcentage : plus de 95 o/o.

Ainsi le chancre labial est unique plus de *quatre-vingt-quinze* fois sur cent.

Dans les cas de chancres labiaux multiples, à quel degré ces chancres sont-ils multiples? Voici ce que répond ma statistique :

Deux chancres labiaux.	10 cas.
Trois — —	1 —
Quatre — —	1 —
Total. . . .	12 cas (sur 243).

Enfin, je dois à une obligeante communication un cas bien authentique de *cinq* chancres labiaux.

Sur les douze cas précités de chancres multiples, cinq fois ces chancres multiples siégeaient sur une seule lèvre, et sept fois sur l'une et l'autre lèvre.

A signaler comme exception curieuse le cas d'un de mes malades qui fut affecté de quatre chancres labiaux sur une même lèvre, la lèvre inférieure. (Ce malade présentait en outre un cinquième chancre, situé sur la muqueuse de la joue[1].)

II. *Localisations*. — Au point de vue du siège, cette même statistique fournit les résultats suivants :

Chancres de la lèvre inférieure. . .	105 cas.
Chancres de la lèvre supérieure. . .	57 —
Chancres des commissures.	5 —

Ces résultats étant à peu près conformes à ceux d'autres observateurs, je crois qu'on est autorisé à dire :

1° Que, approximativement, la lèvre inférieure est deux fois plus souvent affectée par le chancre que la lèvre supérieure;

2° Que les chancres commissuraires sont infiniment plus rares (30 fois plus rares environ) que les chancres labiaux proprement dits.

D'autre part, le chancre labial est naturellement susceptible de localisations diverses. Ainsi, il peut :

1° Occuper exclusivement le département *cutané* de l'une ou l'autre lèvre;

2° Occuper exclusivement le département *muqueux* de l'une ou l'autre lèvre; auquel cas, il est absolument dissimulé au regard et ne se révèle que par le renversement de la lèvre;

1. V. Nivet, *De la fréquence relative des différentes variétés de chancres syphilitiques extra-génitaux chez l'homme et chez la femme*, Thèses de Paris, 1887, p. 30.

3° Occuper exclusivement la *semi-muqueuse* de l'une ou l'autre lèvre;

4° et 5° Affecter un siège mixte, c'est-à-dire se trouver à cheval sur la semi-muqueuse et la peau ou bien sur la semi-muqueuse et la muqueuse; — sans parler encore de cas infiniment plus rares où, beaucoup plus étendu, il s'étale à la fois sur tous les départements de l'une ou l'autre lèvre.

Ces diverses localisations sont de fréquence inégale. Ainsi, le chancre exclusivement cutané et surtout le chancre exclusivement muqueux sont rares par rapport aux autres variétés. Le plus habituellement et de beaucoup le chancre est situé sur la semi-muqueuse, avec empiétement sur la zone cutanée ou muqueuse. Et le cas le plus commun de tous est celui où le chancre se trouve à cheval sur la semi-muqueuse et le tégument cutané voisin.

Sur l'une et l'autre lèvre, le chancre peut être ou *médian* ou *latéral*, et cela avec un degré de fréquence à peu près égal. Toutefois, à la lèvre inférieure, il affecte plus communément la région médiane, sans doute en raison de la fissure médiane qui se rencontre sur un certain nombre de sujets et qui, souvent excoriée, offre une porte ouverte à la contagion.

Enfin, pour l'énorme majorité des cas, le chancre labial constitue la localisation *unique* de l'infection syphilitique primitive. C'est-à-dire que, presque invariablement, la syphilis qui pénètre dans l'organisme par la voie labiale y pénètre par la voie labiale exclusivement. A cela, cependant, il est quelques exceptions. Ainsi l'on voit parfois le chancre labial coexister avec un ou plusieurs chancres d'autres sièges. Sur les 243 cas précités, j'en compte 9 où des chancres labiaux ont été observés

en coïncidence avec des chancres syphilitiques de diverses autres régions, à savoir :

Avec des chancres génitaux.	4 fois.
Avec un chancre du menton.	2 —
Avec un chancre de la joue.	1 —
Avec un chancre du bout du nez[1]. . .	1 —
Avec un chancre de la main.	1 —

III. FORMES CLINIQUES. — Comme caractères cliniques et, plus particulièrement, comme caractères objectifs, le chancre labial n'est autre et ne saurait être autre que le chancre génital. C'est le chancre génital transporté sur la bouche, tout simplement. Et, en effet, pour la plupart des cas, il comporte les attributs fondamentaux de ce dernier, et souvent même il en reproduit trait pour trait la physionomie classique.

Le décrire *in extenso* dans les formes diverses qu'il peut affecter serait m'exposer à vous répéter à son propos ce que si souvent vous m'avez entendu dire à propos du chancre syphilitique en général et de ses localisations génitales en particulier. Je tiens à vous épargner ces redites. Conséquemment, dans l'exposé qui va suivre, je passerai rapidement sur les attributs qui lui sont communs avec le type usuel du chancre, et ne ferai qu'insister sur ce qu'il doit de spécial à sa localisation particulière.

Très multiples et même très différentes sont les formes cliniques sous lesquelles le chancre labial s'offre à l'observation. Il n'est pas impossible cependant de les astreindre, au moins pour les principales et les plus

1. De même le Dr Viguier a relaté dans sa thèse le cas d'un malade qui était affecté à la fois d'un chancre labial et d'un chancre du bout du nez. (*Étude sur les chancres infectants extra-génitaux*, Thèses de Paris, 1888.)

usuelles, à une certaine classification. C'est ce que je vais tenter de faire.

On peut reconnaître au chancre labial *six types* principaux, à savoir :

1° Le type *croûteux ;*
2° Le type *érosif ;*
3° Le type *papuleux ;*
4° Le type *hypertrophique ;*
5° Le type *ulcéreux ;*
6° Le type *phagédénique.*

Voyons comment se présente ce chancre sous ces diverses formes.

I. — Première forme : Chancre croûteux. — Voici d'abord une forme du chancre labial qui se recommande doublement à l'attention en raison et de sa grande fréquence et des méprises auxquelles elle donne souvent lieu.

Le chancre labial affecte très souvent la forme et la physionomie objective du chancre croûteux. C'est même toujours un chancre croûteux alors qu'il siège sur le département cutané des lèvres et qu'aucun topique, aucun pansement n'en a encore détaché l'incrustation de surface.

Cette incrustation, il la doit à sa qualité de chancre *cutané*. La preuve en est que, dans les cas où il siège à cheval sur le département cutané et le département muqueux de la lèvre, il se trouve souvent divisé en deux moitiés d'aspect tout différent, dont l'une (celle qui répond à la peau) est recouverte d'une croûte, tandis que l'autre (celle qui répond à la muqueuse) se présente sous l'aspect d'une plaie à vif. — Voyez, à ce

Chancre syphilitique de la lèvre (forme croûteuse)

sujet, une pièce tout à fait démonstrative, que j'ai déposée au musée de l'hôpital Saint-Louis[1].

Dans cette forme, le chancre est constitué par ceci : une petite lésion circonscrite, arrondie ou ovalaire, surmontée par une *croûte*.

Cette croûte offre un diamètre variable entre celui d'une pièce de cinquante centimes et celui d'une pièce d'un franc. — Elle est compacte, solide, adhérente. — Elle fait un léger relief d'un à deux millimètres. — Sans avoir de coloration fixe, elle est généralement brunâtre ou d'un brun foncé, quelquefois presque noire.

Il va sans dire que cette croûte n'est qu'un masque sur la lésion vraie. La lésion vraie, c'est l'érosion chancreuse sous-jacente, qui se dissimule sous une carapace croûteuse. Mais cette érosion, on n'en peut juger, on ne la voit pas dans la forme qui nous occupe actuellement, tout au moins tant que la croûte subsiste. Donc, n'en parlons pas.

En sorte qu'au total toute la lésion, en tant que caractères cliniques appréciables, se réduit à ceci : une incrustation labiale, et rien de plus.

Variété : Chancre rupial. — Une variété de l'espèce précédente mérite une mention particulière, sous le nom de chancre rupial.

Elle n'est constituée que par une exagération de la croûte, laquelle se présente avec une épaisseur double, triple et même quadruple de ce qu'elle est usuellement. Si bien que, de par son aspect stratifié et de par son fort relief au-dessus des téguments périphériques, cette croûte rappelle absolument les grosses incrustations des syphilides tertiaires, des syphilides tuberculo-crustacées,

1. Collect. particul., pièce n° 285.

voire, plus spécialement encore, l'incrustation dite « ostréacée » à laquelle se rattachait autrefois la dénomination de *rupia*. Impossible, en face de cette variété du chancre labial, de n'avoir pas l'impression d'une syphilide tertiaire. Cette impression est forcée, nécessaire, et l'erreur de première vue ne peut être rectifiée que par les données contradictoires du diagnostic rationnel. Aussi bien, nombre de tels chancres à grosse incrustation proéminente ont-ils été pris pour des lésions d'ordre tertiaire.

Diagnostic. — Je viens de dire que les chancres à grosse croûte peuvent donner le change pour des accidents tertiaires, notamment pour des syphilides tuberculo-crustacées. Ce ne sont pas cependant les plus insidieux au point de vue diagnostique. Car, en raison de l'importance et de la singularité de la lésion qu'ils constituent, on s'en méfie, on se tient sur ses gardes vis-à-vis d'eux, bref l'on se met à leur propos en frais de diagnostic, si je puis ainsi parler. Alors, on arrive généralement à les reconnaître pour ce qu'ils sont, et cela de par l'absence d'antécédents spécifiques sur le malade, de par l'adénopathie concomitante (formulée suivant le type du bubon satellite), comme aussi parfois de par les manifestations secondaires qui leur servent de cortège dès qu'ils sont âgés de quelques semaines.

Donc, là n'est pas le danger. Le danger, la source usuelle des erreurs à commettre en pareil cas réside ailleurs. Elle réside dans le chancre croûteux d'allure bénigne, dans le chancre à croûte petite, mince, plate, minuscule même parfois, c'est-à-dire dans le chancre dit *croûtelleux*, simplement croûtelleux, ne semblant constituer qu'une lésion banale et sans importance.

Là est le piège. Et comment, en vérité, ne pas s'y laisser prendre ? Que voit-on au total en tant que lésion ? Rien autre que ceci : une petite croûtelle, ronde ou ovale, ne dépassant guère l'étendue de l'ongle de l'auriculaire, plate et sans relief, mince, jaune ou jaunâtre, d'aspect eczémateux, c'est-à-dire en somme une lésion identique à l'incrustation banale de toute plaie qui se dessèche. Si bien que, sur la foi de cette bénignité apparente, on ne se défie pas, on se satisfait d'un examen à la légère, bref on se laisse aller à diagnostiquer, au lieu d'un chancre, soit un herpès, soit une acné à la période croûteuse, soit un eczéma ou un impétigo, soit encore « un de ces boutons innommés de l'ordre de ceux qui se produisent si fréquemment aux lèvres ».

Écoutez, en effet, les malades qui ont pris la syphilis par les lèvres vous raconter leur histoire ; bon nombre vous diront ceci : « J'avais un petit *babouin* à la lèvre, et je n'en ressentais aucun mal ; mais, comme cela ne finissait pas, je suis allé voir un médecin qui m'a rassuré en me disant que « ce n'était rien », du moins rien autre qu'un herpès, un petit placard d'eczéma, enfin un bobo insignifiant. Et c'est plus tard seulement, alors qu'il m'est arrivé des accidents secondaires, qu'en remontant à leur source on s'est aperçu que ce prétendu bobo avait été bien réellement un chancre. »

J'ajouterai même qu'en l'espèce la véritable difficulté pour le médecin n'est pas de reconnaître le chancre *quand il y pense*, mais *d'y penser*, c'est-à-dire d'avoir toujours présente à l'esprit cette vérité qui est la sauvegarde du diagnostic en pareil cas, à savoir : que le chancre syphilitique peut se manifester aux lèvres sous l'apparence d'une lésion essentiellement bénigne, banale et insignifiante d'aspect.

Car, s'il pense au chancre en pareille occurrence, le médecin aura bientôt fait, au moins dans la grande généralité des cas, de reconnaître pour chancre l'accident en question, et cela de par deux signes formels, caractéristiques, à savoir : l'induration de base et l'adénopathie concomitante.

Avec le chancre, en effet, toujours on constate ceci :

1° Sous la base de la croûte, une certaine *assise d'induration*; — d'induration plus ou moins accentuée; — non pas toujours, certes, d'induration profonde, nodulaire, en « demi-pois » ou en « moitié de noisette », mais tout au moins d'induration en surface, lamelleuse, soit parcheminée, soit seulement foliacée.

2° Et surtout, signe bien moins équivoque et moins sujet à défaillance, une *adénopathie* nettement formulée, sous forme de ganglions souvent multiples, froids, indolents, durs et d'une dureté spéciale, de cette dureté qui semble n'être autre chose, comme le disait Ricord, que « l'induration chancreuse transportée dans les ganglions ».

Eh bien, inversement, rien de semblable ne s'observe ni avec l'herpès, ni avec l'eczéma, ni avec l'impétigo, ni avec les érosions traumatiques, ni avec n'importe quelle lésion banale pouvant affecter les lèvres.

En sorte que, d'après ces deux signes majeurs et formels, le diagnostic de la lésion pourra, sinon toujours, au moins le plus souvent, être établi sur des bases cliniquement certaines.

Toutefois, deux causes d'erreur se présentent à signaler ici Elles sont relatives, d'une part, aux *indurations artificielles* et, d'autre part, aux *adénopathies éventuelles*, susceptibles de simuler le bubon satellite du chancre.

I. — Des lésions banales (j'entends non spécifiques), compliquées par aventure d'un processus inflammatoire, peuvent se doubler d'une certaine induration de base plus ou moins analogue à l'induration chancreuse. C'est ainsi qu'un herpès, des pustulettes staphylococciques, des écorchures, des égratignures, des placards isolés d'eczéma ou d'impétigo, etc., venant soit à être tourmentés, déchirés, enflammés ou infectés par les doigts, soit à être irrités par des topiques ou *à fortiori* par des cautérisations, présentent parfois à leur base un certain degré d'engorgement phlegmasique plus ou moins rénitent, plus ou moins *dur*, lequel en impose facilement pour une induration chancreuse vraie. — Première méprise possible, qu'évitera seule une anamnèse rigoureuse.

II. — Ces mêmes lésions banales peuvent coexister avec des adénopathies sous-maxillaires, adénopathies soit récentes et symptomatiques, soit antérieures et relevant alors ou bien d'un tempérament lymphatique, scrofuleux, ou bien d'un mauvais état des gencives, d'abcès dentaires, de stomatite chronique, etc. Il y a là, encore, matière à erreur, si l'on ne tient compte de ces diverses particularités individuelles.

Exemple du genre. — Un jeune homme vient me trouver pour une lésion labiale croûtelleuse, orbiculaire, de l'étendue d'une pièce de 50 centimes, et tout à fait *chancriforme* d'aspect. D'une part, je trouve à cette lésion une base indurée, même fortement indurée; et, d'autre part, je rencontre sous la mâchoire deux ganglions assez fermes, non douloureux, gros comme des olives. Ma première impression est donc absolument en faveur d'un chancre syphilitique de la lèvre. Toutefois, je m'informe et j'apprends ceci : que, d'abord, ces deux

ganglions sont « anciens », et qu'ils ont succédé à une stomatite assez vive due à l'éruption difficile d'une dent de sagesse; — que, de plus, la lésion labiale a été cautérisée à maintes reprises (8 à 10 fois environ) par le malade lui-même qui, la considérant comme un « mauvais mal », espérait « conjurer l'infection par des attouchements multiples à la pierre infernale ». Sur ces données, je suspends tout diagnostic et m'en tiens à l'expectation pure et simple. Rien ne se manifeste. Voilà trois ans de cela actuellement, et j'attends encore (ou plutôt je n'attends plus) l'explosion secondaire. Donc, en toute évidence, ce que j'avais considéré comme un chancre, ce que tout le monde, je crois, eût considéré comme tel, n'avait pas été un chancre, mais bien une lésion banale quelconque, *artificiellement indurée* par des cautérisations et *accidentellement flanquée de ganglions* qui ne lui appartenaient pas, qui ne relevaient pas d'elle, qui se trouvaient là par aventure et du fait de causes morbides antérieures.

Des cas de cet ordre ne laissent pas de se présenter en pratique, et il faut être prévenu de la possibilité de *surprises* semblables pour ne pas se laisser aller à des diagnostics précipités qui aboutissent en l'espèce aux plus regrettables erreurs.

II. — Seconde forme : Chancre érosif[1]. — Forme non moins commune et non moins insidieuse que la précédente. — Spécialement commune pour le chancre qui affecte la semi-muqueuse de l'une ou l'autre lèvre.

Sous cette forme, le chancre consiste purement et simplement en ceci, comme aspect objectif : une *érosion*;

1 V., comme type du genre, une pièce de ma collection particulière, déposée au Musée de l'hôpital Saint-Louis sous le n° 220.

— érosion nettement circonscrite; — de la largeur de l'ongle du petit doigt en moyenne, quelquefois plus petite, quelquefois un peu plus étendue; — arrondie ou plus souvent ovalaire, et alors transversalement ovalaire, par conséquent à grand axe parallèle à celui des lèvres; — *superficielle*, absolument superficielle; — se continuant de plain-pied avec les tissus sains périphériques, c'est-à-dire se raccordant avec eux sans ressaut, sans entamure en arête; au total, donc, *sans bords*; — *lisse* et *unie* de fond; — généralement remarquable par une belle couleur rouge et d'un rouge brun, souvent même d'un *rouge chair musculaire* presque caractéristique; — parfois cependant semée çà et là sur un fond rouge de quelques petits points grisâtres ou blanchâtres, lambeaux ou reliquats d'épithélium en voie de détachement.

Et c'est tout. Si bien que, sous ce type, je le répète pour bien attirer votre attention sur ce point, le chancre n'est constitué, en tant que caractéristique objective, que par une lésion érosive du derme muqueux.

Reconnaître un chancre à ce seul aspect et le différencier sur ces simples données de lésions banales quelconques, de lésions herpétiques par exemple, serait une impossibilité clinique. Car l'érosion qui le constitue est à peu près identique, et cela à première vue comme après mûre analyse, avec toute érosion vulgaire. Aussi bien le chancre labial de forme érosive a-t-il été confondu maintes fois avec des érosions de toute nature et, plus particulièrement, avec deux insignifiantes lésions que je dois signaler ici d'une façon toute spéciale, à savoir : 1° l'*herpès labial*; — et 2° l'érosion irritative dérivant de l'abus de la cigarette, la fameuse « *brûlure de cigarette* ». Que de cas, pour ma seule part, n'aurais-je pas

à citer où des chancres labiaux ont été diagnostiqués « herpès » et dédaignés comme tels jusqu'au jour de l'explosion secondaire! Que de cas aussi où des chancres labiaux ont été considérés (voire par des médecins sur eux-mêmes) comme de simples « desquamations épithéliales » dues à l'abus du tabac!

Trois signes cependant, en bonne clinique, vont à l'encontre de telles erreurs; ce sont :

1° Le *graphique de contour* de la lésion. Et, en effet, si l'on a affaire à un chancre, toujours on le trouvera limité par une ligne de contour régulière, représentant un cercle ou un ovale, mais non sinueuse, non dentelée, non déchiquetée, non « géographique », suivant l'expression consacrée.

Inversement, une érosion banale, vulgaire, comme celle qui peut résulter d'un processus irritatif ou inflammatoire, offre presque toujours un graphique de frontières bien moins régulier, plus tourmenté, plus capricieux, plus festonné, très différent en un mot de l'orbe correct d'un chancre.

A fortiori, cette ligne de frontière sera-t-elle bien autrement significative, s'il s'agit d'un herpès. On connaît, en effet, la caractéristique que j'ai de vieille date assignée à l'herpès et qui — j'en suis heureux — n'a pas encore trouvé de contradicteurs. Cette caractéristique consiste en ceci : Contour sinueux de la lésion, *semé çà et là de segments de petites circonférences*, vestiges des vésicules excentriques du bouquet initial d'herpès.

Ce contour *microcyclique*, comme je l'ai appelé, est tout à fait spécial à l'herpès et en constitue un véritable signe pathognomonique. Il doit donc être toujours recherché et soigneusement recherché, surtout *avec l'aide de la loupe*, qui permet parfois de le reconnaître

alors qu'il pourrait échapper à l'œil nu. Malheureusement, il fait défaut en certains cas, ou tout au moins il n'est pas toujours assez accentué pour suffire au diagnostic. Mais, quand il existe, j'affirme qu'il constitue un signe nettement distinctif, car jamais le chancre ne présente de contour ainsi festonné, de contour ainsi singularisé par de petits segments de circonférence[1].

A noter, d'ailleurs, que le nombre de ces éléments de circination périphérique n'a qu'une importance secondaire en l'espèce. S'il en existe plusieurs, tant mieux pour la facilité et la sûreté du diagnostic. Mais on peut n'en observer qu'un très petit nombre, voire un seul. Or, un seul, bien formulé, bien caractérisé, suffit à *exclure* le chancre. Car une telle configuration n'est pas dans l'esprit du chancre, et ne saurait se rencontrer avec lui.

2° Second signe : *Induration de base de la lésion.* — Avec le chancre, induration de base, toujours plus ou moins appréciable. — Au contraire, avec l'herpès ou les autres érosions banales, pas d'induration de base, réserves faites (comme précédemment) pour les cas où ces érosions auraient été soit enflammées par diverses causes d'irritation surajoutée, soit artificiellement indurées par des caustiques.

Ici comme ailleurs, l'induration de base est un excellent signe du chancre. Seulement, en l'espèce, il faut

1. J'ai fait relever par un dessinateur le *tracé circonférenciel* d'une série de chancres syphilitiques et d'herpès, pour établir un parallèle objectif entre ces deux lésions au point de vue du signe en question. Le contraste des deux graphiques est saisissant pour l'œil, au moins dans la très grande majorité des cas.

Quelques-uns de ces graphiques ont été reproduits dans mes *Leçons cliniques sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme*, 2e édit., p. 197.

savoir que l'induration du chancre labial de type érosif est toujours *peu de chose*. Ne vous attendez pas à rencontrer sous ce chancre une de ces indurations facilement accessibles aux doigts, sous forme de callosités nodulaires en demi-noisette ou en demi-pois. D'abord, c'est la modalité *lamelleuse* de l'induration qu'il affecte presque exclusivement. De plus, cette modalité lamelleuse n'est pas toujours très accentuée. Si parfois elle se traduit par l'induration dite *parcheminée*, encore aisément appréciable, bien plus souvent elle se restreint à cette forme atténuée, effacée, fruste, connue sous le nom d'induration *foliacée* ou *papyracée*, laquelle court grand risque d'être méconnue. Or, dans les cas de ce genre, l'induration spécifique ne sera perçue que si on la recherche avec une attention minutieuse et en procédant avec méthode, c'est-à-dire en ayant soin, d'une part, de saisir bien exactement le chancre à ses deux pôles, et, d'autre part, de soulever légèrement la muqueuse de façon à en apprécier isolément la résistance propre. C'est ici plus que jamais qu'une éducation spéciale est souvent nécessaire pour sentir ce que ne sentiront pas des doigts moins exercés, c'est-à-dire pour se rendre compte d'une induration rudimentaire.

3° Troisième signe : *Adénopathie*. — Avec l'herpès et avec les érosions vulgaires, ou bien pas d'adénopathie (c'est là le cas habituel, réserves toujours faites pour l'éventualité d'excitations inflammatoires surajoutées); — ou bien, rien autre qu'un léger degré de retentissement ganglionnaire, à glandes petites, dépourvues de la rénitence sèche qui caractérise le bubon symptomatique du chancre.

Avec le chancre, au contraire, adénopathie constante; et, de plus, adénopathie comportant tout l'ensemble

des caractères propres au bubon *satellite*, caractères que je n'ai plus à décrire.

Tels sont les trois signes (graphique de contour, état de base et adénopathie) qui constituent ici les éléments du diagnostic.

Pour la plupart des cas, ces trois signes suffiront à déterminer la qualité de la lésion. Mais besoin est de répéter encore que le diagnostic en question est souvent délicat, difficile, voire parfois impossible de par les seules ressources des données actuelles. Assez nombreux sont les cas où, en face d'un chancre labial de forme érosive, le clinicien le plus expert est forcé de suspendre provisoirement son arrêt et d'en appeler à l'évolution ultérieure.

III. — Troisième forme : CHANCRE PAPULEUX[1]. — Dans cette troisième forme, qui est loin d'être rare, le chancre se présente sous l'aspect d'une lésion papuleuse, bien circonscrite, et se dessinant en relief au-dessus des tissus sains périphériques.

Quand ce relief n'est que médiocrement accentué, la lésion représente assez bien comme dimensions et comme configuration ce qu'est la vulgaire pastille de menthe ou de chocolat; d'où le nom de chancre *en pastille* qui lui a été plus d'une fois appliqué.

Mais souvent ce relief est plus considérable, et alors le chancre figure un segment de cerise, voire parfois (ce qui est bien plus rare) un tiers ou même une moitié de cerise.

Érosif ou sub-ulcéreux de surface, rouge et généralement d'un rouge brun assez foncé, enfin plus ou moins

1. V. Musée de l'hôpital Saint-Louis, Collect. génér., pièce n° 1282.

rénitent, plus ou moins dur au toucher, ce chancre papuleux rappelle ou peut rappeler l'aspect de l'épithélioma labial, avec lequel il a été souvent confondu. C'est même là ce qui constitue l'intérêt principal de cette forme, sur le diagnostic de laquelle il me faudra revenir dans un instant.

IV. — Quatrième forme : Chancre hypertrophique[1]. — Forme des plus curieuses, beaucoup plus rare que toutes les précédentes, mais, à coup sûr, beaucoup plus importante cliniquement, en raison des erreurs graves auxquelles elle peut donner lieu.

Dans cette forme, le chancre est tout à fait exubérant comme volume, comme saillie, comme développement, et non moins original comme physionomie. Il n'a guère plus l'aspect d'un chancre. Bien plus volontiers on le prendrait pour une *tumeur* labiale. De là son nom de *chancre hypertrophique* ou de *chancre-tumeur*.

Deux éléments le constituent, à savoir : une ulcération de surface, et une véritable tumeur sous-jacente à cette ulcération.

L'ulcération de surface, c'est le chancre proprement dit, qui, dans cette forme, est généralement étendu, considérable même quelquefois, au point de mesurer par exemple 3, 4, 5 centimètres de diamètre transverse, sur 1, 2 ou 3 centimètres verticalement. Cette ulcération entame le derme plus ou moins profondément. Elle se présente à nu, avec une couleur d'un rouge brun foncé, parfois aussi avec un fond « de mauvaise mine », de teinte jaune sale ou jaune rougeâtre, semé de détritus sphacéliques. Plus rarement elle s'incruste, en prenant

1. V. au Musée de l'hôpital Saint-Louis, plusieurs pièces de ce genre.

les caractères du chancre rupial précédemment décrit.

Sous cette ulcération se trouve ce que, sans exagération, on peut appeler la tumeur ; — tumeur constituée par une hypertrophie de la lèvre, laquelle est doublée, triplée de volume, vraiment gigantesque en certains cas. En raison de cet excès de volume, cette lèvre est projetée en avant, presque « en forme de trompe », a dit un auteur anglais. De plus, elle offre au toucher une rénitence toujours bien accentuée, parfois presque chondroïde, et manifestement due à une grosse infiltration néoplasique.

En sorte qu'étant données, d'une part, l'ulcération de surface et, d'autre part, la néoplasie de base, il est une impression première dont on ne peut se défendre en face d'une lésion de ce genre. Cette impression est celle d'une *tumeur maligne* de la lèvre. A première vue, il ne vient guère à l'esprit qu'une telle lésion puisse être réalisée par un chancre. Bien plus naturellement on se laisse prendre aux apparences qui conduisent à supposer un épithélioma. Et c'est un examen raisonné qui, seul, restitue le diagnostic dans la droite voie.

Aussi bien, nombre d'erreurs ont-elles été commises à propos de ce chancre labial hypertrophique. De cela témoignent d'abord quantité d'observations où l'on voit que le diagnostic d'épithélioma a trouvé faveur pour un temps. Puis, il en est d'autres (j'en possède deux pour ma part) où des interventions chirurgicales ont été proposées aux malades. Que dis-je ! Il est des cas plus qu'authentiques où des chancres hypertrophiques ont été excisés en tant que « cancers ». J'ai vu, en ville, un malade qui avait subi une quasi-amputation de la lèvre pour un prétendu « cancer », présenter,

huit jours après l'opération, une indéniable roséole, bientôt suivie d'autres manifestations secondaires. De même le Dr Guinand, dans son excellent travail sur la syphilis des verriers[1], a relaté le cas d'un malheureux ouvrier qui, contagionné à la lèvre, fut considéré comme affecté d'un cancroïde labial. « On lui enleva, dit-il, par une incision en V, toute la portion de la lèvre dans laquelle se trouvait circonscrite l'ulcération », ce qui n'empêcha pas, bien entendu, l'explosion secondaire de se produire en temps voulu[2].

Des erreurs de ce genre sont vraiment lamentables. Aussi bien un chapitre de diagnostic différentiel s'impose-t-il ici entre le chancre hypertrophique et l'épithélioma des lèvres. Je ne craindrai pas d'y consacrer les longs développements qu'il comporte.

A mon sens, les éléments de ce diagnostic peuvent être répartis en trois groupes, sous les noms de signes de présomption, de probabilité et de certitude.

I. — Un *signe de présomption* sera quelquefois fourni par l'*âge* des malades.

C'est qu'en effet le chancre labial constitue très généralement un accident de jeunesse, tandis que l'épithéliome est par excellence une maladie de l'âge mûr.

Ce signe, donc, sera parfois utilisable pour le diagnostic. Ne lui accordez pas, cependant, plus de valeur

1. *De la syphilis des verriers*, Paris, 1881, p. 28.

2. Au moment où je corrige les épreuves de ce volume, je reçois d'un de mes collègues des hôpitaux communication d'un nouveau cas de ce genre qui s'est produit à Paris. — Un jeune homme a subi une large excision de la lèvre, une véritable « amputation partielle » de la lèvre pour un prétendu épithélioma, lequel n'était rien autre qu'un chancre syphilitique. Quelques jours après l'opération apparut une syphilide, bientôt suivie d'autres accidents secondaires.

Comment de tels faits peuvent-ils se produire encore de nos jours?

qu'il n'en comporte. Car, d'une part, le chancre labial a été observé plus d'une fois sur des sujets âgés, comme sur l'une de mes malades qui, à l'âge de 66 ans, fut infectée à la lèvre par un biberon; — et, d'autre part, on a rencontré quelquefois (bien rarement, il est vrai) l'épithéliome sur des sujets jeunes, âgés de 20 à 30 ans[1].

II. Des *signes de probabilité* sont constitués par les cinq considérations suivantes :

1° *État de surface de la lésion.* — Presque invariablement le chancre est remarquable par sa surface lisse, égale, tendue, quelquefois même véritablement polie et vernissée. Cet aspect de plaie unie, à teinte chair musculaire, lui confère souvent une physionomie presque caractéristique.

Tout autre est généralement l'épithéliome, qui se présente sous l'aspect ou bien d'une ulcération à fond inégal, déchiqueté, vermoulu, ou bien d'un champignon végétant, bourgeonnant, grenu, mûriforme.

2° *État des bords; — signe de l'ourlet.*

Le propre du chancre est de se raccorder sans ressaut et « de plain-pied » avec les tissus sains périphériques. Si bien que le plus souvent il n'a pas de bords, à proprement parler; il n'a qu'une ligne de frontières ne présentant ni méplat, ni relief.

Généralement, au contraire, la portion marginale de l'épithéliome est constituée par un véritable rebord plus ou moins saillant, épais, dur, quelquefois même renversé, « *éversé* » et surplombant les tissus sains.

Parfois encore son ulcération se trouve comme encadrée par une zone circonférencielle d'infiltration sèche (j'entends non encore érosive), large de quelques mil-

1. V. A. Broca, *Traité de chirurgie*, publié sous la direction de MM. S. Duplay et P. Reclus, t. V, p. 223.

limètres et faisant un léger relief au-dessus des tissus sains. Cette zone représente exactement ce qu'autour d'une serviette ou d'un mouchoir, par exemple, on appelle un ourlet. Aussi lui a-t-on donné le nom d'*ourlet* épithéliomateux.

Cet ourlet qui raccorde l'ulcération épithéliomateuse avec les tissus normaux offre assez souvent une physionomie tout à fait distinctive. — En voici un bel exemple sur cette photographie, au pourtour d'un cancroïde nasal [1].

Alors que les deux signes précédents (tirés de l'état de surface et de bords de la lésion) sont bien accentués, ils suffisent presque au diagnostic. Mais ils ne sont que trop sujets soit à faire défaut, soit à rester frustes et à ne plus constituer que de simples nuances dont il n'est plus à tirer parti. — Donc, cherchons mieux.

3° Un meilleur indice ressort du *saignottement*. Je m'explique.

Pressez entre les doigts, même légèrement, une ulcération épithéliomateuse, vous ferez apparaître à sa surface un très fin pointillé rouge, purpurin, bien minime à coup sûr, mais non moins significatif pour cela. C'est du sang qui sourd ainsi de la lésion en microscopiques gouttelettes.

Mieux encore : Touchez, frôlez (je ne dis même pas frottez) l'ulcération d'un épithéliome avec un pinceau de charpie ou un tamponnet d'ouate, vous verrez ce pinceau ou cette ouate se colorer aussitôt d'une teinte rosée ou rougeâtre, tenant à l'issue d'une quantité minime de sang.

En un mot, sous l'influence du moindre contact ou

1. Photographie n° 26, Collect. particulière.

des attouchements les plus légers, l'épithéliome *saignotte* (dire qu'il saigne serait exagéré).

Or, en est-il de même pour l'érosion ou l'ulcération chancreuse? Nullement. Sans doute le chancre peut bien, à la rigueur, fournir un léger suintement sanguinolent lorsqu'on le manipule un peu brutalement, lorsqu'on le presse d'une façon un peu vive, lorsqu'on l'essuie avec insistance. Mais cela est rare, très rare, et la règle est qu'on puisse toucher, explorer, essuyer, déterger un chancre sans y déterminer le moindre écoulement sanguin.

Il y a donc là, du chancre à l'épithéliome, une différence importante, non moins que des plus simples à constater en clinique, différence dont le diagnostic peut tirer un très utile profit.

4° Vient un quatrième signe, bien préférable encore à tous les précédents. Il est fourni par l'*état des ganglions* et se résume en ceci :

Avec le chancre, adénopathie pour ainsi dire immédiate, adénopathie presque *d'emblée*, tout au moins commençant à poindre dès les premiers jours de l'évolution morbide, s'affirmant dès la seconde semaine, puis battant son plein (passez-moi l'expression) à dater de cette période toute jeune encore de la maladie.

Tout au contraire, avec l'épithéliome, *pas d'adénopathie au début*; et même adénopathie absolument rare avant le quatrième ou le cinquième mois, réserve faite pour certains cas très rares où la tumeur affecte une évolution rapide[1].

Il semblerait, d'après cela, qu'un tel signe doive être de nature à fournir au diagnostic un élément des plus

1. V. A. Broca, *Traité de chirurgie*, publié sous la direction de MM. S. Duplay et P. Reclus, t. V, p. 226.

précieux; et, de fait, il le lui fournit fréquemment. Mais assez nombreux aussi sont les cas où il ne peut être utilisé qu'avec réserve, et cela pour des raisons diverses : parce que, d'abord, l'adénopathie est un symptôme commun aux deux maladies, donc un symptôme suspect à ce titre; — parce que le début de la lésion, alors qu'il s'agit d'un épithéliome, peut avoir échappé au malade pour un certain temps; — parce qu'on peut être trompé par des ganglions préexistants, anciens, par « les ganglions *du malade*, comme le disait Ricord, ganglions qui ne sont pas ceux *de la maladie* ».

5° Enfin, je rangerai encore dans ce même groupe le signe dit des *vermiotes*, sur lequel je vous dois quelques explications.

Si l'on vient à exercer avec les doigts une certaine pression sur une tumeur épithéliomateuse ulcérée, on parvient quelquefois à en faire sourdre de petits filaments ou grumeaux d'un blanc opaque et sale, semblables à des vermisseaux ou encore à ces tortillons sébacés qui émergent par expression des boutons d'acné. Examinés au microscope, ces produits vermicelliformes sont constitués par des cellules cornées et des globes épidermiques provenant des culs-de-sac épithéliaux.

Quelquefois même, avant de les faire sourdre par pression, on peut, à l'aide d'une bonne loupe, en apercevoir le sommet sous forme de petits points blanchâtres.

Au dire de certains histologistes, de M. Darier notamment (dont chacun connaît et apprécie la compétence en pareille matière), ce signe des vermiotes aurait une grande importance pour le diagnostic de l'épithéliome. « Bien constatés, me disait récemment M. Darier, et soigneusement différenciés du pus concret avec lequel

on pourrait les confondre, les vermiotes attestent positivement l'épithéliome ». En l'espèce, donc, ils seraient de nature à apporter le plus utile appoint au diagnostic qui nous occupe pour l'instant.

Seulement, ils n'existent pas dans tous les épithéliomes. De plus, alors même qu'ils existent, ils sont souvent difficiles à constater et à apprécier bien exactement, « en raison du degré variable de kératinisation des cellules de la tumeur » (Darier). — Au total, donc, vous le voyez, c'est là un signe qui ne devient cliniquement utilisable que dans un nombre de cas plus ou moins restreint.

Le groupe des signes que je viens d'analyser joue très certainement un rôle des plus importants dans le diagnostic clinique du chancre et de l'épithéliome.

Nul doute, en effet, que tels ou tels d'entre eux ne suffisent souvent en pratique à caractériser soit l'épithéliome, soit le chancre.

Bien souvent, par exemple, le chancre labial s'affirmera en tant que chancre de par les attributs de sa surface lisse, à teinte chair musculaire; — de par l'absence de bords; — de par l'absence de « saignottement à l'essuyage »; — et mieux encore, de par son adénopathie immédiate, comportant les caractères si spéciaux du bubon satellite, etc.

Mais force n'est pas moins de reconnaître, d'autre part, que tels ou tels de ces divers signes peuvent être mal accentués, frustes, indécis ou même déficients. Aucun d'eux, en tout cas, ne constitue à lui seul, non plus même qu'associé à d'autres, un témoignage irrécusable de spécificité syphilitique; aucun ne saurait être dit pathognomonique.

Bienvenus, donc, seraient d'autres signes qui, au lieu de constituer comme ces derniers de simples présomptions, voire de fortes présomptions, permettraient d'asseoir le diagnostic sur de véritables bases de certitude. Or, de tels signes ne font pas défaut, comme nous allons le voir.

III. *Signes de certitude.* — Ceux-ci nous sont offerts : 1° par l'évolution morbide ; — et 2° par l'explosion secondaire[1].

1° L'*évolution morbide* est absolument significative en l'espèce et vaut mieux à elle seule que tous les signes précités. Voyez, en effet, quelles différences elle introduit de l'une à l'autre des deux entités pathologiques dont nous continuons le parallèle.

Avec le chancre, évolution hâtive, rapide, presque précipitée même, dirai-je sans exagération. Et, en effet, dans un espace de huit à quinze jours le chancre se constitue généralement à l'état de ce qu'il doit être, à l'état de ce qu'il doit être à son apogée, et cela au double point de vue de sa lésion propre et de son retentissement ganglionnaire.

Inversement, l'épithéliome est une affection qui (sauf exceptions rares) procède lentement, progressivement ;

1. Un troisième signe *de certitude* pourrait encore être fourni par l'*examen histologique* d'un fragment de la lésion enlevé par biopsie.

Cet examen, en effet, est bien de nature à attester l'épithéliome, en démontrant dans le fragment enlevé le tissu caractéristique des néoplasmes malins, à savoir « notamment des boyaux épithéliaux contenant dans leur intérieur des globes épidermiques » (Darier). Mais il n'est décisif qu'à une condition, c'est qu'on ait excisé un morceau de tissus *en profondeur*, c'est-à-dire qu'on ait fait une véritable brèche dans la lèvre, brèche naturellement destinée à être suivie d'une cicatrice proportionnelle.

Or, sauf indication particulière, ce n'est guère là un procédé diagnostique qu'il convienne d'imposer aux malades, alors surtout qu'on dispose d'autres modes d'appréciation moins chirurgicaux et plus pratiques.

— qui ne se constitue guère qu'au prix de plusieurs mois à l'état de tumeur et d'ulcération vraiment importante; — qui, de plus, respecte longtemps les ganglions, pendant plusieurs mois en moyenne.

Quel contraste!

Si, donc, un malade vient vous dire : « Non, très certainement non, je n'avais rien, absolument rien, à la lèvre il y a quinze jours ou trois semaines », et que vous trouviez sur lui, quinze jours ou trois semaines au delà de l'époque où « bien sûrement il n'avait rien », une lésion labiale plus ou moins importante déjà, bien constituée, battant son plein, et une lésion labiale déjà flanquée d'une adénopathie sous-maxillaire formellement accentuée, nul doute ne saurait subsister en votre esprit sur la qualité de cette lésion. Cette lésion, très sûrement, ne peut être un épithéliome. Donc, par exclusion, elle ne peut être qu'un chancre, puisque, des deux espèces morbides en parallèle, le chancre seul répond à l'évolution hâtive, rapide, précipitée, qui s'est produite en l'espèce.

Et voilà le diagnostic constitué de par cette seule donnée de l'évolution morbide.

Mais alors on dira peut-être : « Eh bien, soit! De par l'évolution, cette lésion ne peut être un épithéliome; c'est là un fait acquis. Mais ne pourrait-elle pas être autre chose qu'un chancre? » — A cette objection va répondre le dernier signe dont il me reste à vous parler.

2° Celui-ci, c'est l'*explosion secondaire*.

Et, en effet, l'explosion secondaire venant à se produire à point nommé, dans les délais normaux, règlementaires, comporte une signification formelle. Elle constitue un témoignage par excellence de la qualité

chancreuse de l'accident auquel elle succède; elle atteste le chancre d'une façon irrécusable, équivalente comme rigueur à une démonstration mathématique.

C'est donc, en définitive, à ce véritable *critérium* qu'il nous faudra faire appel dans tous les cas douteux. Et la conduite à tenir en pareille occurrence ne devra être autre que la suivante :

Un malade, je suppose, présente à la lèvre un accident dont les caractères restent douteux de par les signes objectifs ou autres. Est-ce ceci ou cela, s'agit-il notamment d'un chancre ou d'un épithéliome ? Impossible de le savoir de par les éléments cliniques dont on dispose. Eh bien, *attendons*; gardons-nous de toute intervention actuelle, médicale ou chirurgicale ; faisons simplement appel à l'avenir, et, les bras croisés, voyons ce qui va ou non se produire à échéance de quelques semaines.

Ce qui pourra se produire, en effet, est contenu dans le dilemme suivant :

Ou bien, rien du tout, en tant que manifestations syphilitiques. Et cette absence d'accidents spécifiques aura une signification précise, absolue; elle voudra dire ceci : Bien sûrement, l'accident en litige *n'était pas un chancre*.

Ou bien, explosion de manifestations secondaires, sous forme, par exemple, de roséole, de syphilides, de plaques muqueuses, d'adénopathies, de céphalée, etc. Et l'invasion de tels symptômes voudra dire d'une façon non moins certaine : En toute évidence l'accident en litige n'était rien autre qu'un chancre syphilitique.

Aussi bien, comme application pratique (et c'est là surtout ce que vise l'exposé qui précède), convient-il d'interroger ce critérium suprême, l'*évolution morbide*,

et d'en attendre les résultats dans tous les cas où la nature d'une lésion suspecte de la lèvre n'est pas déterminable par les données cliniques *actuelles*.

Plusieurs fois, je vous l'ai dit, on est intervenu *chirurgicalement* contre le chancre labial alors qu'on avait fait erreur à son sujet et qu'on l'avait diagnostiqué cancroïde. De telles pratiques, sans nul doute, avaient pour excuse l'intention de servir le plus efficacement possible les intérêts des malades en supprimant le plus tôt possible une lésion infectieuse dont on connaît les dangers. Mais elles n'en ont pas moins abouti aux plus déplorables résultats et pour les malades et pour la dignité de l'art. Ces opérations, ces mutilations inutiles, on n'aurait pas eu à les regretter, si l'on ne s'était pas empressé d'instituer *quand même* un diagnostic en l'absence de signes suffisants et si l'on avait consenti à attendre le témoignage probant de l'évolution morbide. Sur deux des opérés en question la roséole fit son apparition quelques jours après l'excision de prétendus cancroïdes qui n'étaient autres que des chancres labiaux. Et une balafre, une disgrâce irréparable, une difformité définitive est restée sur la lèvre, comme stigmate non pas seulement d'une erreur de diagnostic, mais d'une *faute* contre les principes de l'art.

Je le répète encore, de telles erreurs sont d'autant plus regrettables qu'il est vraiment facile de les éviter.

Tels sont, Messieurs, les éléments du diagnostic différentiel à établir entre l'épithéliome labial et le chancre labial de forme hypertrophique.

Pour vous en faciliter le souvenir, j'ai essayé de condenser l'exposé qui précède dans le tableau suivant :

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE LE CHANCRE LABIAL ET L'ÉPITHÉLIOMA DES LÈVRES.

CHANCRE LABIAL.	ÉPITHÉLIOMA LABIAL.
I. — Signe de présomption : Age des malades.	
Beaucoup plus commun dans la *jeunesse*.	Presque exclusif à l'*âge mûr*.
II. — Signes de probabilité :	
I. *Surface* lisse, égale, tendue, quelquefois polie et vernissée.	I. Surface inégale, irrégulière, déchiquetée, rongeante; — ou bien, dans une autre forme, surface en champignon végétant, bourgeonnant.
II. Pas de bords, à proprement parler.	II. Bords élevés, épais, surplombants, *éversés*. Parfois, signe de l'*ourlet*.
III. Surface non saignante, ni à la pression ni à l'essuyage.	III. *Saignottement* presque caractéristique au moindre contact.
IV. Adénopathie *initiale, d'emblée*; — atteignant son apogée de la deuxième à la troisième semaine.	IV. Pas d'adénopathie au début. — Adénopathie ne se constituant qu'après le quatrième ou le cinquième mois.
V. »	V. Signe dit des *vermiotes*.
III. — Signes de certitude :	
I. Évolution hâtive, précipitée. (Chancre à son apogée de la deuxième à la troisième semaine, et cela : 1° en tant que lésion propre; — 2° en tant que retentissement ganglionnaire.)	I. Évolution lente, torpide; — laps de plusieurs mois nécessaire pour que l'affection soit constituée à l'état de lésion importante et retentisse sur les ganglions.
II. Critérium par excellence : Explosion secondaire, à normale échéance.	II. »

V. — Cinquième forme : Chancre ulcéreux. — Cette forme n'est pas rare à la lèvre. Certainement elle est

plus commune en ce siège, toutes proportions gardées, qu'aux organes génitaux.

On l'observe quelquefois avec des chancres de moyenne étendue, mais bien plus souvent avec de grands chancres, s'étalant sur une large surface de la lèvre ou même envahissant presque toute la lèvre (comme vous en voyez un exemple sur cette photographie[1], et comme vous en trouvez un autre spécimen au musée de notre hôpital[2]).

Ce chancre ulcéreux se présente sous deux aspects : tantôt sous la forme d'une ulcération découverte, « à ciel ouvert », ulcération que je vous décrirai dans un instant; — et tantôt sous la forme croûteuse, qui n'est que la précédente se dissimulant sous une croûte. Cette croûte est généralement épaisse, stratifiée, compacte, dense, adhérente. Il n'est même pas très rare qu'elle soit remarquable par une épaisseur tout à fait insolite, considérable, ce qui lui confère la physionomie des syphilides tertiaires à grosses croûtes rupioïdes.

Dans l'un et l'autre cas, la lésion est essentiellement constituée par ceci :

1° Une *base* ou une assise indurée, néoplasique, faisant toujours un certain relief, parfois même exubérante;

2° Une *ulcération* de surface, étalée sur ce néoplasme. Cette ulcération offre les caractères usuels du chancre de modalité ulcéreuse, à savoir : des bords quelque peu saillants, se raccordant en pente douce avec le fond de la lésion; — un fond plus ou moins excavé et variable d'aspect; — le plus souvent, lisse et uni; quelquefois, au contraire, un peu inégal, semé de légères dépressions qui alternent avec de petits mamelons grenus et

1 Photographie n° 122, Collect. particulière.
2 Pièce n° 1305, Collect. générale.

végétants; — tantôt rouge et uniformément rouge, avec une belle teinte « chair musculaire » presque distinctive; — tantôt multicolore, par exemple rouge sur certains points, jaunâtre ou grisâtre sur d'autres; — quelquefois encore, mais plus rarement, grisâtre, gris jaunâtre ou d'un blanc sale, diphthéroïde; — voire, mais exceptionnellement, blanchâtre, pultacé, et rappelant l'aspect de la pourriture d'hôpital, comme sur cette curieuse pièce déposée au musée de notre hôpital par le regretté Dr A. Guérin[1].

En même temps qu'ulcéreux, le chancre labial peut être *hypertrophique*. Son ulcération, dans ce cas, prend place sur un gros noyau d'infiltration qui déforme la lèvre et la projette en avant. C'est là une forme mixte où les caractères du type actuel se trouvent associés à ceux du type que nous avons précédemment étudié.

Le chancre ulcéreux a toujours une *durée* plus ou moins longue (2 à 3 mois), et cela en raison, d'abord, de sa modalité propre, puis de son étendue, et aussi des difficultés inhérentes à sa thérapeutique locale.

Logiquement, il devrait comporter des *conséquences cicatricielles* en relation avec son importance comme lésion. Cette prévision cependant n'est pas confirmée en général, et c'est là un point qui mérite de nous arrêter quelques instants.

A voir certains chancres labiaux constituer dans les tissus de la lèvre de véritables excavations, on serait autorisé à préjuger que de telles lésions doivent laisser à leur suite des cicatrices équivalentes, c'est-à-dire des cicatrices creuses, irrégulières, bridées, au total difformes. Eh bien, il n'en est pas ainsi pour la grande

1. V. Musée de l'hôp. Saint-Louis, Collect. génér., pièce n° 104.

majorité des cas. Presque toujours les choses s'arrangent au mieux, et, après guérison, la lèvre se reconstitue dans un état qui, pour ne pas être l'état primitif, est loin de se présenter avec les disgrâces attendues. Si l'ulcération a affecté le département cutané de la région, elle s'y inscrit par une cicatrice réelle et ineffaçable, mais par une cicatrice peu profonde, superficielle même assez souvent, étalée, régulière, et vraiment peu apparente après un certain temps. Mais c'est surtout dans ses localisations muqueuses qu'elle aboutit à une réparation presque intégrale et tout à fait inattendue. Ainsi, il est parfois surprenant de voir certains chancres profondément ulcéreux de la muqueuse labiale ne se traduire après guérison que par une cicatrice non difforme, superficielle, lisse, peu visible, et simplement accusée par une pâleur blanc-rosé du tégument muqueux.

Ce fait curieux, presque paradoxal, n'est pas sans avoir sa raison. Et cette raison, c'est que presque toujours le chancre ulcéreux de la lèvre n'est en réalité qu'un chancre *auto-ulcéreux* ou pseudo-ulcéreux, c'est-à-dire une lésion qui s'ulcère elle-même sans entamer les tissus normaux. Ce chancre fait son ulcération *à ses frais*, si je puis ainsi parler, c'est-à-dire aux dépens de son infiltrat. En sorte qu'après résorption de cet infiltrat *morbide* les tissus normaux non lésés ou légèrement atteints reprennent une apparence à peu près normale.

VI. — Sixième forme : Chancre phagédénique. — Forme extrêmement rare et même, disons mieux, tout à fait exceptionnelle (je n'en ai observé que deux cas dans toute ma pratique de ville); — mais forme essentielle à mentionner en raison et de sa haute importance clinique et des erreurs auxquelles elle peut exposer.

Le phagédénisme chancreux n'a pas, sur les lèvres, d'autres modalités qu'ailleurs. C'est dire qu'il procède soit en surface, soit en profondeur.

I. — Le *phagédénisme de surface* est, je crois, l'espèce la plus rare. En tout cas, c'est de beaucoup la plus bénigne.

Il consiste en une expansion tout à fait anormale du chancre sur une vaste étendue des téguments labiaux et péri-labiaux. On a alors affaire à un chancre dépassant de beaucoup la moyenne usuelle de son développement en surface, empiétant largement sur les tissus de la lèvre et les territoires voisins, voire d'étendue considérable en certains cas; et cependant ce chancre, en dépit de son extension démesurée, n'en reste pas moins, comme processus ulcéreux de surface, un chancre ordinaire, presque superficiel (au moins relativement), sans tendance à creuser, à pénétrer, à détruire les tissus en profondeur.

Un bel exemple du genre nous est fourni par cette pièce de notre musée[1].

II. — Tout autre et bien autrement redoutable se présente le *phagédénisme térébrant*.

Celui-ci ne se borne pas à s'étendre largement en surface. Il est, de plus, entamant, excavant; il détruit, il mutile *en profondeur*. C'est le phagédénisme avec toutes ses conséquences de mutilations et toutes ses horreurs objectives. C'est le phagédénisme capable d'anéantir un vaste département de la lèvre, voire de dévorer absolument toute une lèvre, comme sur l'un de mes malades dont je vais parler bientôt.

Ici, comme ailleurs, il procède à ses délabrements

1. Pièce n° 1227 (Collection générale). — Déposée par le Dr Vidal.

suivant tel ou tel des deux modes suivants : l'*ulcération moléculaire insensible* et le *sphacèle par îlots*, par foyers. Ces deux modes, d'ailleurs, sont susceptibles de s'associer.

1° Tantôt, en effet, ce qu'on voit en tant que destruction de tissus résulte d'un processus qu'on ne voit pas. Je m'explique. Ce qu'on voit, c'est une excavation continue du chancre qui, chaque jour, se trouve plus creux que la veille; mais ce qu'on ne voit pas, c'est le mécanisme de cette destruction progressive, qui se fait par parcelles, par molécules, et sans laisser de détritus apparents. Positivement, les tissus *fondent* sous les yeux sans qu'on sache ce qu'ils deviennent. Et alors, dans l'ignorance où nous restons relativement au mode pathogénique de la lésion, nous disons, faute de mieux, que cette variété de phagédénisme procède « par ulcération moléculaire *insensible* », ce qui n'est qu'une périphrase à la place d'un fait dont le mécanisme nous échappe.

2° Tantôt, au contraire, le phagédénisme procède manifestement par une gangrène des tissus; auquel cas on voit ceci :

Sur la surface du chancre, apparition d'un ou de plusieurs îlots de dimensions variables entre celle d'un grain de blé et celle d'une amande, îlots qui brunissent d'un jour à l'autre, deviennent *noirs*, absolument noirs, et prennent l'aspect caractéristique de foyers de gangrène. Ce sont bien là des gangrènes en réalité, comme le démontrent amplement l'exploration à l'épingle et l'odeur qui s'en exhale. Ces lambeaux de sphacèle tendent immédiatement à s'éliminer. Puis, à leur voisinage, d'autres, en tous points semblables, ne tardent pas à se produire, puis d'autres et d'autres encore. Au total,

l'élargissement et l'excavation de l'ulcère se continuent ainsi par l'addition subintrante de nouveaux foyers de sphacèle aux foyers de sphacèle préexistants.

Résultat final : destruction de larges portions de la lèvre, et même destruction possible de toute la lèvre.

J'ai assisté, cette année même, à l'évolution d'un cas de cet ordre, que je vous décrirai sommairement.

Un jeune homme de vingt-six ans, bien portant, bien constitué, non alcoolique, et sur lequel aucune condition étiologique n'a jamais rendu compte du terrible accident que je vais dire, vient me trouver, le 20 mars dernier, pour un chancre phagédénique de la lèvre inférieure. Sur cette lèvre, considérablement hypertrophiée, au moins quadruplée de volume, s'étalait un chancre déjà énorme, mesurant environ cinq centimètres de long sur trois d'avant en arrière. Mais, ce qui était plus menaçant encore, c'était la présence sur ce chancre de deux îlots absolument noirs, noirs *comme de l'encre*, de l'étendue d'une pièce de cinquante centimes, et manifestement sphacéliques. D'emblée je pressentis une catastrophe locale. Et, en effet, le phagédénisme déchaîné poursuivit son cours d'une façon suraiguë. Pendant plus d'un mois, en dépit de tous mes efforts, en dépit d'une thérapeutique que tout le monde, je crois, s'accorderait à regarder comme la plus rationnelle et la plus énergique, des foyers de gangrène ne cessèrent pas de succéder à des foyers de gangrène; si bien que l'ulcération ou, disons mieux, la destruction finit par s'étendre à *toute* la lèvre inférieure. Et cela, chose curieuse, avec une indolence absolue, et cela avec une absence absolue de toute réaction locale ou générale, et cela au cours d'une santé parfaite. C'était la mort *à froid*, localisée sur des tissus passifs. Fina-

lement, dès que la lèvre inférieure fut anéantie en totalité, le phagédénisme s'arrêta court; puis la cicatrisation se fit d'une façon assez rapide, mais non sans laisser à nu toute l'arcade dentaire inférieure[1].

J'ajouterai que, dans les deux cas de phagédénisme chancreux de la lèvre auxquels j'ai assisté, la loi de Bassereau sur le rapport de forme entre le chancre et les premières manifestations consécutives a trouvé pleine confirmation. C'est dire qu'à ces chancres phagédéniques ont succédé, et cela d'emblée, sans intermédiaire, des syphilides de forme tertiaire, ulcéreuses, profondément ulcéreuses, voire à tendance phagédénique.

Au point de vue de leur diagnostic différentiel, les formes ulcéreuses et les formes phagédéniques du chancre labial ne comportent pas de difficultés véritables. Étant donnés leurs caractères objectifs, elles ne peuvent guère être confondues qu'avec les lésions tertiaires de la même région, c'est-à-dire avec les syphilides gommeuses ou avec les ulcérations consécutives à des gommes[2]. Mais, sauf exceptions rares, elles pourront toujours en être différenciées assez aisément, et cela de par les quelques considérations suivantes, qu'il me suffira d'indiquer sommairement.

Et, en effet, s'il s'agit d'un chancre ulcéreux ou pha-

1. M. le Dr Mauriac a relaté de même le cas d'un « chancre infectant énorme de la lèvre inférieure, chancre qui se compliqua de gangrène et fut suivi d'une *destruction presque complète de la lèvre inférieure* ». (V. *Traitement de la syphilis*, p. 497.)

2. V. Nivet, *Gommes labiales simulant des chancres indurés des lèvres*, Ann. de derm. et de syph., 1886; — Tuffier, *Gommes et scléroses syphilitiques des lèvres, labialites tertiaires* (Revue de chirurgie, oct. 1886); — Tournier, *Essai sur les labialites tertiaires*, Thèses de Paris, 1888; etc.

gédénique, sa qualité de chancre ressortira, à un examen clinique attentif et complet, des trois données que voici :

1° Absence de tout antécédent de syphilis préalablement à la lésion actuelle ;

2° Présence d'une adénopathie comportant les caractères classiques et bien connus du bubon satellite ;

3° Explosion secondaire se produisant à son échéance normale, c'est-à-dire vers la septième semaine au delà de l'invasion morbide.

Tandis qu'on sera conduit à reconnaître le caractère tertiaire des accidents par des considérations précisément inverses, à savoir :

1° Antécédents divers de syphilis ;

2° Absence de toute adénopathie, au moins dans la grande majorité des cas. — Que si, par exception, une adénopathie se produit au voisinage d'une lésion tertiaire, elle n'a presque jamais les caractères du bubon satellite en tant que multiplicité de glandes affectées, en tant que dureté et aphlegmasie ganglionnaire ;

3° Évolution morbide toute différente ; rien qui ressemble à une explosion secondaire.

Enfin, il n'est pas jusqu'au traitement spécifique qui ne puisse servir d'élément diagnostique en l'espèce. Car, bien médiocrement et bien lentement actif sur une lésion chancreuse, ce traitement ne manquera guère d'exercer sur une lésion tertiaire son influence usuelle, doublement significative et par l'intensité et par la rapidité de ses effets curatifs.

Telles sont les formes sous lesquelles se présentent le plus habituellement les chancres labiaux.

Toutefois cette étude resterait incomplète, si je n'a-

joutais actuellement quelques mots sur diverses particularités qui n'ont pu trouver place dans ce qui précède et qui ne manquent pas d'un certain intérêt.

I. Chancre fissuraire[1]. — Quelquefois le chancre labial se présente sous la forme fissuraire, dite encore « en rhagade ».

Cette forme appartient presque exclusivement au chancre des commissures labiales, lequel est généralement constitué comme il suit : une érosion divisée en deux segments à peu près égaux qui occupent l'un la lèvre supérieure, l'autre la lèvre inférieure, et qui sont séparés l'un de l'autre par une fissure correspondant au sillon commissuraire. Cette fissure, tiraillée et maintes fois déchirée par les mouvements de la bouche, ne manque guère de se creuser et de dégénérer en une crevasse effilée, profondément ulcérative, s'ouvrant en branches de compas dès que les lèvres s'écartent un peu largement. Elle devient dès lors la lésion principale dans l'ensemble morbide, et cela en raison des douleurs toujours assez vives et quelquefois très vives qui résultent, comme d'usage, d'une rhagade irritative, éréthique, en état d'excoriation non seulement entretenue, mais incessamment ravivée. Souvent même elle survit seule, et pour un temps plus ou moins long, à la cicatrisation des deux segments labiaux.

Cette forme fissuraire s'observe encore, mais bien plus rarement, avec les chancres qui prennent naissance sur les sillons normaux ou pathologiques des lèvres. Un de ces sillons, on le sait, est assez commun, notamment chez les sujets scrofuleux, au niveau de la ligne médiane de la lèvre inférieure. Or, lorsqu'un chancre vient à

1. V., au Musée de l'hôpital Saint-Louis, pièce n° 37, Coll. partic.

s'inoculer en ce point, il y revêt une forme assez singulière, dont un beau spécimen vous est offert par la pièce de ma collection portant le numéro 189. Il se présente divisé en deux segments symétriques qui, au lieu d'affecter un même plan, sont inclinés obliquement l'un vers l'autre à la façon des branches d'un V. L'angle de réunion de ces deux segments est constitué par un sillon fissuraire, ulcéré en rhagade, lequel rappelle exactement la rhagade commissuraire que je vous décrivais à l'instant. De la sorte l'aspect général de la lésion représente assez bien, comme sur cette pièce, ce que serait une cerise incomplètement divisée en deux moitiés et maintenue entr'ouverte. Comparaison tellement juste qu'elle se présente tout aussitôt à l'esprit.

II. Chancre nain. — La forme exiguë et rabougrie du chancre à laquelle on a donné le nom de chancre nain est très rare sur les lèvres. On a signalé cependant quelques cas de chancres labiaux tout à fait petits, ne dépassant guère les dimensions d'une lentille, simplement érosifs et à peine doublés de la plus légère rénitence foliacée, voire, a-t-on dit, « non absolument indurés ».

Inutile d'ajouter que, sous cette forme rudimentaire, le chancre peut être négligé par les malades, non moins que méconnu par les médecins. Rien de plus facile que de prendre le change devant une lésion aussi insignifiante d'apparence, en la considérant soit comme un herpès, soit comme une érosion vulgaire, telle qu'une desquamation épithéliale provenant de l'abus du tabac.

J'ai dans mes notes la relation d'un cas de ce genre, où l'un de mes collègues et moi avons dû réserver absolument notre diagnostic jusqu'au moment de l'explo-

Chancre syphilitique de la lèvre.

sion secondaire, tant la lésion à laquelle nous avions affaire était minuscule, insignifiante, et plus semblable à un simple bobo qu'à un chancre. L'adénopathie seule, avec un semblant de rénitence sous-jacente à l'érosion, nous avait inspiré quelques soupçons.

Cicatrice. — D'après mes relevés, le chancre labial, dans ses formes ordinaires, courantes[1], ne laisse de cicatrice qu'environ une fois sur quatre ou cinq cas. Encore une distinction est-elle nécessaire, à savoir :

Lorsqu'il siège sur la muqueuse ou la semi-muqueuse labiale, le chancre se répare et s'efface intégralement dans la presque totalité des cas. Tout au plus laisse-t-il parfois une simple tache, laquelle se distingue des tissus normaux par une teinte un peu moins rosée, très légèrement opaline, peu apparente au total et n'attirant pas l'attention.

Sur la peau, au contraire, le chancre est fréquemment suivi d'une cicatrice, mais d'une cicatrice généralement superficielle, lisse, régulière, n'offrant rien de difforme, voire à peine distincte à distance. Dans la plupart des cas il faut, pour la reconnaître, la rechercher de près, quelquefois même s'aider de la loupe.

Cependant, si petite et si insignifiante soit-elle, cette cicatrice n'en reste pas moins indélébile et peut se retrouver encore à très longue échéance. Exemple : Une de mes anciennes clientes, que j'ai toujours continué à traiter, a été affectée, il y a plus de vingt ans, d'un chancre cutané de la lèvre inférieure. Or, tout dernièrement, ayant eu l'occasion d'examiner la bouche de cette dame à propos d'un abcès dentaire, j'ai retrouvé

1. Je me suis expliqué précédemment sur les cicatrices des formes ulcéreuses, profondément ulcéreuses. (V. page 76.)

les vestiges de ce chancre sous forme d'une cicatricule un peu blanchâtre et très légèrement déprimée.

Adénopathie satellite. — I. Où se produit exactement le bubon des chancres labiaux?

1° Pour les chancres de la lèvre supérieure, dans les ganglions sous-maxillaires.

2° Pour les chancres de la lèvre inférieure, dans ces mêmes ganglions; et aussi, alors que le chancre est médian, dans les ganglions rétro-géniens, situés en arrière des apophyses géni.

A signaler comme exception un cas dans lequel, à propos d'un chancre de la lèvre inférieure, j'ai rencontré un ganglion situé dans l'épaisseur de la joue, à deux travers de doigts au-dessus du bord inférieur du maxillaire.

II. — Quant à ses caractères cliniques, l'adénopathie des chancres labiaux est exactement calquée en général sur celle du chancre syphilitique de tout siège et du chancre génital en particulier.

C'est dire qu'elle est constituée par un bubon *aphlegmasique*, à ganglions souvent *multiples* et à ganglions remarquables par une *dureté* toute spéciale; tous caractères trop connus pour qu'il y ait lieu d'insister.

En raison de l'aphlegmasie, qui est la note dominante de ce bubon, les ganglions qui le composent sont facilement explorables par l'observateur, qui en perçoit nettement le nombre, le volume, l'indolence, et aussi (je reviens à dessein sur ce dernier caractère auquel on n'accorde pas toujours l'attention qu'il mérite) la *dureté*, dureté significative qui, pour répéter une fois de plus le mot de Ricord, « semble n'être que l'induration chancreuse transportée dans les ganglions».

Toutefois, de tous les bubons satellites, le bubon du chancre labial est certainement celui qui comporte le plus d'exceptions à la fameuse « loi d'aphlegmasie » des engorgements ganglionnaires symptomatiques du chancre. Ainsi :

1° Il n'est pas très rare que ce bubon se présente avec une certaine « pointe inflammatoire ». On le trouve alors constitué par un ou plusieurs ganglions plus volumineux que d'habitude, empâtés, sensibles, quelque peu douloureux au toucher.

2° Il se peut encore qu'il prenne décidément les allures de ce que Ricord appelait la *monadénite aiguë*. On le voit alors former une grosse tumeur qui fait relief sous l'arcade maxillaire en la débordant quelque peu ; — tumeur unique, résultant de la fusion en une seule masse de tous les ganglions, que réunit une gangue de tissu cellulaire enflammé ; — tumeur dure, mais empâtée ; — douloureuse spontanément, plus douloureuse encore au toucher ; — s'accompagnant d'une certaine suffusion rosée tégumentaire, et rappelant au total la physionomie de l'adéno-phlegmon.

Manifestement cette tumeur tend à la suppuration.

Dans la plupart des cas, la terminaison par abcès peut être conjurée par une médication antiphlogistique, notamment par l'application continue de cataplasmes de fécule, par des fomentations, des bains, une antisepsie rigoureuse de la bouche, etc. Cependant l'abcès se produit quelquefois. Je n'en ai pas observé d'exemple sur mes clients de ville, mais j'en ai vu deux cas à l'hôpital[1].

Pour quelle raison le bubon sous-maxillaire fait-il

1. V., comme exemple, un cas relaté dans les *Annales de dermat. et de syphiligr.*, 1889, p. 806.

exception de la sorte à la règle commune d'après laquelle les adénopathies satellites du chancre sont presque invariablement des adénopathies aphlegmasiques, ne subissant que d'une façon rarissime la terminaison par abcès? Je ne saurais le dire. On a avancé que cela pourrait bien tenir aux « mouvements incessants de la mâchoire dans la parole, la mastication, la déglutition ». Je serais plus tenté de croire que la tendance inflammatoire de ce bubon dérive d'*infections secondaires* issues de la bouche, véritable aquarium où pullulent des microbes de tout genre. Mais cela n'est qu'une hypothèse qui demande à être vérifiée par l'examen bactériologique.

Diagnostic. — Pour avoir eu l'occasion dans ce qui précède de signaler nombre d'erreurs auxquelles peuvent donner lieu les diverses formes du chancre labial, il ne m'en reste pas moins à combler quelques lacunes à ce sujet.

Nous avons vu que les chancres labiaux risquent fréquemment d'être confondus avec des lésions vulgaires; eh bien, réciproquement, des lésions vulgaires peuvent donner le change pour des chancres labiaux. A preuve les quelques exemples suivants, que j'emprunterai à mes notes.

I. — D'abord, le croirait-on? de simples *traumatismes* ont parfois simulé le chancre, comme dans le cas suivant.

Un jeune lycéen de douze ans m'est amené à propos d'une lésion de la lèvre inférieure, datant d'environ trois semaines. Avant tout interrogatoire et d'après les seules données de l'examen objectif, cette lésion, en dépit même de l'âge du sujet, me semble bien être un

chancre, voire un *type* de chancre croûteux de la lèvre. Et, en effet, elle consiste en ceci : une croûte rigoureusement circulaire, du diamètre d'une pièce de cinquante centimes, saillante, noirâtre, couronnant une élevure papuleuse des téguments; — puis, au-dessous de cette croûte, une assise résistante, dure, d'une rénitence vraiment comparable à celle d'un noyau d'induration chancreuse; — enfin, un ganglion assez volumineux existe dans la région sous-maxillaire. Mon impression de premier coup d'œil semblait donc confirmée par de telles données, et, à part moi, j'avais déjà formulé, je le confesse, le diagnostic de chancre. Mais bien me prit de retenir encore ce diagnostic dans mon for intérieur; car, après interrogatoire, les choses changèrent absolument de face. Renseignements pris, en effet, cette lésion si *chancriforme* d'aspect n'était rien autre que l'épiphénomène d'un traumatisme qui s'était produit dans les conditions suivantes. Trois semaines auparavant, l'enfant s'était battu avec sa petite sœur, laquelle, furieuse d'avoir le dessous, avait saisi sa pantoufle et asséné avec le talon en bois de ladite pantoufle une formidable taloche sur la lèvre de son frère. De là avait résulté une plaie contuse, avec hémorrhagie d'abord, puis avec forte tuméfaction inflammatoire de la lèvre et engorgement ganglionnaire symptomatique. Puis, la résolution s'était faite, et finalement restaient les vestiges de ce traumatisme sous forme d'une croûte, d'une infiltration sous-jacente et d'un ganglion.

II. — Autre exemple. — Qui de nous ne prendrait pour un chancre la lésion reproduite par cette photographie? Eh bien, ce chancre, ce type de chancre, dirai-je, n'est autre qu'une *brûlure*, dont voici l'histoire. La malade qui a présenté cette lésion portait à

la lèvre supérieure une petite gerçure linéaire « qui n'en finissait pas de guérir ». Impatientée, elle eut l'idée de se cautériser avec de l'eau régale, dont elle faisait professionnellement usage. Seulement, elle s'en appliqua une dose excessive, qui détermina une violente brûlure, avec réaction inflammatoire, tuméfaction œdémateuse, induration, adénopathie, etc. Et c'est l'ulcération dérivée de cette brûlure qui simule à un degré vraiment extraordinaire le chancre syphilitique de même localisation[1].

III. — En d'autres circonstances, le chancre labial a été simulé par l'ulcération ou par l'encroûtement terminal d'un *furoncle*. J'ai été mandé en consultation, l'année dernière, pour un jeune homme qui présentait à la lèvre supérieure une croûte assez épaisse et de la dimension d'une amande, croûte reposant sur une base dure et flanquée d'une adénopathie sous-maxillaire. La lésion, je m'en souviens, reproduisait exactement l'aspect d'un chancre. On pouvait véritablement s'y tromper, à ce point que le médecin du malade, praticien des plus instruits, avait fini par « prendre peur », et, bien que croyant à un furoncle, me fit l'honneur de réclamer mon avis sur cette curieuse lésion. L'événement démontra qu'il s'agissait seulement d'un furoncle.

Notons au passage qu'en pareil cas le diagnostic est bien mieux éclairé par les commémoratifs que par les signes d'objectivité. Souvent, en effet, comme signes objectifs, on ne trouve rien qui ne ressemble parfaitement au chancre : circonscription de lésion, croûte, dureté de base, voire parfois adénopathie, tout y est

1. V. Photographie n° 153, Collect. partic.

pour donner le change. Tandis que les commémoratifs font immédiatement la lumière. Car on apprend de par eux qu'avant d'aboutir à la forme objective sous laquelle il peut simuler le chancre, le furoncle a passé par toute une série d'étapes qui ne sont pas le fait de l'évolution chancreuse, à savoir : période initiale de tuméfaction inflammatoire et de tuméfaction douloureuse, très douloureuse même le plus souvent, avec tension, élancements, battements, etc.; — puis, ouverture de la tumeur à la façon dont s'ouvre un abcès, et décharge d'une certaine quantité de pus, avec élimination d'un bourbillon; — bientôt après, et seulement alors, formation d'un ulcère cratériforme; — finalement, encroûtement de la lésion, etc. Tout cela, certes, est plus que significatif.

IV. — Des *ulcérations d'origine dentaire*, développées sur la muqueuse postérieure de la lèvre, ont été plus d'une fois prises pour des chancres.

Ces ulcérations, en effet, rappellent parfois assez exactement l'aspect du chancre de même siège, et cela à divers titres : par leurs caractères de lésions bien circonscrites; — par leur fond ou rougeâtre ou plus souvent gris, diphthéroïde, blafard, « de mine mauvaise »; — par leur dureté de base, conséquence de l'irritation chronique entretenue à leur surface; — et même, en certains cas, par leur retentissement possible sur les ganglions, etc.

Mais ici intervient pour redresser le diagnostic un signe spécial qui, une fois constaté, confère à l'ulcération dentaire son brevet d'origine, à savoir : rapport exact de voisinage, rapport de *vis-à-vis* avec la dent coupable, j'entends avec la dent qui, soit déviée, soit plus souvent ébréchée, acérée, aiguisée en arête, a servi

d'origine à la phlegmasie, puis à l'ulcération de la muqueuse.

Ce signe est péremptoire, décisif en l'espèce, non moins que des plus simples. Seulement, tout est d'y penser, et de le rechercher. C'est pour « n'y avoir pas pensé » que des médecins se sont laissés aller à diagnostiquer chancres de telles ulcérations d'origine dentaire.

V. — Enfin, deux autres lésions sont encore à mettre en parallèle avec le chancre syphilitique labial, à savoir le chancre simple et l'ulcère tuberculeux.

Pour le *chancre simple*, quelques mots suffiront. D'abord, il est prodigieusement rare aux lèvres. On dit l'y avoir observé. Je veux le croire; mais toujours est-il que, pendant toute ma carrière déjà longue, je ne l'ai pas rencontré une seule fois. Et cependant ce n'est pas faute de l'avoir cherché.

En tout cas, sans parler de ses caractères objectifs (qui risqueraient fort, en matière aussi controversée, de n'être pas considérés comme suffisants), il pourrait être facilement et dûment reconnu par les résultats positifs d'une auto-inoculation.

Quant à l'*ulcère tuberculeux*, qui du reste est assez rare sur les lèvres, je vous demanderai d'en réserver l'étude quant à présent, pour la raison que le diagnostic différentiel qui le concerne sera mieux à sa place dans l'un des chapitres qui doivent suivre.

Traitement. — Tout chancre qui peut être pansé doit être pansé, c'est là un axiome déduit de l'expérience. Comme tout autre, le chancre labial est soumis à cette loi. Seulement, c'est un chancre à pansement toujours difficile et souvent impossible

I. — Quand il est *extérieur*, c'est-à-dire alors qu'il affecte la peau ou la semi-muqueuse, il *doit* être pansé, et cela à triple titre : parce qu'il est dangereux en raison de transmission possible par contacts accidentels ou autres; — parce qu'il est compromettant d'aspect pour le malade; — parce qu'il guérit mieux et plus vite sous l'influence d'un pansement que laissé à découvert.

Comment le panser?

A la rigueur, comme tout autre chancre, c'est-à-dire à l'aide de tamponnets de charpie ou d'ouate enduits d'une pommade au calomel ou à l'iodoforme, ou bien même, simplement, de glycérine ou de vaseline boriquée. Mais ce pansement est fort incommode en ce qu'il exige d'être soutenu, immobilisé par un ruban ou un cordon de caoutchouc faisant le tour de la tête. En dépit de tous les artifices possibles, il se déplace, il tombe, et doit être fréquemment renouvelé.

Bien préférable donc est le *pansement par bandelettes agglutinatives*. Celui-ci se pratique généralement avec une série de petites bandelettes de taffetas de Vigo entrecroisées ou imbriquées suivant la méthode de Chassaignac. Il est assez stable, pour peu qu'on ait soin de n'employer que des bandelettes étroites (5 à 6 millimètres environ) et de faire usage d'un taffetas fraîchement préparé, souple, flexible et bien adhésif. Au besoin, d'ailleurs, on peut l'immobiliser par un cordon de caoutchouc.

Parfois cependant il finit par lasser la patience des malades en raison de ses déplacements et de ses chutes.

Aussi bien, dans les chancres de forme superficielle et bénigne qui ne demandent qu'à guérir, peut-on se satisfaire d'un pansement plus élémentaire consistant en ceci : un morceau de baudruche taillé sur le patron

de la plaie, enduit d'un corps gras sur l'une de ses faces et déposé de la sorte sur le chancre. — La vulgaire « baudruche gommée » répond amplement à cette simple indication. — J'ai même vu certains malades utiliser pour ce mode de pansement le papier de soie, le papier à cigarettes, voire la feuille de rose.

Toutefois une occlusion plus sérieuse s'impose dans tous les cas à forme moins anodine, et *a fortiori* dans les cas où le chancre revêt le type ulcératif.

Contre les formes ulcéreuses, extensives et à tendance phagédénique, le topique d'élection est sans contredit l'*iodoforme*. On peut l'employer de diverses façons, à savoir : en aspersions pulvérulentes (on saupoudre le chancre d'iodoforme, puis on le recouvre soit d'ouate, soit de bandelettes de sparadrap souple ou de taffetas de Vigo); — en pommade, à la dose de 1, 2 à 3 grammes pour 10 grammes de vaseline; — et, enfin, sous forme de taffetas emplastique iodoformé. — Dans les cas aigus, inflammatoires, éréthiques, ce qui réussit le mieux, à coup sûr, c'est l'emploi d'une pommade *faiblement* iodoformée (1 gramme pour 10 environ). Plus tard, lorsque la tolérance du remède est établie, il y a avantage à recourir à des pommades plus fortes (2 à 3 grammes et au delà pour 10 grammes de vaseline). — C'est à cette époque aussi que l'iodoforme en poudre paraît le plus actif. — Enfin, le taffetas iodoformé trouve son indication dans les phases ultimes de la lésion.

On n'a que trop tendance à user et abuser des cautérisations au crayon de nitrate d'argent dans le traitement du chancre labial. Or, ici comme ailleurs, ces cautérisations sont plus souvent nuisibles qu'utiles. On les a accusées, et non à tort, d'enflammer le chancre, de l'irriter, de le rendre douloureux, de le « durcir », de l'inciter aux

déviations ulcéreuses et même phagédéniques. De par expérience, elles n'agissent favorablement que dans les deux conditions suivantes : 1° comme moyen de modifier le chancre, alors qu'il tarde à se déterger, alors qu'il reste opiniâtrément couenneux, pseudo-membraneux ; — 2° comme moyen d'activer la cicatrisation, lorsqu'à sa période terminale le chancre languit, s'immobilise, ou bien bourgeonne avec exubérance. Encore, dans l'un et l'autre de ces cas, convient-il d'être sobre de ces cautérisations, j'entends de n'y recourir que de temps à autre, tous les trois, quatre ou cinq jours (et non pas quotidiennement, comme on l'a fait plus d'une fois).

Inutile d'ajouter que ce traitement devra être complété par des fomentations émollientes, des lavages boriqués avant chaque pansement, etc. ; — que, de plus, l'usage du tabac (quoi que puissent dire les malades qui, bien souvent, s'obstinent à vouloir fumer avec des embouts) devra être sévèrement proscrit.

II. — Le chancre interne ou muqueux ne peut être pansé. Son traitement se trouve donc réduit à ceci : bains de bouche très fréquemment répétés (huit à dix fois par jour pour le moins), avec une décoction émolliente, légèrement boriquée en vue des infections secondaires à prévenir ; — attouchements, plusieurs fois par jour, avec un pinceau d'aquarelle trempé dans un collutoire boraté (4 grammes de borate de soude pour 15 grammes de glycérine) ; — hygiène sévère de la bouche et des dents ; — proscription du tabac, des alcooliques et de tous aliments susceptibles d'irriter la lésion ; — en cas de douleurs, badigeonnages avec une solution de chlorhydrate de cocaïne ; — cautérisations au nitrate d'argent, mais seulement dans les deux conditions précitées, etc.

On dit s'être bien trouvé de badigeonnages à la teinture d'iode ou à la teinture alcoolo-éthérée d'iodoforme. — En tout cas, de simples attouchements à la vaseline ou à la glycérine neutre ont contribué maintes fois à soulager l'éréthisme local, à la condition d'être fréquemment renouvelés.

CHANCRES DE LA LANGUE.

Ce sont les plus communs de tous les chancres buccaux après ceux de la lèvre. — Toutefois ils sont beaucoup moins communs que ces derniers, et cela dans la proportion de 53 contre 328, c'est-à-dire d'un contre six à sept environ, d'après ma statistique[1].

On les rencontre bien plus souvent chez l'homme que chez la femme.

Nombre. — Le chancre lingual est presque toujours *unique* (52 fois sur 53 cas, d'après la même statistique).

Une seule fois je l'ai vu double, sur un jeune homme qui présentait à la face supérieure de la langue et tout près de la pointe deux petits chancres lenticulaires. — La pièce du musée de Saint-Louis portant le numéro 1881 fournit un exemple de même genre.

Siège. — Le chancre lingual a un siège de prédilection par excellence, à savoir le *tiers antérieur* de la

1. De même, dans ma statistique d'hôpital, les chancres de la langue ne figurent que pour un chiffre de 22, alors que les chancres des lèvres s'y élèvent au chiffre de 239. — Proportion : 1 contre 10.

langue. Je l'ai vu fidèle à cette localisation dans 52 cas sur 53.

Précisons davantage. Sur le tiers antérieur de la langue je l'ai rencontré :

1° Pour l'énorme majorité des cas, à la partie supérieure;

2° Pour un petit nombre de cas seulement, au niveau même de la pointe;

3° Bien plus rarement, sur les bords latéraux.

Dans un seul cas, il occupait un point reculé du plateau lingual, à savoir le segment postérieur de l'organe, à un centimètre environ du sommet du V lingual. Schiffers a même décrit un chancre qui siégeait, dit-il, au niveau de la tonsille linguale (quatrième amygdale)[1].

On l'a observé encore sur la partie inférieure de la langue. Mais il est très rare, tout à fait exceptionnel en ce point, où je ne l'ai pas encore rencontré pour ma part.

Formes cliniques. — Le chancre lingual est susceptible à coup sûr de formes multiples et diverses. Mais deux formes lui sont particulièrement habituelles, à savoir : la forme *érosive* et la forme *ulcéreuse*, que je décrirai tout d'abord.

I. — *Forme érosive*[2]. — La plus commune, et de beaucoup.

Sous cette forme le chancre lingual consiste simplement en ceci : une *érosion* du tégument muqueux; — érosion tout à fait *superficielle*; — mais *faisant tache* sur le plateau lingual, c'est-à-dire s'y distinguant par deux caractères objectifs bien tranchés, à savoir : 1° une

1. V. *Arch. internat. de laryngologie*, juin 1893.
2. V. Musée de l'hôpital Saint-Louis, pièce n° 221 (Collect partic.).

coloration différente de celle de la muqueuse voisine, et différente par une teinte d'un rouge plus accentué; — 2° une surface plane, lisse et *dépapillée*, laquelle contraste avec l'aspect villeux, avec le « gazon papillaire » des portions saines périphériques.

Ce sont là deux caractères qui frappent l'œil immédiatement et qui dénoncent la lésion à l'observateur.

Puis, à un examen plus analytique, la lésion se présente avec les divers attributs suivants :

1° Comme étendue, elle est le plus souvent comparable soit à l'ongle du petit doigt, soit à une pièce de vingt ou de cinquante centimes, soit à une amande. Mais elle peut être ou plus petite ou plus grande.

Plus petite, elle se restreint à un diamètre de cinq millimètres environ, comme sur le moulage n° 293 de ma collection particulière. — J'ai vu, sur l'une de mes malades, un chancre lingual, dont j'ai pu suivre toute l'évolution *ab ovo ad finem*, ne pas dépasser les proportions d'une lentille. (Que l'on juge, soit dit incidemment, si des chancres aussi minimes et d'ailleurs indemnes de symptômes douloureux courent risque de passer inaperçus, tout au moins de rester méconnus comme nature.)

Plus grande, l'érosion (généralement alors ovalaire et à grand axe parallèle à celui de la langue) peut atteindre deux à trois centimètres de diamètre antéro-postérieur, sur un à deux dans le sens transversal. — Très exceptionnellement, on l'a vue mesurer cinq centimètres en longueur.

2° Comme configuration, elle représente le plus souvent un *ovale* régulier, à grand axe antéro-postérieur. Fréquemment aussi elle est orbiculaire.

Toujours sa ligne de frontière est dessinée par une

courbe continue, régulière, sans découpures, sans encoches, sans sinuosités.

3° Cette érosion chancreuse est exactement de niveau avec les parties voisines. Elle ne fait ainsi ni saillie, ni méplat, et se continue de plain-pied avec la muqueuse saine périphérique, sans ressaut, sans arête circonférencielle. De la sorte, elle n'a *pas de bords,* à proprement parler; elle n'a qu'une ligne de frontière.

Quelquefois cependant elle forme un plateau très légèrement surélevé au-dessus du niveau de la muqueuse.

4° Son *fond* est lisse, égal, uni, absolument plat.

5° Sa *coloration* habituelle est ou bien d'un beau rouge brunâtre, d'un rouge « chair musculaire », ou bien d'un rouge tendre, simplement rosé. — Plus rarement elle est grise ou grisâtre.

Quelquefois, comme dans le cas reproduit par cette aquarelle, on la trouve composée de deux zones : l'une, centrale, d'un rouge plus ou moins foncé, et l'autre, extérieure, encadrant la précédente, d'une tonalité grise, opaline [1].

6° Enfin, l'érosion chancreuse repose toujours sur une assise d'induration spécifique plus ou moins accentuée, que la conformation de l'organe permet de saisir entre deux doigts et de bien apprécier. Dans la grande majorité des cas, cette induration de base se révèle au palper sous la forme d'une lamelle aplatie et résistante, fournissant la sensation connue sous le nom de « carte de visite ». Vous reconnaissez là l'induration *parcheminée.*

Moins accusée en d'autres cas, la rénitence de base se réduit au degré fruste dit induration *foliacée.*

1. V. photographie n° 98, Collect. partic.

II. — *Forme ulcéreuse*[1]. — Celle-ci diffère de la précédente en ce qu'au lieu d'effleurer simplement le derme muqueux, elle l'entame dans une certaine épaisseur, voire (mais cela est rare) en totalité.

Ce chancre ulcéreux est généralement assez large. En moyenne il rappelle comme dimension l'étendue de l'ongle du pouce. Mais, par exception, il peut être beaucoup plus considérable. Ainsi, l'une des pièces du musée de Saint-Louis reproduit un chancre de ce genre qui mesure trois à quatre centimètres dans le sens antéro-postérieur, sur un centimètre environ transversalement.

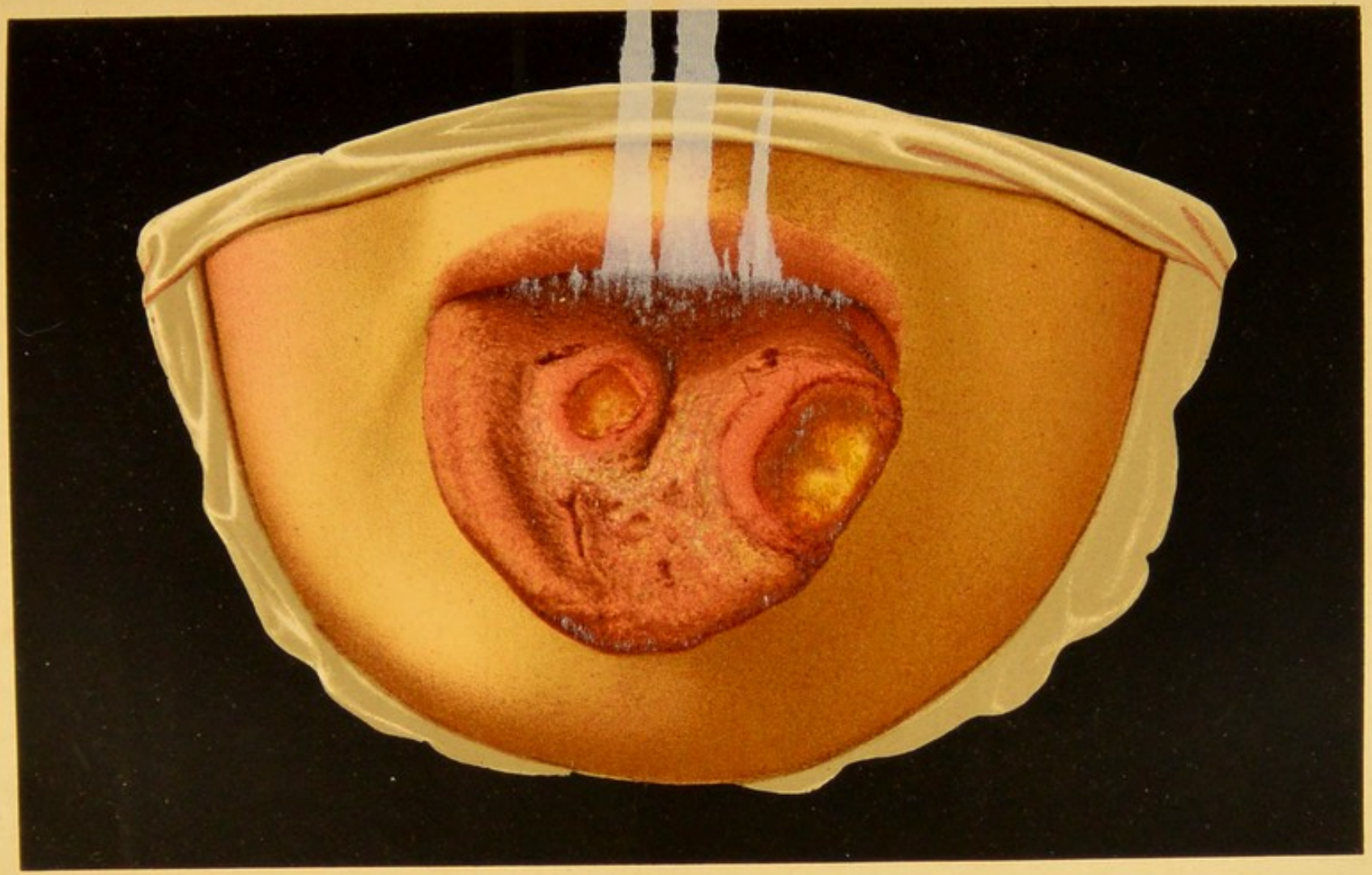
Sa configuration, comme entamure du tégument muqueux, est celle d'une cupule, d'une cuiller; d'où les noms qu'on lui a parfois donnés de chancre *cupuliforme* ou de chancre *en cuiller*. Il représente de la sorte une lésion ulcérative dont les bords, quelquefois relevés en crête marginale, descendent ensuite en pente douce vers le fond de la plaie, sans jamais présenter (contrairement à ce qui se dit partout, voire à ce qui a été imprimé plus d'une fois) la fameuse disposition en entaillure à pic.

Ce chancre offre un fond lisse; — généralement rouge et d'un rouge bien accentué; — quelquefois multicolore, c'est-à-dire semé sur un fond rouge d'îlots de teinte grisâtre, gris jaunâtre, ou d'un brun foncé.

Toujours il est doublé d'une induration notable, parfois épaisse et pénétrante, formant sous l'ulcération un véritable ménisque rénitent.

Variétés. — Chancre érosif et chancre ulcéreux,

1. V. Musée de l'hôpital Saint-Louis, pièce n° 1081, Coll. génér.



Chancre syphilitique de la langue (forme ulcéreuse)

voilà les deux types usuels qu'affecte à la langue l'accident initial de la syphilis. Mais, en d'autres cas infiniment plus rares, il se présente sous diverses modalités différentes qui doivent être signalées ici au titre de variétés.

1° *Chancre fissuraire*, dit encore chancre *en rhagade* ou chancre *étoilé*. — Dans cette forme, le chancre consiste en ceci : une érosion *allongée* et *effilée*, suivant le trajet d'un de ces grands sillons antéro-postérieurs qu'il n'est pas rare d'observer sur la face supérieure de la langue, notamment chez les fumeurs.

Exactement logé dans l'un de ces sillons, le chancre se moule en quelque sorte sur lui ; il en suit la direction, il en conserve la forme, tout en le débordant quelque peu, et devient alors tout à fait semblable à une crevasse, à une lézarde, à une fissure. On ne le perçoit complètement, dans toute son étendue, qu'en déplissant la langue, c'est-à-dire en ouvrant le sillon où il se dérobe, et alors on le voit constitué par deux segments érosifs qui, de la profondeur à la superficie, divergent à la façon des branches d'un V. L'angle de ce V pénètre quelquefois assez loin dans le parenchyme lingual. — C'est là le type du chancre fissuraire.

Parfois encore, mais bien plus rarement, alors que des sillons secondaires se branchent sur le sillon principal (à la façon des nervures secondaires d'une feuille sur la nervure médiane), le chancre fissuraire envahit deux ou trois de ces sillons, si bien qu'il figure alors comme ensemble une étoile à plusieurs rayons (chancre dit *étoilé*).

Certes, on risquerait fort de méconnaître le chancre sous ces aspects singuliers, n'était son induration de

base, généralement assez accentuée, qui vient donner l'éveil et diriger le diagnostic dans la droite voie.

2° *Chancre scléreux.* — Très curieuse, très originale d'aspect, cette modalité ne s'observe que dans les cas où le chancre est situé soit exactement à la pointe de la langue, soit sur l'extrémité la plus antérieure du plateau lingual.

Elle est constituée par l'association au chancre d'une infiltration en masse de tout le segment antérieur de la langue. Précisons.

Deux éléments composent la lésion, à savoir : le chancre proprement dit, qui n'est autre en l'espèce que ce qu'il est toujours, c'est-à-dire une ulcération ou même, plus fréquemment, une érosion du derme muqueux; — et une infiltration massive, une infiltration *en bloc* de tout le segment antérieur de la langue. Cette infiltration n'est pas seulement circonscrite, comme d'usage, à l'aire du chancre; elle le déborde en tous sens; elle s'étend à toute l'épaisseur de la langue, et cela sur une étendue de plusieurs centimètres, soit transversalement, soit d'avant en arrière. Si bien que toute l'extrémité antérieure de l'organe se présente, d'une part, notablement tuméfiée, hypertrophiée, et, d'autre part, indurée en masse, néoplasiée. On dirait une *tumeur* linguale, et, étant donnée la rénitence presque ligneuse de cette tumeur, on serait presque tenté de croire à un épithélioma.

Détail qui n'est pas sans ajouter une note pittoresque à la lésion : quelquefois le pourtour de cette sorte de tumeur se présente comme *crénelé*, c'est-à-dire semé de toute une série alternante de petites crêtes verticales et de cannelures concaves intermédiaires. Cet aspect curieux est simplement dû à ce fait qu'en raison de son

infiltration exubérante la langue pressée contre les dents en a pris et conservé l'empreinte.

J'ajouterai que cette forme scléreuse du chancre est de nature à simuler quelquefois, en raison de la tuméfaction, de la déformation et la dureté qu'elle confère à tout un district de la langue, certains types de glossites tertiaires que j'ai décrits sous le nom de glossites scléreuses[1].

Symptômes.—Variables suivant la forme du chancre, mais toujours peu importants. Ainsi :

1° Le chancre érosif, généralement petit et bénin, n'a pas de symptômes, pour ainsi dire, en dehors de son objectivité propre. C'est une inoffensive lésion, sans réaction inflammatoire ou nerveuse. Ce qu'il produit se borne à une gêne légère de la langue dans les mouvements, à une certaine sensibilité douloureuse dans la mastication, et rien de plus. Sous cette forme, il n'éveille guère plus l'attention du malade qu'un herpès ou un aphthe; il est même bien moins « agaçant », bien moins éréthique que ne l'est usuellement l'aphthe ou l'herpès.

2° Au contraire, dans sa forme ulcéreuse et alors surtout qu'il offre une étendue notable, le chancre lingual détermine naturellement divers symptômes locaux. Mais ces symptômes n'ont quoi que ce soit de spécial. A la façon, en effet, de toutes les ulcérations de même siège, ils consistent en ceci : gêne plus ou moins accentuée dans les mouvements de la langue; — douleurs dans tous les actes auxquels la langue prend part, parole, déglutition, et surtout mastication; — irradiation pos-

1. V. mes Leçons sur les *Glossites tertiaires*, Paris, 1877.

sible, mais très rare, de ces douleurs jusque vers l'oreille, du côté correspondant au chancre[1]; — sensibilité assez vive au contact des aliments, surtout des aliments chauds, acides, épicés ou grenus, et, plus spécialement encore, des boissons alcooliques; — salivation réflexe, toujours peu abondante, etc.

Ces divers symptômes n'atteignent jamais qu'une intensité médiocre. Ainsi, l'endolorissement de la langue, les douleurs passagères au contact des aliments et le ptyalisme sont bien moins accentués qu'à propos d'autres ulcérations équivalentes d'étendue, mais de nature différente, telles que les ulcérations mercurielles, tuberculeuses, et surtout cancéreuses. Le chancre, en effet, conserve toujours et dans toutes ses formes quelque chose de son aphlegmasie spéciale et de son absence usuelle d'éréthisme.

Durée. — Variable également suivant les formes. — Courte pour le chancre érosif et bénin qui évolue en quatre, cinq à six semaines. — Plus longue pour les chancres étendus, ulcératifs, qui peuvent persister deux à trois mois.

Complications. — Tout à fait exceptionnelles. — Je n'ai observé qu'un seul cas où le chancre lingual ait manifesté une réelle tendance au phagédénisme.

Dans le cas en question, le chancre siégeait exactement au bout de la langue et se trouvait en contact avec des dents ébréchées, irrégulières. Non soigné à l'origine, il s'élargit, envahit toute l'extrémité de la langue, se creusa simultanément, et prit un aspect pultacé, jaune sale, de mauvais augure. Soumis alors à un traitement local et général, il continua quelque temps encore à

1. On a même parlé d'otalgies réflexes douloureuses, très douloureuses. Je n'ai pas encore observé pareil symptôme.

s'étendre, puis resta stationnaire, se modifia d'aspect assez lentement, et finit par aboutir à cicatrisation.

M. le Dr Mauriac a observé un cas plus grave, dans lequel un chancre lingual devint réellement phagédénique, résista longtemps à diverses médications et ne fut enrayé dans sa marche que par le thermo-cautère.

Cicatrice. — Pour la très grande majorité des cas, le chancre lingual n'est suivi d'aucune cicatrice, d'aucun stigmate.

C'est seulement le chancre ulcéreux et notablement ulcéreux qui laisse après lui une surface lisse, dépapillée, rosâtre, faisant surtout contraste avec les parties saines par son aspect glabre et uni.

Dans la forme fissuraire, quelquefois un enfoncement, un sillon fibroïde succède au chancre d'une façon indélébile.

A la pointe ou sur les bords de l'organe, la cicatrice du chancre se traduit parfois par une très légère encoche, par une irrégularité de contour, le plus souvent inappréciable pour un observateur non prévenu, mais possible à retrouver sur les indications du malade.

Bubon satellite. — Ce bubon se fait dans les ganglions antéro-latéraux de la région cervicale, ganglions situés au voisinage de la grande corne de l'os hyoïde et sur les côtés du cartilage thyroïde.

A noter cependant qu'en certains cas on l'a rencontré dans les ganglions sous-maxillaires.

Deux remarques, dont l'une assez inattendue, doivent trouver place ici.

1° Le bubon satellite du chancre lingual est quelquefois double, *bilatéral*, alors même que le chancre n'occupe qu'un des côtés de la langue. C'est là le pendant de ce

qui s'observe à la verge, où très habituellement un chancre unilatéral détermine une pléiade dans chacune des aines. Et, très certainement aussi, cette bilatéralité dérive d'une cause identique, à savoir : l'anastomose et l'entre-croisement des lymphatiques sur la ligne médiane.

2° Ce qui est bien plus étonnant, c'est qu'à la langue, comme à la verge, ce bubon peut être *croisé* et exclusivement croisé. Cela est très exceptionnel, je l'accorde, mais dûment authentique. Ainsi, deux fois, avec un chancre unilatéral de la langue, j'ai rencontré un bubon satellite *alterne*, c'est-à-dire avec un chancre droit une adénopathie gauche, et avec un chancre gauche une adénopathie droite. — Bizarrerie que seul peut expliquer l'entre-croisement des lymphatiques.

Inutile d'ajouter, enfin, que le bubon du chancre lingual est absolument conforme comme caractères cliniques au type classique du bubon satellite. Comme celui-ci, il est aphlegmasique, indolent, dur, le plus souvent multiple, etc.

En quelques cas seulement, à l'instar des bubons de tous les chancres buccaux et sans nul doute pour des raisons de même ordre sus-énoncées[1], il présente un certain degré de tendance phlegmasique.

Diagnostic. — Le diagnostic est ici la question majeure et mérite toute notre attention.

Les erreurs auxquelles on peut être conduit à propos du chancre lingual varient nécessairement suivant la forme affectée par ce chancre. Donc, la question diagnostique ne saurait être ici envisagée d'une façon

1. V. page 88.

générale; elle doit être, au contraire, scindée, particularisée, en un mot appropriée à chacune des formes principales dont est susceptible l'accident en question.

1° *Chancre de forme érosive.* — En raison même de sa superficialité, en raison aussi de sa petite étendue et de son allure bénigne, le chancre de cette première forme se prête à des confusions faciles, quant à ses caractères objectifs, avec nombre de lésions buccales, telles que : herpès, aphthe, hydroa, érosions leucoplasiques, etc. Mais, à un examen attentif, il s'en distingue nettement par deux caractères fondamentaux, à savoir : *induration* de base et *adénopathie*.

En outre, ces diverses lésions se différencieront le plus souvent du chancre par divers caractères qui leur sont propres, à savoir :

Pour l'herpès : multiplicité habituelle d'érosions et d'érosions la plupart petites, miliaires; — graphique de contour sinueux, géographique, tourmenté, et surtout *microcyclique* (caractère distinctif par excellence, sur lequel j'ai assez longuement insisté dans ce qui précède pour n'avoir plus à y revenir);

Pour l'aphthe : excavation en cupule; — configuration régulièrement orbiculaire; — et, bien mieux encore, coloration jaune de fond, coloration d'un *jaune serin* quelquefois absolument spéciale;

Pour l'hydroa : coexistence très habituelle de lésions hydroïques cutanées, facilement reconnaissables à leurs caractères dermatologiques propres et à leurs localisations si particulières sur la face dorsale des mains, des poignets, etc.[1];

Pour la leucoplasie : maculatures blanches, laiteuses,

1. V. au musée de l'hôpital Saint-Louis toute une série de pièces relatives à l'hydroa cutané et surtout à l'hydroa des muqueuses buccales.

répandues sur la face dorsale de la langue; — maculatures semblables sur la muqueuse des joues, et cela en un véritable siège d'élection, à savoir au voisinage des commissures labiales; — antécédents de tabagisme chronique, etc.

Une dernière erreur des plus faciles à commettre est relative aux syphilides linguales secondaires. Objectivement, en effet, certaines plaques muqueuses de la langue sont presque absolument identiques au chancre érosif de même siège. Il n'est pas rare d'ailleurs qu'elles coexistent avec des engorgements ganglionnaires péribuccaux, ce qui constitue une difficulté de plus pour le diagnostic différentiel. Deux considérations cependant suffisent en général à distinguer le chancre de la plaque muqueuse, à savoir : 1° dureté de base, constante avec le chancre, absente avec la plaque muqueuse; — 2° évolution morbide. Chronologiquement, le chancre est l'exorde, le premier accident de la série syphilitique. La plaque muqueuse, au contraire, n'est qu'un accident consécutif, de second rang.

Au surplus, une méprise entre le chancre et la plaque muqueuse ne tirerait pas à conséquence, pratiquement du moins, puisque ces deux lésions attestent la même maladie et que de l'une ou de l'autre dérivent les mêmes indications thérapeutiques.

2° *Chancre de forme ulcéreuse.* — Bien autrement intéressante est cette seconde forme au point de vue diagnostique. C'est qu'en effet plusieurs affections importantes de la langue présentent avec le chancre ulcéreux de réelles similitudes objectives, d'où peuvent résulter de regrettables confusions.

1. — Je ne parlerai que pour mention de l'*ulcère sublingual* de la coqueluche, quelquefois véritablement

chancriforme d'aspect. Car cet ulcère a pour élément diagnostique la coqueluche même, laquelle n'est pas une maladie susceptible de passer inaperçue non plus que d'être méconnue comme nature.

J'ai vu cependant — mais une seule fois — la coexistence d'une roséole avec un ulcère de cet ordre susciter dans une famille de réelles alarmes, au point que le père de l'enfant, un de nos plus honorables confrères, me fit l'honneur de requérir mon avis à ce propos. Après mûr examen, il ne fut pas difficile de dissocier cette combinaison insidieuse dérivant d'une simple coïncidence. Il ne s'agissait, en effet, que d'un érythème vulgaire, éventuellement survenu sur un enfant qui, affecté de coqueluche, présentait, du fait de sa coqueluche, une ulcération sub-linguale.

II. — Je ne ferai que citer également pour mémoire les *syphilides ulcéreuses*, secondaires ou tertiaires. Celles-ci, à la vérité, peuvent bien simuler le chancre, alors surtout qu'elles sont circonscrites et d'étendue restreinte. Mais, sauf exceptions rares, il sera facile de les en distinguer d'après les quelques considérations suivantes :

Avec les syphilides ulcéreuses : 1° pas de dureté de base, tout au moins pas de dureté équivalente à la véritable induration chancreuse ; — 2° pas d'adénopathie, tout au moins pas d'adénopathie comparable à ce qu'est un bubon satellite ; — 3° antécédents de syphilis, attestés ou par les commémoratifs ou par quelques stigmates inscrits sur la peau du malade ; — 4° quelquefois même coexistence d'accidents spécifiques contemporains ; etc. — De sorte que la qualité secondaire ou tertiaire de ces lésions chancriformes ne sera guère

malaisée à reconnaître, au moins pour la grande majorité des cas.

Jusqu'ici, vous le voyez, pas d'embarras diagnostiques bien sérieux.

III. — En revanche, voici venir une difficulté vraie, avec laquelle il faut souvent compter en clinique, à savoir : la différenciation du chancre ulcéreux et de l'*ulcère tuberculeux* lingual. Je m'arrêterai longuement sur ce diagnostic différentiel, et pour cause, car il intéresse non pas seulement les chancres de la langue, mais tous les chancres buccaux, l'ulcère tuberculeux pouvant affecter les points les plus divers de la cavité buccale.

Bien évidemment, ce n'est pas l'ulcère tuberculeux chronique que j'aurai en vue dans ce qui va suivre. Pour celui-ci, en effet, le diagnostic différentiel n'est pas à faire ; il est tout fait, car il ressort en pleine évidence et de la chronicité même de la lésion et de l'absence d'accidents syphilitiques à une époque où ces accidents se seraient produits depuis longtemps s'ils avaient eu à se produire. Ce qui, seulement, va être en cause, c'est l'ulcère tuberculeux encore *jeune*, datant par exemple de quelques semaines, ou seulement constitué depuis peu de temps à l'état d'ulcère. Dans ces conditions une erreur est possible, voire possible en double sens. Ainsi, l'ulcère tuberculeux peut être pris pour un chancre, et, réciproquement, le chancre peut être pris pour un ulcère tuberculeux.

Le problème posé dans ces termes, voyons de quels éléments nous disposons pour le résoudre.

Ces éléments sont multiples et d'ordres divers. On peut, comme à propos d'un diagnostic différentiel qui nous a occupés précédemment, les diviser en trois

groupes suivant la valeur de leur signification, à savoir : éléments de présomption, de probabilité et de certitude.

Premier groupe. — I. Une présomption (et une présomption plus que valable) sera quelquefois tirée de la personnalité même du malade, c'est-à-dire de l'existence ou de l'absence sur lui de lésions ou de symptômes relevant de la tuberculose.

Ainsi, on sera presque autorisé à soupçonner un ulcère tuberculeux si le malade est un phthisique et *a fortiori* un phthisique avancé ; — ou bien encore, si le malade présente soit quelque lésion de tuberculose actuelle, soit quelque antécédent de tuberculose de localisation quelconque, ou ganglionnaire, ou cutanée, ou laryngée, anale, testiculaire, osseuse, etc.

C'est qu'en effet le plus souvent, et de beaucoup, l'ulcère tuberculeux lingual ou buccal n'est qu'une manifestation *consécutive* à d'autres manifestations de tuberculose. Donc, la constatation de quelque antécédent tuberculeux ou même d'une simple disposition (soit héréditaire, soit acquise) à la tuberculose constituera en l'espèce un renseignement précieux, susceptible de servir utilement le diagnostic.

D'autre part, cependant, le signe en question se trouve tenu en échec par deux considérations que voici, à savoir : que, pour un certain nombre de cas (12 fois sur 65, d'après Orlow), l'ulcère tuberculeux peut être une manifestation primitive, exordiale, de tuberculose, c'est-à-dire préluder à toute autre localisation bacillaire[1] ; — et, d'autre part, que rien n'empêche un tuberculeux de contracter un chancre syphilitique. Un cumul

1. V. Broca, *Traité de chirurgie* publié sous la direction de MM. S. Duplay et P. Reclus, t. V, p. 276.

de cet ordre n'est que trop possible et s'est présenté maintes fois à l'observation.

II. — Divers autres signes (toujours de présomption) pourront encore être fournis par le siège, le nombre, l'étendue et la profondeur des lésions. Ainsi, il y aura tout lieu de soupçonner un ulcère tuberculeux, à l'exclusion du chancre, dans les quatre conditions suivantes :

1° Si la lésion siège à la *partie inférieure* de la langue. Car, tandis que l'ulcère tuberculeux est assez commun en ce point, le chancre au contraire y est absolument exceptionnel.

2° Si la lésion est *multiple*. Car l'ulcère tuberculeux est assez souvent multiple[1], tandis que le chancre est presque invariablement unique.

3° Si la lésion présente une *étendue* notable. Car l'ulcère tuberculeux est parfois rapidement extensif et s'étale sur d'assez larges surfaces[2], tandis que le chancre, sauf exceptions rares, n'excède guère les limites restreintes que nous avons spécifiées précédemment.

4° Si la lésion, enfin, est notablement *creuse*, pénétrante, excavante[3]. Car tel peut être l'ulcère tuberculeux, qui parfois met à nu le tissu musculaire de la langue, tandis que le chancre reste le plus souvent superficiel et, même dans ses formes ulcéreuses, ne dépasse presque jamais le derme muqueux.

Mais tout cela ne constitue qu'éventualités ou présomptions. Donc, n'insistons pas davantage sur cet ordre de signes et cherchons mieux.

1. V., comme exemple, la pièce n° 319 du Musée de Saint-Louis, (Collect. génér.).

2. V. Musée de Saint-Louis, pièce n° 970, Collect. génér.

3. V. Musée de Saint-Louis, pièce n° 1768, Collect. génér.

Second groupe. — Des signes de *probabilité* seront fournis en faveur de l'ulcère tuberculeux, à l'exclusion du chancre, par les cinq considérations suivantes, à savoir :

1° Si le *graphique de contour* de la lésion se présente irrégulier, tourmenté, *a fortiori* s'il est atypique, amorphe, quelconque. Car tel est en nombre de cas l'ulcère tuberculeux quant à sa configuration de frontières; — tandis que le chancre a toujours un contour correct, méthodique, assujetti à une courbe géométrique, voire quelquefois régulièrement rond ou ovalaire. Alors même qu'il s'écarte de ce type, il conserve toujours une certaine régularité qui n'est pas, si je puis ainsi dire, dans le tempérament de l'ulcère tuberculeux.

2° Probabilité en faveur de l'ulcère tuberculeux, si les *bords* de la lésion se présentent entaillés, coupés à l'emporte-pièce, faisant arête, ou bien, *a fortiori*, décollés, flottants. Tous attributs assez communs avec l'ulcère tuberculeux, tandis que le chancre n'a jamais, au contraire, de bords découpés de la sorte, n'a jamais de bords minés, disséqués à leur face profonde, déchaussés. Il n'a même pas de bords, à proprement parler; car de deux choses l'une : ou bien, quand il est plat, il se continue de plain-pied avec les parties saines périphériques; ou bien, quand il est creux, quand il se présente excavé « en cuiller », sa zone excentrique se raccorde en pente douce avec sa portion centrale, et cela sans arête, sans ressaut.

3° Probabilité en faveur de l'ulcère tuberculeux, si la lésion présente un *fond*, d'une part, inégal, accidenté, raviné; — d'autre part et surtout, de couleur *jaune* et d'un beau jaune rappelant la teinte de l'aphthe ou du chancre simple (à ce point que parfois un diagnostic

différentiel se présenterait presque à faire entre le chancre simple et l'ulcère tuberculeux). — Notez en particulier ce dernier point qui, en nombre de cas, est véritablement distinctif.

Ces deux caractères forment une opposition frappante avec l'objectivité du chancre syphilitique, qui, d'une part, a toujours un fond lisse, égal, uni, souvent même uni à ce point qu'il en paraît comme poli, « vernissé »; — et qui, d'autre part, offre comme tonalités préférées soit une coloration rouge, « chair musculaire », soit une teinte grisâtre, opaline ou diphthéroïde.

4° Probabilité en faveur de l'ulcère tuberculeux, si la *base* de la lésion est souple, molle, tout au moins dépourvue d'une rénitence de base nettement appréciable.

Bien accentué, ce caractère établit une différenciation fondamentale entre les deux types morbides dont nous poursuivons le parallèle. Nulle confusion possible, en effet, entre l'ulcère tuberculeux à base molle et le chancre syphilitique à base toujours indurée à des degrés divers et sous des formes spéciales que je n'ai plus à rappeler.

L'état de base, comme on dit en langage technique, serait donc absolument distinctif en l'espèce, si l'ulcère tuberculeux ne se présentait quelquefois, lui aussi, doublé d'une base rénitente, ferme, et cela soit spontanément, primitivement, soit par le fait de complications surajoutées. Je m'explique.

D'abord, plus souvent qu'on ne le dit, l'ulcère tuberculeux repose sur une véritable assise de tissus infiltrés, laquelle, pour n'avoir pas la dureté nette et sèche du néoplasme chancreux, est cependant assez ferme pour en éveiller le soupçon.

Puis, il peut se faire qu'un ulcère tuberculeux *s'indure*, et cela à un degré tout à fait trompeur, en raison d'irritations répétées, assidues, chroniques, par exemple sous l'influence de cautérisations ou, mieux encore, par voisinage avec une dent ébréchée, acérée, coupante, incrustée de tartre, etc.

De cela vous avez un bel exemple dans nos salles actuellement. Le malade couché au lit 42 de la salle Saint-Louis présente un ulcère marginal de la langue, large comme une amande, et à base absolument dure, presque cartilagineuse. Qu'est-ce que cet ulcère, qui, en outre, est flanqué d'un ganglion sous-maxillaire assez gros? Vous vous rappelez nos hésitations et les opinions diverses émises à son sujet par plusieurs de nos confrères, médecins ou chirurgiens, à qui j'ai montré ce cas difficile et curieux. Pour les uns, c'était purement et simplement un ulcère dentaire, déterminé par le voisinage d'une dent brisée, à arête coupante; pour d'autres, c'était un chancre syphilitique; d'autres en faisaient un ulcère tuberculeux, etc. Eh bien, ce n'était pas (exclusivement du moins) un ulcère dentaire, car l'extraction de la dent « coupable » n'a pas été suivie du résultat significatif qui se produit en pareil cas alors que, *sublatâ causâ, tollitur effectus*; — ce n'était pas non plus un chancre, car vainement nous avons attendu l'explosion secondaire; — c'était bel et bien, en fin de compte, un ulcère tuberculeux, comme l'évolution l'a démontré, mais un ulcère tuberculeux *compliqué*, à savoir doublé d'un néoplasme inflammatoire et rénitent par le fait d'une glossite dentaire[1].

5° Enfin, un dernier signe de probabilité, toujours

1. Ce cas curieux a été conservé par la photographie. — V. photogr. n° 116. Collect. particul.

en faveur de l'ulcère tuberculeux, sera tiré des *troubles fonctionnels* symptomatiques.

Sur ce point, en effet, contraste parfois des plus marqués entre les deux types morbides dont nous poursuivons le parallèle. Ainsi :

L'ulcère tuberculeux est, sinon toujours, du moins habituellement, une lésion *éréthique*, *douloureuse*, s'accompagnant de symptômes pénibles, à savoir : gêne constante, endolorissement continu de la langue ; — douleurs vives, parfois très vives, dans tous les mouvements d'articulation, de mastication, de déglutition ; — sensibilité au contact des aliments, surtout des aliments durs ou grenus, épicés ou acides, et plus encore des boissons alcooliques ; — enfin, hypersécrétion salivaire plus ou moins accentuée, etc.

Tout au contraire, le chancre, pour développer quelquefois des symptômes de même ordre, ne les présente jamais que très atténués et sous une forme infiniment plus légère. Souvent même il est presque indolent. En tout cas, relativement à l'ulcère tuberculeux, on peut le dire une lésion *tolérée*.

Si bien que, de par cette opposition de caractères, le diagnostic différentiel entre le chancre et l'ulcère tuberculeux peut souvent, et même avant tout examen, être institué par les symptômes *subjectifs*, c'est-à-dire d'après le degré d'acuité des troubles fonctionnels, d'après ce fait que le malade *souffre* beaucoup ou *ne souffre presque pas* de sa lésion.

Les cinq considérations que je viens de développer sont toutes valables et parfois excellentes pour le diagnostic qui nous intéresse. Malheureusement, elles ont trait à tous signes éventuels, contingents, susceptibles

d'atténuations qui les rendent moins décisifs, susceptibles même de faire accidentellement défaut. D'autre part, aucun des signes qui précèdent n'est vraiment de nature à établir de l'une à l'autre espèce morbide une différenciation absolue; aucun ne saurait être dit pathognomonique. De sorte qu'au mieux des choses les signes en question ne constituent, comme je vous l'ai dit, que des éléments de probabilité, et rien de plus.

N'avons-nous pas mieux? Si vraiment, comme vous allez le voir.

Troisième groupe. — Trois signes peuvent en l'espèce donner la *certitude*. A savoir :

1. — D'abord, un signe d'objectivité, tiré des *nodules de Féréol* et des *points jaunes de Trélat*.

Nodules de Féréol et points jaunes de Trélat sont souvent confondus dans les descriptions cliniques. C'est un tort; car, pour être identiques d'origine et de nature, ces deux lésions n'en sont pas moins très différentes objectivement.

Les nodules de Féréol (je les appelle ainsi comme hommage au très sagace et éminent médecin qui les a signalés et bien décrits le premier) sont constitués par de petites *tumeurs* tubéreuses, distribuées au voisinage de l'ulcère tuberculeux. Ce sont des nodules solides, pleins, sphéroïdaux, qui, enchâssés dans le derme muqueux, en émergent partiellement par leur segment supérieur, en forme de saillies mamillaires. On dirait des tubercules lupiques, et qui sait si, en effet, ce ne sont pas là les tubercules d'un lupus lingual? Ces nodules, en tout cas, rappellent absolument ceux des dermatoses lupiques. Ils ont en moyenne le volume d'une tête d'épingle ou d'un grain de millet. Ils sont rénitents,

durs au toucher. Recouverts par une muqueuse encore saine, ils se présentent avec une coloration ou rosée, ou rougeâtre, ou violacée. Leur nombre, enfin, est variable. On peut n'en trouver qu'un ou deux au voisinage de l'ulcère, comme aussi en rencontrer tout un semis, c'est-à-dire cinq, six, sept, huit et davantage. Dans un cas décrit et représenté par Féréol[1], on en trouvait un groupe de sept à huit sur un des côtés de l'ulcère.

Tout autres sont les points jaunes de Trélat, qui se différencient à trois titres des lésions précédentes, à savoir :

1° Par leur volume bien moindre. Ce n'est plus de tumeurs qu'il s'agit ici, mais bien de simples taches minuscules, mesurant un demi-millimètre à un millimètre de diamètre tout au plus, quelquefois même, et pour bon nombre de cas, simplement *punctiformes*.

2° Par leur absence de relief. Ce sont des taches ou bien absolument plates, ou bien ne faisant qu'une imperceptible saillie.

3° Et surtout, par leur coloration jaunâtre ou jaune, parfois même d'un beau jaune doré qui tranche fortement sur la teinte rosée des parties voisines.

Nodules de Féréol et points jaunes de Trélat constituent en l'espèce des signes vraiment pathognomoniques. Et pourquoi? Tout naturellement, parce que ce sont les uns et les autres des productions *tuberculeuses*. Donc, leur présence au voisinage d'une ulcération est un témoignage non équivoque de la qualité tuberculeuse de cette ulcération. Elle équivaut, en quelque sorte, à la signature de la tuberculose au pourtour de la lésion.

Malheureusement, ce ne sont là que des signes in-

1. V. Mémoires et Comptes-rendus de la Société médicale des hôpitaux de Paris. 1872, t. IX, p. 188.

constants ou même, disons mieux, des signes qui font défaut dans la bonne majorité des cas. Les points jaunes, d'abord, ne se rencontrent guère plus d'une fois sur sept à huit cas (quatre fois sur vingt-cinq cas, dans une statistique qui m'est personnelle). Et, quant aux nodules de Féréol, nul doute qu'ils ne soient plus rares encore. Si bien que ces deux excellents signes ne sont que peu fréquemment utilisables en pratique.

A leur défaut se présentent deux autres procédés diagnostiques, empruntés l'un à la bactériologie et l'autre à l'expérimentation sur les animaux. Voyons ce qu'ils valent.

II. — Le premier semble de prime abord des plus simples et des plus infaillibles. Il consiste en ceci : Recueillir les produits de sécrétion de l'ulcère, au besoin racler la surface de l'ulcère, et porter sous le microscope les éléments organiques ainsi obtenus. La lésion est-elle un ulcère tuberculeux, le microscope révélera le bacille de Koch; n'est-elle pas de nature tuberculeuse, n'est-ce qu'un chancre, par exemple, le microscope attestera l'absence de ce bacille.

Rien de mieux théoriquement, et la pratique réalise parfois en l'espèce les espérances de la théorie. Mais il n'en est pas toujours de la sorte, tant s'en faut, et le critérium en question est bien loin de mériter l'absolue confiance qu'on lui accorde trop facilement. C'est qu'en effet (écoutez bien ceci, Messieurs), au dire des histologistes et des bactériologues les plus autorisés, *l'ulcère le plus indéniablement tuberculeux peut ne pas fournir de bacilles de Koch.* « ... Telles conditions font qu'il en fournira, et telles autres qu'il n'en fournira pas. Par exemple, on trouvera presque sûrement des bacilles, si l'ulcère est fongueux et végétant, si son exsudat de sur-

face est abondant, si son tissu est converti en bourbillon, en sphacèle, etc. Tandis que, dans des conditions inverses, on n'en trouvera pas.... En tout cas, dans les recherches de ce genre, on trouve toujours très peu de bacilles (2, 4 à 10 par préparation). Aussi bien, comme règle générale, n'est-on jamais autorisé à récuser la nature tuberculeuse d'une lésion de par l'absence de bacilles qu'après un nombre très multiplié d'examens restés tous invariablement négatifs. » (Dr Sabouraud.)

Conclusion, en ce qui nous concerne, nous praticiens : La recherche des bacilles de Koch devra toujours être tentée, mais à la condition de n'accorder à l'absence de ces bacilles que la signification *restreinte* qu'elle comporte.

Sous le bénéfice de cette réserve, la recherche en question est de celles qui s'imposent dans tous les cas douteux. Car, s'il n'est rien à en déduire au cas de résultats négatifs, un diagnostic formel en ressort *au cas de résultats positifs*. Que le bacille de Koch soit mis en évidence par le microscope, *ipso facto* la nature tuberculeuse de la lésion se trouve démontrée; *ipso facto*, voilà le diagnostic reposant sur une base scientifique et inébranlable.

Or, notez que la démonstration de ce bacille peut être, pour ainsi dire, extemporanée, ce qui confère au procédé en question un immense avantage sur celui dont il me reste à vous parler.

III. — Enfin, un dernier recours est encore offert au diagnostic par l'*expérimentation*. Inoculez un animal avec les produits de raclage de la lésion en litige. De cette inoculation dérivera ou non la contamination tuberculeuse de l'animal, suivant que la lésion est ou n'est pas de nature tuberculeuse.

Néanmoins, ce procédé, bien que plus fidèle et plus sûr comme résultats que le précédent, n'est que rarement consulté en pratique, et pour cause. D'abord, c'est là un procédé de laboratoire, ayant ses exigences matérielles. Puis et surtout, c'est un procédé *lent*, qui exige, pour donner la réponse qu'on lui demande, un temps assez long, six semaines en moyenne. Or, six semaines, c'est un temps égal (si ce n'est supérieur quelquefois) à celui que réclame la syphilis pour s'affirmer en pleine évidence. Six semaines après la constatation d'un accident qui peut être un chancre, on sait à quoi s'en tenir sur la qualité de cet accident de par l'explosion ou la non-explosion secondaire. En sorte qu'en l'espèce on est aussitôt renseigné par l'expectation pure et simple que par l'expérimentation sur l'animal.

Conséquence pratique : Bien faible avantage, en pareil cas, à consulter l'inoculation animale comme méthode diagnostique.

Aussi bien, dans la pratique courante, s'en remet-on en général à l'*évolution morbide* comme critérium de dernier ressort pour juger la question pendante entre la tuberculose et le chancre. Somme toute, on se borne à *attendre*; et, à bref délai, l'invasion ou la non-invasion secondaire vient confirmer ou infirmer la qualité chancreuse de la lésion.

Tels sont les éléments d'un diagnostic différentiel entre l'ulcère tuberculeux et le chancre ulcéreux de la langue ou d'autres régions. Ces éléments, je viens de vous les présenter dissociés et de les discuter d'une façon analytique dans l'exposé qui précède; permettez que maintenant j'essaye de les réunir et de les condenser dans un tableau d'ensemble.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE

l'ulcère tuberculeux et le chancre syphilitique ulcéreux de la langue.

	Ulcère tuberculeux :	*Chancre ulcéreux :*
I. Signes de présomption.	I. Antécédents ou signes actuels de *tuberculose* (pulmonaire, cutanée, laryngée, ganglionnaire, testiculaire, osseuse, anale, etc.).	I. Pas d'antécédents de tuberculose (sauf coïncidence).
	II. Siège possible de la lésion à la *partie inférieure* de la langue.	II. Chancre absolument exceptionnel à la face inférieure de la langue.
	III. *Multiplicité* possible de lésions.	III. Chancre presque toujours unique.
	IV. *Étendue* parfois très notable.	IV. Ulcération d'étendue presque toujours restreinte.
	V. Ulcération quelquefois *creuse*, térébrante, pouvant aller jusqu'à dénuder le tissu musculaire.	V. Ulcération ne dépassant jamais le derme muqueux.
II. Signes de probabilité.	I. *Graphique de contour* souvent irrégulier, sinueux, atypique, amorphe.	I. Graphique de contour régulier, correct, souvent même géométriquement rond ou ovalaire.
	II. *Bords* généralement entaillés, faisant arête, quelquefois décollés, flottants.	II. Jamais de bords entaillés à pic, non plus que décollés.
	III. *Fond* { souvent inégal, accidenté ; } { de teinte jaunâtre ou jaune. }	III. Fond { égal, uni, lisse ; } { rouge ou grisâtre. }
	IV. *Base* molle (le plus souvent).	IV. Base indurée.
	V. *Troubles fonctionnels* toujours plus ou moins accentués, quelquefois intenses (endolorissement continu, douleurs vives au contact des aliments, salivation). — Ulcère *éréthique*, non toléré.	V. Peu ou pas de troubles fonctionnels. — Ulcère *toléré*.

III. Signes de certitude.	I. *Points jaunes de Trélat* ; — et, plus rarement, *Nodules de Féréol*.	I. »
	II. Produits de raclage contenant ou pouvant contenir le *bacille de Koch*.	II. »
	III. *Inoculation* aux animaux déterminant la contamination tuberculeuse.	III. »

IV. Critérium de dernier ressort : EXPLOSION OU NON-EXPLOSION SECONDAIRE.

3° C'est à des erreurs d'un autre ordre que peuvent donner lieu les chancres à forte induration, les chancres à induration diffuse, les chancres scléreux, etc. Pour ceux-ci, la confusion est surtout possible soit avec les tumeurs malignes de la langue, soit avec les glossites scléreuses tertiaires.

I. — L'erreur qui consiste à assimiler un chancre à l'*épithélioma* lingual a été commise plus d'une fois. Presque toujours, cela va sans dire, elle a été réparée *à temps* et réparée *sans préjudice* grâce à l'évolution ultérieure. Mais il est des cas où un empressement sans excuse a conduit à des interventions plus que regrettables. Pour ma seule part, j'ai dans ma clientèle un jeune homme qui, à propos d'un chancre lingual, a été amputé d'une bonne partie de la langue. Or, douze jours exactement après l'opération, le chirurgien stupéfait constatait une indéniable syphilide papuleuse, qui était loin de faire honneur à son diagnostic.

Ici donc devrait trouver place un long chapitre de diagnostic différentiel entre le chancre syphilitique et l'épithélioma de la langue. Mais ce chapitre ne serait guère qu'une seconde édition de ce que j'ai eu l'occasion de vous dire à propos d'un diagnostic semblable

entre l'épithélioma et le chancre des lèvres[1]. Je vous l'épargnerai, me bornant à vous renvoyer au précédent exposé de la question.

II. — Quant au diagnostic différentiel entre le chancre lingual et les glossites scléreuses de la période tertiaire, il ressortira facilement en général des quelques considérations suivantes qu'il suffira d'énoncer sommairement :

CHANCRE LINGUAL.	GLOSSITE SCLÉREUSE SPÉCIFIQUE.
I. *Adénopathie* constante, à ganglions souvent multiples, indolents, aphlegmasiques, et d'une dureté spéciale.	I. Pas d'adénopathie.
II. Lésion érosive ou ulcéreuse, sans mamelonnement, sans lobulations de la langue.	II. Lésion surtout constituée par des mamelonnements, des *lobulations*, que séparent de nombreux et profonds *sillons* (langue dite *lobulée*, *mamelonnée* ou *ficelée*[2]).
III. Lésion toujours circonscrite, de petite ou tout au plus de moyenne étendue.	III. Lésion *étendue*, intéressant tout un département de l'organe, parfois la moitié ou les deux tiers de la langue.
IV. Lésion primitive, *première* en date; lésion prélude, constituant l'*exorde* même de la maladie.	IV. Lésion *consécutive*, tertiaire, ne faisant que succéder à tout un passé de syphilis.

4° Enfin, reste une dernière lésion qui, elle aussi, doit être mise en parallèle avec le chancre lingual.

1. V. p. 64.

2. V., pour un exposé détaillé de cette importante lésion, mes Leçons sur les *Glossites tertiaires*, Paris, 1877.

Celle-ci, très curieuse et trop peu connue, est ce qu'on appelle la *glossite dentaire* ou bien encore l'ulcère dentaire de la langue.

On sait que le contact d'une dent fortement incrustée de tartre et surtout d'une dent ébréchée, à pointe aiguë, à arête coupante, suffit à déterminer sur le bord correspondant de la langue un noyau de phlegmasie qui ne tarde pas à s'éroder, puis à s'ulcérer, parfois même à s'ulcérer profondément. Or, cette ulcération, pour peu qu'elle date d'un certain temps, peut aboutir à simuler parfaitement un chancre marginal de la langue[1].

Et, en effet, comme le chancre, elle consiste en une lésion nettement circonscrite et de petite étendue; — comme le chancre, elle est doublée d'une induration nodulaire, très résistante sous le doigt et donnant exactement au palper la sensation que fournit le néoplasme sous-chancreux; — comme le chancre, elle offre une surface ou rouge ou grisâtre; — comme le chancre, enfin, elle peut retentir sur les ganglions, en raison de la phlegmasie chronique dont elle dérive, etc. — Si bien qu'elle est devenue maintes fois prétexte à erreur. Je ne compte pas moins de six cas dans mes notes où des ulcérations de ce genre ont été taxées de chancres syphilitiques. Trois fois même à leur propos le traitement mercuriel avait été déjà prescrit lorsque la méprise fut reconnue.

Comment se tenir en garde contre une erreur ou, disons mieux, contre une *surprise* de ce genre? En s'imposant comme règle de ne jamais risquer un diagnostic sur un ulcère marginal de la langue sans avoir procédé à un examen du système dentaire. Car, en

1. V. pièce n° 27 de ma Collect. particul., Musée de l'hôpital St-Louis.

obéissant à ce principe, on ne manquera pas de constater le signe par excellence de l'ulcère dentaire, à savoir un rapport exact *de vis-à-vis* entre l'ulcère et la dent « coupable ». Et, ce rapport constaté, le diagnostic en ressortira *ipso facto*. Sans compter que de ce diagnostic dérivera, comme indication naturelle, le limage ou l'avulsion de la dent, et qu'une amélioration immédiate, suivie d'une guérison rapide, achèvera de démontrer la qualité traumatique, c'est-à-dire l'origine dentaire de la lésion.

Une réserve cependant s'impose ici. Elle a trait à une simple éventualité, à savoir la *coïncidence*, la superposition possible, si je puis ainsi parler, d'un chancre et d'un ulcère dentaire.

En principe, rien ne s'oppose à ce qu'un chancre ou n'importe quelle autre lésion (nous avons déjà vu pareille chose à propos de l'ulcère tuberculeux) vienne se greffer sur une ulcération linguale d'origine dentaire. Bien au contraire, une ulcération linguale est une condition propice à une contamination secondaire quelconque en constituant, comme on le dit, une « porte ouverte » à la contagion. De fait, cette contamination secondaire s'est produite. Ainsi, je conserve dans mes notes le cas curieux d'un chancre lingual qui s'est inoculé sur un ulcère dentaire que le malade portait de vieille date, en raison d'un chicot qui lui labourait la langue et qui entretenait en ce point un noyau d'induration chronique gros comme une noisette. Quand le malade est venu me consulter pour la première fois, je me suis demandé si je n'avais pas affaire tout simplement à un ulcère dentaire. Mais bien m'a pris de rester sur la réserve, car l'évolution n'a que trop bien démontré la nature *mixte* de la lésion. Donc, sur un

ulcère ancien était venu se greffer un chancre, lequel fut suivi d'une syphilis assez grave.

Le diagnostic, vous le voyez, n'est donc pas toujours aussi facile en semblable occurrence qu'on serait tenté de le supposer *a priori*.

En réalité, il n'est souvent qu'un seul signe qui permette, lors d'un premier examen, de différencier l'ulcère dentaire du chancre marginal de la langue. C'est l'*absence d'adénopathie*. Mais, que cet ulcère, par aventure (et le fait n'est pas très rare), soit flanqué d'une adénopathie, le diagnostic immédiat peut devenir impossible, et la solution du problème n'est plus alors fournie que par l'évolution morbide, c'est-à-dire par l'explosion ou la non-explosion secondaire.

On dira peut-être : « Mais, en pareil cas, l'avulsion de la dent fera tout aussitôt le diagnostic de par l'amélioration immédiate et la guérison rapide qui suivra ». Non, répondrai-je; car pourquoi voudriez-vous qu'un chancre n'eût pas à bénéficier, comme un ulcère dentaire, de la suppression d'une cause qui l'irrite, qui l'enflamme? A preuve le dernier cas dont je vous parlais à l'instant. Dès que la dent fut enlevée, la lésion, presque séance tenante, changea de physionomie et prit une allure telle que le malade se crut sauvé et chanta victoire. Moi-même, je fus frappé de la modification obtenue, au point que j'eus quelque espoir. Et c'était bien cependant un chancre qui se trouvait en cause, comme l'événement le démontra.

CHANCRE DES GENCIVES.

Le chancre gingival est *rare*. — Je n'en compte que 9 cas dans ma statistique (8 chez l'homme et 1 chez la femme), contre 328 chancres des lèvres, 53 chancres de la langue, 40 des amygdales[1], etc. — De même, Duncan Bulkley n'a récolté dans les annales de la science que 42 cas de chancre des gencives, contre 1810 chancres labiaux[2]. — Ce qui permet de dire, très approximativement, que le chancre gingival est au moins 40 fois plus rare que le chancre des lèvres.

Nombre. — Je n'ai jamais rencontré jusqu'ici le chancre gingival que sous forme de lésion *unique*.

Sur un de mes malades, un chancre gingival coïncidait avec un chancre palatin.

Siège. — Le chancre gingival a été signalé sur la gencive supérieure et la gencive inférieure, mais toujours à leur face *externe* (jamais, du moins, ne l'ai-je encore observé sur leur face interne).

Presque invariablement on le trouve situé au niveau du collet des dents, où il semble avoir son origine, son berceau; — très exceptionnellement on l'a rencontré sur l'arcade maxillaire, à certaine distance du collet de

1. De même, dans ma statistique d'hôpital, le chancre gingival ne figure que pour 2 cas, alors que les chancres labiaux y prennent place pour 239, les chancres des amygdales pour 27, les chancres de la langue pour 22, etc.

2. Tout récemment, M. Paul vient de présenter à la Société dermatologique de Berlin un cas de chancre de la gencive intéressant par cette particularité qu'il affectait un homme âgé de soixante-quinze ans.

la dent. — Cela paraît conforme à l'induction rationnelle d'après laquelle le sillon de la sertissure dentaire constituerait une sorte de rigole d'arrêt pour les germes contagieux.

Formes cliniques. — Cliniquement, le chancre gingival se présente sous deux formes : l'une où il conserve si bien les attributs objectifs du chancre qu'il en constitue un type presque parfait; — l'autre où, inversement, il perd à ce point sa physionomie de chancre qu'il en devient à peu près méconnaissable.

Tout artificielle qu'elle soit, cette division ressort des faits, et je crois utile de la conserver.

I. — La première forme est des plus simples, et je pourrais à la rigueur me borner à vous en dire ceci : Transportez par la pensée sur la région gingivale un chancre génital typique, de type érosif, et vous aurez la représentation exacte de ce qu'est la lésion qui nous occupe pour l'instant. Cependant analysons les choses de plus près.

Le chancre gingival est toujours d'assez petite ou de moyenne dimension. On peut le comparer comme proportion de surface à une amande, à la moitié d'une pièce de cinquante centimes, à l'ongle du petit doigt, etc.

Sa configuration la plus usuelle et parfois tout à fait remarquable est celle d'une demi-lune ou d'un *croissant*, qui encadrerait la sertissure de deux ou, plus rarement, de trois dents voisines.

Il est constitué par une lésion érosive ou sub-ulcéreuse; — bien limitée; — se raccordant sans bords (j'entends sans ressaut, sans arête) avec les tissus voisins; — lisse et unie de surface; — et surtout se signalant à l'attention par une belle couleur d'un rouge foncé, carminé, « chair musculaire », parfois presque

cramoisi. — Impossible, d'ailleurs, d'en apprécier la rénitence de base, puisque cette base se confond avec des tissus osseux.

Un tel aspect objectif est vraiment caractéristique, et plusieurs fois il m'est arrivé de reconnaître le chancre gingival d'un simple coup d'œil, rien que d'après les apparences que je viens de décrire.

Comme spécimen du genre, je relaterai le fait suivant, intéressant à divers titres. Une toute jeune femme, mariée depuis six à sept semaines, m'est présentée par son médecin à propos d'une lésion gingivale « suspecte », mais que ledit confrère « n'osait qualifier de chancre en raison de la condition toute spéciale de sa cliente ». Or, telle était la physionomie de cette lésion que, de prime abord comme après mûr examen, je la jugeai de nature chancreuse. Ce qu'on voyait était ceci : Au-dessus de la deuxième incisive et de la canine gauches de la mâchoire supérieure, une petite érosion, figurant un *croissant* à contours régulièrement géométriques; — érosion tranchant sur la muqueuse par une belle couleur d'un rouge carminé; — lisse et unie de fond; — sans entamure périphérique, etc. Comme, de plus, cette érosion, qui remontait à quinze jours, était flanquée d'une adénopathie sous-maxillaire très nette, le diagnostic s'imposait. Manifestement, c'était un chancre gingival dont se trouvait affectée cette jeune femme. Et, en effet, ce diagnostic ne tarda pas à être pleinement confirmé.

Mais alors intervint le mari, sur lequel pesait naturellement un soupçon grave. Il se disait sain et « entendait bien le démontrer ». Je l'examinai et, en effet, le trouvai indemne. D'où provenait donc la contagion? Après une longue et minutieuse enquête dont je vous

épargnerai les détails, une seule hypothèse resta acceptable et probable, à savoir : une contamination dérivant des instruments ou des doigts d'un dentiste. Et, en effet, la malade, trois à quatre semaines avant l'invasion de l'accident, était allée chez un dentiste se faire panser et obturer une petite carie, laquelle affectait précisément l'une des dents au-dessus desquelles s'était produit le chancre.

Soit dit incidemment ici, plusieurs cas semblables ont été cités relativement à la contamination possible des gencives par des instruments de dentisterie[1].

Variétés. — En tant que variétés objectives de cette première forme, j'ajouterai simplement :

1° Que parfois l'érosion, au lieu de la coloration rouge et carminée qui lui est habituelle, se présente avec une teinte *grise*, grisâtre, opaline, voire presque pseudo-membraneuse d'aspect;

2° Que, d'autres fois, au lieu de rester plate et de niveau avec la muqueuse voisine, elle se surélève quelque peu, en affectant une forme *papuleuse* plus ou moins accentuée;

3° Deux fois, enfin, je l'ai vue présenter à son centre un petit îlot de sphacèle superficiel, avec teinte ardoisée dans un cas et violacée dans l'autre.

Rien à dire des troubles fonctionnels qui accompagnent ces diverses variétés de chancre gingival, tant ils sont légers. Ils ne consistent en effet qu'en une certaine gêne locale, avec sensibilité au contact des aliments et des boissons, surtout des boissons alcooliques. Aussi bien, en raison de cette indolence, le chancre gingival de cette forme est-il fréquemment négligé par les ma-

1. V. les cas précédemment cités de Roddick (de Montréal), de Leloir, de Lancereaux, etc.

lades et a-t-il de nombreuses chances pour rester *ignoré* du médecin.

II. — La seconde forme est toute différente.

Autant le chancre était facilement reconnaissable dans la première, autant, dans celle-ci, il s'éloigne du type objectif sous lequel se présente usuellement l'accident initial de la syphilis.

Sans doute il consiste bien encore en une lésion nettement circonscrite du bord gingival; — en une lésion petite ou moyenne, de forme érosive ou, plus souvent, ulcéreuse. Mais ici, plus de configuration régulière en demi-lune, plus de surface remarquable par son état lisse et uni, plus de coloration particulière, etc. L'aspect est tout autre et devient celui d'une lésion *banale*, d'une lésion quelconque, n'ayant plus aucun cachet de spécificité, n'évoquant plus en rien l'idée d'un chancre.

A un examen détaillé, ce qu'on voit est ceci : Une ulcération étalée sur le bord gingival et encadrant le collet de deux ou (plus rarement) de trois dents; — ulcération à contours indécis, frangés, irréguliers; — à fond inégal, tourmenté, mamelonné, grenu, bourgeonnant, végétant même par places; — quelquefois aussi à fond surélevé et devenu papuleux; — de teinte composite, multicolore, et, au total, sans signification objective.

D'autre part, tous phénomènes de périostite alvéolodentaire de forme suppurative, à savoir : gencives boursouflées, gonflées, au niveau de ladite lésion; — dents correspondantes partiellement déchaussées par le décollement des gencives; — muqueuse ulcérée, baignant dans le pus, fongueuse d'aspect et de fait, tapissée d'enduits purulents ou pulpeux, jaunâtres, grisâtres, sa-

nieux; — languettes interdentaires également tuméfiées, décollées et soulevées, etc.

Finalement, troubles fonctionnels en relation avec cet état de périostite : sensibilité locale très accentuée; — douleurs spontanées; — douleurs au toucher; — douleurs au contact des aliments et des boissons, voire parfois au simple passage de l'air, etc. — Souvent même les dents intéressées par l'ulcération semblent au malade « comme allongées », sensibles, avec début d'une certaine mobilité anormale, voire d'un réel ébranlement[1].

Tout cela, vous en jugez de reste, est tellement différent de la symptomatologie usuelle du chancre que le médecin, en face d'un tel aspect objectif et de troubles fonctionnels de cet ordre, est vraiment excusable de ne pas songer au chancre tout d'abord et de laisser son diagnostic s'égarer vers telle ou telle autre lésion. C'est là, je parle preuves en main, ce qui a lieu en pratique presque invariablement. Jamais, en pareil cas, le soupçon de chancre ne s'impose de prime abord. On n'aboutit au diagnostic de chancre que par exclusion, après éliminations successives d'autres hypothèses non satisfaisantes, et l'on ne s'y arrête, somme toute — quand on s'y arrête — que sur les données suivantes, qui composent en l'espèce les seuls éléments séméiologiques, à savoir :

1° Quelquefois, *dureté* singulière et presque significative du plateau gingival ulcéré;

2° Plus souvent, *circonscription* bien nette, bien arrêtée, de la lésion (et, en effet, les gingivites ulcéreuses d'autres origines ont pour habitude d'être plus

1. V., comme exemple, une belle observation du Dr Cayla, recueillie dans le service de la Clinique (*Annales de dermat. et de syphiligr.*, 1887.).

étendues, plus diffuses, plus disséminées, quelquefois même avec une tendance à une quasi-généralisation);

3° Constitution *aiguë*, *rapide*, de la lésion; — particularité de haute importance, en ce qu'une évolution de cet ordre contraste avec l'allure lente et chronique de la plupart des affections gingivales;

4° Et surtout, par-dessus tout, *adénopathie*, se présentant avec les caractères usuels du bubon satellite, caractères trop connus pour que j'aie besoin de les reproduire ici.

CHANCRES DU PALAIS, DU VOILE PALATIN, DES PILIERS, DE LA MUQUEUSE GÉNIENNE, ETC.

Les chancres des régions buccales autres que celles dont je viens de parler ne constituent vraiment que des raretés, voire de véritables curiosités cliniques.

Je n'en trouve que 4 cas dans mes statistiques réserves faites, bien entendu, pour les chancres de la (région amygdalienne auxquels je consacrerai bientôt une description spéciale), à savoir :

Chancres du palais.	2 cas.
Chancre du voile palatin.	1 —
Chancre de la muqueuse génienne. . .	1 —

On a aussi rencontré le chancre exclusivement limité aux piliers palatins.

Comme spécimens de ces diverses et très insolites

localisations du chancre, je vous citerai les quelques cas suivants.

Rappelez-vous d'abord un cas des plus curieux que je vous ai raconté précédemment, cas relatif à un de mes clients qui contracta la syphilis par une pipe que fumait, en son absence, son domestique affecté de plaques muqueuses buccales[1]. Chez ce malade la contagion porta sur le palais, où se produisit un chancre ulcératif, ovalaire, purpurin d'aspect, de la dimension de l'ongle du médius.

Dans un cas observé par le Dr Ohmann-Dumesnil, « deux chancres, situés l'un au-devant de l'autre, occupaient la voûte palatine et n'étaient séparés que par un intervalle de trois millimètres. Tous deux étaient constitués par une simple érosion superficielle et de forme arrondie. L'antérieur offrait le diamètre d'une pièce d'un franc, et le postérieur celui d'une pièce de cinquante centimes. L'un et l'autre présentaient des bords saillants, indurés, et un fond couvert d'une sécrétion muco-purulente, etc.[2]. »

Le Dr Barthélemy a relaté *in extenso* le cas d'un chancre exclusivement limité au *pilier antérieur gauche du voile palatin*, « chancre en forme de croissant, grand comme une amande, à bords à peine sensibles, rouge de surface, remarquablement lisse de fond, simplement érosif, mais doublé d'une induration bien manifeste et fortement parcheminée, etc. » L'adénopathie symptomatique de ce chancre, ajoute l'auteur, était particulièrement remarquable en ce que, commençant au-dessous de l'angle de la mâchoire par un ganglion gros comme une noix, elle se poursuivait tout le long

1. V. p. 29.
2. V. *Annales de dermat. et de syphil.*, 1888, p. 718.

du cou, au pourtour du sterno-mastoïdien, sous forme d'une chaîne glandulaire qui descendait jusque dans le triangle sus-clavier[1].

M. le Dr Mauriac a observé un chancre de l'*isthme du gosier* sur l'un de ses clients, lequel fut très probablement infecté « par l'intermédiaire d'une flûte dont s'était servi son frère affecté de syphilis ».

M. le Dr Viguier cite dans sa thèse[2] le cas d'un « énorme chancre de la paroi interne de la *joue* », lequel provenait vraisemblablement d'une contagion transmise par un cornet à piston.

A noter encore :

Un cas personnel, relatif à l'un de mes clients qui présenta simultanément un chancre de la gencive et un chancre du *palais* ;

Un cas analogue où l'un de mes malades fut affecté à la fois d'un chancre de la verge et d'un chancre du *palais*;

Deux cas d'Haslund concernant des chancres du *pilier* antérieur. (Dans l'un d'eux, la contagion paraissait provenir de la brosse à dents d'une femme syphilitique) ;

Un cas de Poray-Koschitz, dans lequel un enfant de trois ans fut également contagionné au niveau de l'*isthme guttural*;

Un cas vraiment surprenant, observé sur un malade de nos salles, qui présenta dans le même temps cinq chancres extra-génitaux, à savoir : quatre sur la lèvre inférieure, et un cinquième sur la *muqueuse génienne*;

Enfin, un cas tout à fait extraordinaire de chancre

1. *Annales des mal. de l'oreille et du larynx*, 1880, t. VI, p. 316.

2. *Étude sur les chancres infectants extra-génitaux*, Th. de Paris, 1888, p. 16.

situé en arrière de l'isthme, derrière le pilier postérieur, par conséquent dans la *cavité* pharyngée. Ce chancre fut particulièrement remarquable par les douleurs très vives, « atroces », qu'il détermina tout un mois, douleurs s'accompagnant « d'irradiations très pénibles vers l'oreille et de quintes de toux spasmodique avec abondantes sécrétions de mucosités pharyngo-laryngiennes » (Dr Mauriac[1]).

Les chancres de ces diverses régions ne présentent aucune particularité locale qui soit digne de mention. Ce sont des chancres soit érosifs, soit sub-ulcéreux, de dimensions petites ou moyennes, arrondis ou ovalaires, généralement rouges de fond, à base parcheminée, etc. Inutile, donc, d'en tracer une description spéciale, qui n'aboutirait qu'à reproduire un tableau déjà connu de vous par ce qui précède.

Il va sans dire que tous ces chancres, en raison même de leur bizarrerie de siège, sont absolument faits pour surprendre et égarer le diagnostic. On ne s'attend guère en effet à rencontrer un chancre sur le palais, sur la joue, sur l'isthme du gosier, etc. Si bien qu'en face d'une lésion affectant telle ou telle de ces localisations anormales, voire extraordinaires, on commence toujours — c'est fatal — par supposer tout autre chose qu'un chancre. C'est donc ici l'occasion plus que jamais de rappeler cette vérité fondamentale en syphiligraphie, à savoir que le chancre peut siéger *partout*, absolument partout, et qu'il faut toujours y penser, n'importe l'étrangeté du siège. Que si cette vérité pouvait toujours être présente à notre esprit, elle suffirait par elle seule à nous

1. V. *Traitement de la syphilis*, p. 501.

tenir en garde contre nombre d'erreurs, lesquelles d'ailleurs ne sont le plus souvent que des surprises.

Je me bornerai donc à dire, sans entrer dans de plus amples détails, qu'en l'espèce comme ailleurs le diagnostic reste basé sur l'ensemble des considérations suivantes :

Circonscription bien nette de la lésion ; — dimensions petites ou moyennes ; — physionomie objective, où figurent surtout les caractères usuels du chancre comme configuration, comme absence de bords en arête, comme état lisse de fond, comme couleur ou rouge ou opaline, etc ; — induration de base ; — évolution rapide et presque aiguë, relativement surtout à nombre d'autres lésions qui n'atteignent leur maturité que d'une façon bien moins hâtive ; — et surtout, signe majeur, adénopathie ; adénopathie précoce et pour ainsi dire immédiate ; adénopathie comportant les attributs si éminemment distinctifs du bubon satellite.

Quant aux diverses lésions qui peuvent simuler ces chancres de localisation bizarre ou que ces chancres peuvent simuler, elles ne sont autres que celles dont il a été question à propos des chancres buccaux d'autres sièges. Je ne reviendrai donc pas sur leur diagnostic différentiel.

Un seul point mérite une mention spéciale, parce qu'il a trait à une particularité qui semble peu connue. C'est que l'*ulcère dentaire* peut se rencontrer sur la muqueuse des lèvres et de la joue tout aussi bien que sur les bords de la langue. Sans doute il y est bien plus rare qu'en ce dernier siège, mais il ne laisse pas de s'y produire. Et alors, consistant en une ulcération nettement circonscrite, petite ou moyenne d'étendue, ova-

laire, creusée en cupule, rouge ou rougeâtre, plus ou moins rénitente de base, il risque fort d'en imposer pour un chancre. J'ai dans mes notes trois cas où des lésions de cet ordre, siégeant sur les lèvres et la joue, ont été bel et bien taxées de chancres spécifiques et traitées comme tels. Quels signes tiendront en garde contre une erreur de ce genre? Vous le savez de reste par ce qui précède[1].

CHANCRE DE L'AMYGDALE.

Le chancre de l'amygdale a eu vraiment une fortune singulière. D'abord, il a été méconnu, absolument méconnu, et cela pendant des siècles; ce qui ne s'explique guère, étant donné qu'il ne constitue un accident ni bien rare ni bien difficile à diagnostiquer. En 1861, il a été enfin distingué et signalé par Diday (de Lyon)[2]. Mais longtemps encore il est resté dans l'ombre. On lui battait froid, qu'on me passe le mot; on s'en défiait comme d'une nouveauté suspecte, bref on « n'y croyait guère ». Puis, par un revirement soudain, il a pris faveur et s'est vulgarisé. De tous côtés alors, surtout depuis un remarquable mémoire du Dr Legendre[3], ont surgi des observations de chancre amygdalien. A ce point que les chancres de cette région sont devenus de nos jours monnaie courante, et qu'on pourrait presque se

1. V. page 125.

2. *Étude sur le chancre de l'amygdale*, Mémoires et comptes rendus de la Société médicale de Lyon, t. 1er, 1861-62, p. 45.

3. *Contribution au diagnostic du chancre syphilitique de l'amygdale*, Archives gén. de méd., 1884.

demander si aujourd'hui l'on n'en voit pas plus qu'il n'y en a réellement.

Aussi bien serait-il impossible d'en déterminer exactement la fréquence relative. Dans ma statistique de ville, le chancre amygdalien vient au troisième rang des chancres buccaux pour une proportion de quarante, et cela entre le chancre lingual (cinquante-trois) et le chancre des gencives (neuf). Mais ce chiffre, assurément, n'est pas ce qu'il devrait être; bien certainement il est inférieur à la vérité des choses. Car je n'hésite pas à faire amende honorable, en avouant que longtemps j'ai commis la faute de mes contemporains, c'est-à-dire timidement hésité à reconnaître le chancre amygdalien. Positivement, je n'osais pas le diagnostiquer, comme je m'y suis enhardi plus tard, et, en conséquence, j'ai dû laisser passer inaperçus un certain nombre d'accidents de cet ordre, ce qui modifie d'autant le chiffre précité.

Tout ce qu'on est autorisé à dire, c'est que le chancre amygdalien est *assez fréquent*, et beaucoup plus fréquent à coup sûr qu'on ne l'a supposé jusqu'à ces derniers temps[1]. Sans doute il doit être peu distant du chancre lingual comme proportion numérique, et je suis vraiment tenté de croire, au train dont marchent les choses, c'est-à-dire à la façon dont se multiplient les observations qui le concernent, qu'il ne tardera guère à devancer ce dernier pour prendre le second rang de fréquence parmi les chancres de la bouche, à la suite des chancres labiaux.

1. « ... Il n'est pas douteux, a dit M. le Dr Morel-Lavallée, que le chancre amygdalien ne constitue pour la syphilis une des portes d'entrée *ignorées* les plus fréquentes. » — « Le chancre amygdalien est certainement l'origine de bon nombre de syphilis ignorées (Dr Mauriac). » — Et de même pour une foule d'autres citations semblables que j'aurais à produire.

Boeck est même allé jusqu'à le proclamer « le plus commun de tous les chancres extra-génitaux ». Et il en explique la fréquence dans son pays, la Norvège, « par le grand nombre de familles pauvres qui se servent des mêmes ustensiles d'alimentation, voire qui ne disposent que d'une cuiller pour toute une maisonnée ».

Rien d'étonnant du reste à la fréquence du chancre sur ce siège. Car la salive qui charrie le contage syphilitique est naturellement portée en arrière par les mouvements de déglutition ; — et, de plus, elle rencontre au niveau des amygdales les conditions les mieux faites pour retenir ce contage, à savoir : irrégularités de surface, anfractuosités, nombreux cryptes béants avec arrière-cavités constituant de véritables « chambres de stagnation », muqueuse sujette à des inflammations variées, éminemment susceptibles d'altérer le revêtement épithélial et de favoriser ainsi les infections extérieures, etc., etc. On l'a dit avec toute raison, l'amygdale est une sorte de *nid* tout préparé pour les germinations microbiques.

Nombre. — Le chancre amygdalien est presque toujours *unique*. — Toutefois on a cité quelques cas de chancres bilatéraux. Duncan Bulkley, par exemple, a observé trois faits de ce genre.

Siège. — Situé sur l'amygdale même, il s'y étale le plus souvent sur toute la surface libre de cet organe, surface d'ailleurs extrêmement variable d'étendue suivant les sujets.

Le plus souvent il se circonscrit à l'aire de l'amygdale. Parfois cependant il la déborde, en empiétant soit sur le pilier antérieur, soit (ce qui semble plus rare) sur le pilier postérieur, soit encore, mais exceptionnellement, sur la base de la langue (cas de Hue).

On a dit que l'amygdale droite était plus souvent affectée que la gauche (neuf fois contre trois, d'après Duncan Bulkley). Mes relevés produisent un résultat précisément inverse : quatorze cas pour l'amygdale gauche, contre douze cas pour l'amygdale droite. D'où il résulte qu'il n'est guère de prédominance marquée pour l'une ou l'autre amygdale.

Dans un cas (qui peut être curieux à citer, puisqu'il est unique à ma connaissance jusqu'à présent), j'ai vu très distinctement deux chancres presque juxtaposés, mais indépendants toutefois, occuper l'un la surface de l'amygdale, et l'autre un segment de cette même amygdale avec la portion attenante du pilier postérieur.

Étendue. — Comparable, comme moyenne usuelle, à une pièce de vingt ou de cinquante centimes.

Mais il est de plus petits chancres, ne mesurant guère plus de cinq à six millimètres en hauteur sur une largeur équivalente ou un peu moindre; — comme aussi, et plus souvent, il en est de plus amples, offrant par exemple deux à trois centimètres verticalement sur un centimètre à un centimètre et demi de diamètre transverse. — J'en ai même observé un beaucoup plus grand qui, sur une amygdale extrêmement hypertrophiée, atteignait bien trois centimètres et demi en hauteur, avec une largeur de plus d'un centimètre.

Configuration. — Le plus souvent ovalaire et représentant un ovale à grand axe vertical; — quelquefois arrondie; — quelquefois irrégulière, en raison des frontières indécises de l'amygdale; — susceptible en un mot de nombreuses variétés qui se moulent sur la forme de la loge amygdalienne.

Formes cliniques. — On a fait au chancre amygdalien une réputation très exagérée de *polymorphisme*. Sans

doute, il est susceptible de formes objectives diverses; mais en cela il ne diffère ni du chancre en général ni du chancre génital en particulier. On sait quelle multiplicité de types peut affecter celui-ci; eh bien, le chancre amygdalien, en tant que variétés de physionomie, ne fait ni plus ni moins que ce dernier.

Ce qui, sans doute, n'a pas peu contribué à lui conférer ce renom de polymorphisme, c'est qu'il réalise parfois des modalités objectives qu'on n'est guère habitué à rencontrer avec le chancre ou à mettre en parallèle avec lui. Ainsi parfois il a donné le change pour une amygdalite vulgaire, d'autres fois pour une angine couenneuse, voire diphthéritique, voire gangréneuse. De là, à son propos, toute une série de diagnostics différentiels qui n'ont pas coutume d'intervenir à propos du chancre, mais qui, en réalité, ne relèvent que d'une particularité de localisation; car tout chancre de n'importe quel siège peut aussi bien que le chancre amygdalien affecter une modalité soit inflammatoire, soit couenneuse, soit gangréneuse même. Inutile d'ailleurs d'insister sur ce point.

Quoi qu'il en soit, l'histoire clinique de ce chancre reste, au total, des plus simples et se résume en ceci.

D'abord, quelque forme objective qu'il affecte, le chancre amygdalien débute par un symptôme qui ne fait jamais défaut, à savoir : une douleur locale, une douleur angineuse, un *mal de gorge*.

Cette douleur est fort peu de chose à l'origine. A vrai dire même, c'est moins une douleur qu'une gêne, qu'un embarras local, qu'une sensibilité de la gorge au moment de la déglutition.

Mais bientôt ce mal de gorge s'accroît d'intensité et devient une douleur vraie, qui d'ores et déjà tend à se spécialiser par les deux particularités suivantes :

1° Son *unilatéralité*. — Le chancre amygdalien, étant toujours (sauf exceptions des plus rares) une lésion unilatérale, ne se traduit tout naturellement que par une sensation douloureuse qui n'affecte qu'un côté de la gorge. En cela, tout d'abord, il se différencie de tant et tant d'angines banales qui affectent généralement les deux amygdales.

2° Sa *persistance*. — La douleur angineuse du chancre est une douleur durable, qui persiste au moins plusieurs semaines, à l'inverse de la plupart des autres douleurs angineuses dont le propre est de s'évanouir à courte échéance. Rien encore que de très naturel à cela, puisque ce mal de gorge n'est que le symptôme d'une lésion qui exige plusieurs septénaires pour accomplir son évolution.

Voilà donc le chancre amygdalien débutant par un mal de gorge. Alors interviennent deux alternatives.

Ou bien le malade, qui en somme souffre peu, néglige ce « petit mal de gorge », n'en prend pas souci et laisse aller les choses. Dans ce cas, le chancre reste inaperçu, et c'est l'explosion secondaire qui, quelques semaines plus tard, témoigne de l'infection spécifique. On a affaire alors à l'une de ces syphilis qui semblent débuter sans accident initial, à l'une de ces syphilis en apparence *décapitées* (passez-moi le mot), où le chancre fait défaut comme exorde, comme manifestation originelle.

Ou bien le malade, impatienté par ce mal de gorge « qui n'en finit pas », va trouver un médecin qui l'examine et qui constate alors sur l'une des amygdales (réserve faite pour quelques modalités rares dont nous parlerons à part) l'un des trois états objectifs que voici : soit un chancre érosif; — soit un chancre ulcéreux; — soit un chancre de forme angineuse.

Telles sont, en effet, les trois modalités usuelles qu'affecte le chancre amygdalien et qu'il nous faut maintenant étudier en détail.

I. *Chancre de forme érosive.* — Assez commune, peut-être même la plus commune des trois, cette première forme est essentiellement bénigne à tous égards.

D'une part, elle ne comporte que des troubles fonctionnels notablement légers, à savoir ceux d'un « petit mal de gorge », et rien de plus.

D'autre part, elle ne s'accuse que par des phénomènes objectifs de faible importance : peu ou pas de tuméfaction locale; — peu ou pas de rougeur régionale; — à la surface de l'amygdale une *érosion*, mais une érosion vraiment bénigne; — érosion superficielle, d'abord; — petite et parfois même minime; variable, pour préciser, entre les dimensions d'une grande lentille et celles d'une amande, d'un haricot, d'une pièce de vingt ou cinquante centimes; — tantôt grisâtre, opaline, tantôt rouge, tantôt enfin alternativement grise et rouge par places; — à fond soit égal et lisse, soit, plus souvent, rendu inégal par les irrégularités et les anfractuosités normales de la surface amygdalienne.

Et c'est tout. Si bien qu'on pourrait n'accorder que peu d'importance à de tels symptômes, n'étaient deux autres signes bien mieux faits pour donner l'alarme : l'un qui saute aux yeux, si je puis ainsi parler, et qu'il est impossible de méconnaître; c'est l'*adénopathie*, adénopathie comportant tous les caractères du bubon satellite; — l'autre qu'inversement il faut chercher pour le trouver; c'est l'*induration*.

En effet, portez le doigt sur l'amygdale affectée, et vous y constaterez une dureté morbide. Impossible,

bien entendu, d'apprécier ici les caractères de cette induration comme on le fait à la verge ou sur tout autre organe facilement accessible, puisqu'on ne dispose que d'un doigt pour l'explorer, au lieu d'avoir, comme d'usage, la faculté de la saisir entre deux doigts. Mais n'importe. On sent l'amygdale dure, pathologiquement dure, et un tel signe n'est pas sans constituer pour le diagnostic un appoint des plus importants.

Je dois reconnaître à la vérité que cette induration est parfois assez peu accentuée, minime, difficilement appréciable. On a même dit qu'elle peut être « impossible à percevoir ». Je le crois sans peine, d'autant que pareille chose ne laisse pas de s'observer avec les chancres de tout siège, même avec ceux qu'on tient en main et qu'on a la possibilité d'explorer à l'aise.

II. *Chancre de forme ulcéreuse.* — Ici, tous phénomènes plus importants que dans la forme précédente :

D'abord, troubles fonctionnels plus accentués ; véritable douleur angineuse, avec dysphagie.

En second lieu, amygdale plus volumineuse, comme étalée et distendue.

Et surtout, à la surface de cette amygdale, lésion véritablement *ulcérative*, semblant entamer, creuser, fouiller le parenchyme de l'organe. Impossible d'ailleurs d'apprécier exactement la profondeur de cet ulcère, en raison de deux conditions locales qui font trompe-l'œil, à savoir : 1° exhaussement inflammatoire des tissus qui encadrent la loge amygdalienne, et de là, comme conséquence, dépression apparente de la plaie qui semble plus creuse qu'elle ne l'est en réalité; — 2° irrégularités, anfractuosités normales de la surface amygdalienne,

produisant l'illusion d'enfoncements, de corrosions, de ravins ulcéreux qui n'existent pas.

Mais venons au fait essentiel. Cette ulcération est-elle de nature à donner le soupçon, à éveiller l'idée d'un chancre? Oui, et cela de par les trois considérations suivantes :

1° De par son importance comme *étendue*. Généralement elle a les dimensions de l'ongle de l'index ou du pouce. Quelquefois elle est plus considérable, jusqu'à mesurer deux centimètres, deux centimètres et demi dans son grand diamètre.

2° De par son *aspect*, qui est celui d'une plaie « de mauvaise mine », comme on dit vulgairement ; — plaie soit d'un rouge brun foncé, soit d'une teinte grisâtre, gris jaunâtre, gris sale, soit, plus souvent, multicolore, c'est-à-dire semée sur un fond vineux de points jaunes, grisâtres ou d'un blanc pultacé.

3° Et surtout de par la *dureté* locale de la région, de toute la région. L'amygdale, en pareil cas, se présente toujours rénitente en masse et fortement rénitente, avec quelques îlots plus particulièrement durs sous le doigt.

Cela dit, je dois reconnaître qu'en l'espèce il n'est pas à tirer parti de deux autres signes qui apportent usuellement leur appoint au diagnostic du chancre (absence de bords en arête et état lisse du fond de la plaie). Car, d'une part, les bords de l'ulcère restent invisibles, masqués qu'ils sont par le bourrelet qui encadre la loge amygdalienne ; et, d'autre part, le fond de l'ulcère, se moulant sur la surface de l'amygdale, en reproduit forcément les irrégularités. Mais n'importe. En l'absence de ces deux signes, le diagnostic ressort néanmoins des trois autres que j'ai mentionnés précédemment et auxquels s'ajoute, comme confirmation décisive, l'adénopathie symptomatique.

De sorte qu'au total cette forme ulcéreuse du chancre amygdalien est celle qui prête le moins à confusion, celle qui constitue la catégorie de ce qu'on appelle les « cas faciles » du genre.

III. *Chancre de forme angineuse.* — Forme moins commune que les précédentes, mais non moins digne de toute notre attention en ce qu'elle est essentiellement insidieuse. En maintes occasions elle a conduit à des méprises absolues, et cela pour une très simple raison que vous allez comprendre dans un instant.

Une formule en résume toute la caractéristique : c'est une amygdalite avec un chancre.

D'abord et d'une façon prédominante, c'est une *amygdalite*, remarquez bien cela. C'est une amygdalite à trois titres :

1° De par ses symptômes objectifs. Car l'amygdale se présente à la fois tuméfiée, rouge et dure. Son hypertrophie, tout particulièrement, est bien accentuée, quelquefois considérable, au point de constituer une véritable tumeur amygdalienne qui s'avance jusqu'à la ligne médiane de la gorge.

2° C'est une amygdalite de par l'intensité de ses *troubles fonctionnels* : douleurs locales presque équivalentes à celles de l'esquinancie vulgaire; dysphagie; parfois même léger degré de nasonnement.

3° Souvent aussi c'est une amygdalite de par l'addition aux symptômes précédents de divers *troubles généraux* : malaise, courbature, inappétence, état saburral, réaction fébrile[1], etc. ; tous symptômes, à la vérité, d'intensité médiocre ou moyenne et de durée assez éphé-

1. V., comme exemple, une intéressante observation de mon ami le Dr Morel-Lavallée, dans les *Annales de derm. et de syph.*, 1883, p. 39.

mère, mais ne laissant pas néanmoins de témoigner en faveur du caractère phlegmasique de l'affection.

Donc, d'une part, amygdalite indéniable.

D'autre part, comme second élément de cet ensemble morbide, le *chancre*; — chancre érosif ou sub-ulcéreux; — petit ou moyen; — tantôt coiffant à son sommet l'intumescence amygdalienne, et tantôt relégué excentriquement sur l'un de ses côtés; — quelquefois rouge ou rougeâtre, mais plus souvent masqué en partie par un de ces exsudats blanchâtres ou gris blanc qui sont si communs dans les angines vulgaires.

De la sorte, vous le voyez, la scène se compose de deux éléments : l'amygdalite et le chancre. Mais notez bien ce fait curieux, essentiellement curieux en l'espèce, à savoir : que, dans cet ensemble, *l'amygdalite prime le chancre* comme importance objective. C'est elle qui fixe l'œil, qui appelle l'attention; c'est elle qui paraît constituer la lésion principale. Le chancre est positivement effacé par elle et semble ne figurer là qu'au titre d'un incident annexe, accessoire, subordonné, de second rang. A ce point qu'en certains cas (méprise dont nous parlerons bientôt) on a pu *ne voir que l'amygdalite* et laisser le chancre inaperçu.

En définitive, cette forme constitue une sorte de lésion mixte par combinaison de l'amygdalite et du chancre. C'est là ce qu'on a pu très légitimement appeler le *type angineux* du chancre amygdalien.

Variétés. — Forme érosive, forme ulcéreuse et forme angineuse, voilà les trois modalités usuelles du chancre qui nous occupe actuellement.

Quelques mots maintenant sur deux autres variétés infiniment plus rares.

I. *Variété diphthéroïde.* — Constituée, comme son nom l'indique, par l'addition à la caractéristique objective qui précède d'un *exsudat pseudo-membraneux* rappelant l'aspect des « angines blanches ».

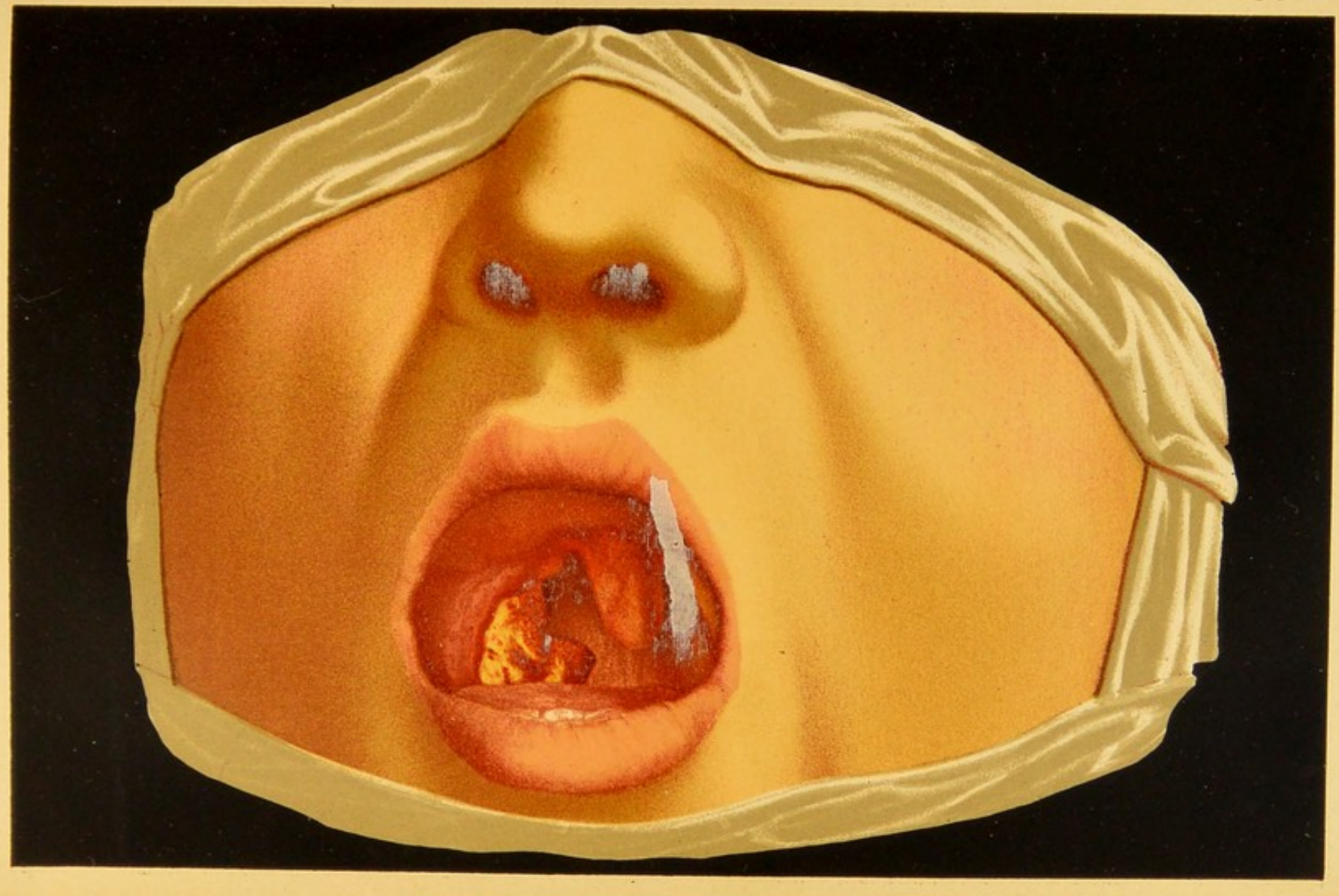
Dans cette forme, donc, une particularité très spéciale s'ajoute à la symptomatologie du chancre. Elle consiste en ceci : présence à la surface de la lésion d'un exsudat représentant de tous points ce qu'en médecine générale on appelle une *fausse membrane.*

Cet exsudat a les dimensions du chancre qu'il recouvre soit partiellement, soit dans toute son étendue. — Il est adhérent par sa face profonde aussi bien que par ses bords et ne se laisse détacher par le pinceau que difficilement et incomplètement. — Il est *couenneux*, bien plutôt que pultacé. Assez épais, consistant, tenace, il constitue une sorte de pellicule, de membrane, qui, sous les mors d'une pince, se déchire en lambeaux. — Enfin, il offre une coloration grisâtre, cendrée, ou bien d'un blanc sale, à reflets jaunâtres, voire parfois, comme dans un cas curieux de Legendre, d'un gris verdâtre[1].

1. Mémoire cité, obs. I, p. 69.

Cette fausse membrane du chancre amygdalien est généralement considérée comme n'offrant rien de spécifique histologiquement. D'après MM. Cornil et Leloir, elle ne se différencierait en rien de la fausse membrane diphthéritique. « Elle serait constituée principalement par des cellules lymphatiques, des cellules épithéliales transformées en minces lamelles et des cellules crénelées de Malpighi disséminées au milieu d'une substance fibrillaire analogue à de la fibrine, se gonflant comme elle et pâlissant sous l'action de l'acide acétique. »

Un médecin distingué, M. le Dr Boulloche, qui a eu l'occasion d'étudier bactériologiquement une de ces fausses membranes chancreuses et de l'ensemencer deux fois, y a trouvé « des cocci, des streptocoques et des bacilles ayant tous les caractères du bacille de Löffler, mais s'en distinguant par ce fait qu'ils ne produisaient pas de fausses membranes chez les cobayes ». — « Il paraît démontré, ajoute-t-il, que cet exsudat résulte non pas de l'agent encore inconnu de la syphilis, mais de bacté-



Chancre syphilitique de l'amygdale (forme diphtéroïde)

ROYAL MEDICAL & CHIRURGICAL SOCIETY
6 JUN
1895

Devant un tel aspect, impossible de se défendre d'une impression toute naturelle, fatale; impossible de ne pas avoir l'idée qu'on est en face d'une angine couenneuse, soit de l'angine couenneuse commune, soit même d'une angine diphthéritique. Cela, de l'aveu unanime de tous les médecins qui ont observé de pareils cas.

Or, chose curieuse, non seulement le chancre amygdalien qui affecte cette forme rappelle les angines blanches de par ses caractères d'objectivité, mais il peut les rappeler encore à deux autres titres que voici :

1° De par son *adénopathie*, qui s'accuse assez fréquemment par un ou plusieurs gros ganglions empâtés et quelque peu sensibles, comme on en rencontre usuellement dans les angines infectieuses;

2° De par un certain cortège de *phénomènes généraux*; oui, de phénomènes généraux, quelque insolite ou extraordinaire que cela puisse paraître. Ainsi on a

ries étrangères, qui trouvent sur la muqueuse dénudée un milieu favorable à leur développement. » (*Les angines à fausses membranes*, p. 136)

Mais, ainsi que le fait remarquer très justement M. le Dr Ducastel, l'état diphthéroïde du chancre paraît bien plutôt inhérent au chancre lui-même. « Partout, dit-il, où la peau est humide, sur toutes les muqueuses, il est de l'essence du chancre de se recouvrir d'un enduit diphthéroïde.... Cette tendance constante du chancre à devenir diphthéroïde au niveau des muqueuses me donne à penser qu'il renferme *en lui-même* la propriété de produire la membrane diphthéroïde et qu'il n'a pas besoin de l'aller chercher dans une infection secondaire, ainsi que le Dr Boulloche serait tenté de l'admettre. » (*Chancres génitaux et extra-génitaux*, p. 60.)

En tout cas, au point de vue clinique, une différence radicale sépare et séparera toujours la fausse membrane chancreuse de la fausse membrane diphthéritique. C'est que la première reste toujours exactement limitée au territoire du chancre sans le dépasser, sans le déborder, sans tendance à se déverser sur les parties voisines. On ne connaît que trop, inversement, la dangereuse tendance de la fausse membrane diphthéritique à irradier sur le palais, la luette, le pharynx, le larynx, la trachée, etc. — Cela encore, comme le dit M. Ducastel, semble bien donner à penser que « c'est le chancre même qui commande la production diphthéroïde », sans la devoir à des infections surajoutées.

plusieurs fois constaté avec le chancre amygdalien pseudo-membraneux des symptômes tels que les suivants : malaise général, courbature, lassitude, inappétence, état saburral, frissons et réaction fébrile (par exemple, pouls à 100 et température oscillant entre 38 et 39 degrés).

Si bien qu'en face d'un tel ensemble, on est conduit (remarquez bien, messieurs, ce qui va suivre), d'une part, à *ne pas suspecter un chancre*, et tout au contraire, d'autre part, à mettre en cause une angine infectieuse.

Un exemple du genre ne sera pas superflu, car nous sommes ici vraiment sur le terrain des anomalies ou, pour mieux dire encore, des étrangetés.

Dans son excellent mémoire de 1884, le Dr Legendre a relaté le cas d'un malade sur lequel on put suspecter pendant quelques jours une angine diphthéritique, alors qu'il ne s'agissait en réalité que d'un chancre amygdalien. « ...Lorsque cet homme se présenta à l'hôpital, dit le texte de l'observation, il avait *très mauvaise mine*; ses traits étaient tirés, son teint jaunâtre; il accusait une *fatigue* extrême, un malaise indéfinissable; il ne pouvait se tenir debout sans éprouver du *vertige* et s'était traîné péniblement jusqu'à l'hôpital. Il se trouvait dans ce *mauvais état général* depuis une douzaine de jours, ayant complètement perdu l'appétit, ressentant quelques *frissons* erratiques, etc. Son pouls était à 100 et sa température à 38. Comme, de plus, il présentait une forte angine avec exsudat diphthéroïde et engorgement ganglionnaire de toute la région cervicale, le diagnostic s'égara tout d'abord, et l'on crut avoir affaire à une angine diphthéritique. » Bref, ce fut seulement après quelques jours qu'on put être fixé sur

la nature de la maladie par l'évolution morbide, c'est-à-dire par l'explosion secondaire.

Soit dit au passage, que de cas de cet ordre ont dû être méconnus et recevoir une fausse étiquette ! Que de cas de cet ordre ont dû passer pour des angines couenneuses ou diphthéritiques, avec syphilis consécutive « d'origine ignorée » !

II. *Variété gangréneuse.* — Plus que rare, exceptionnelle.

Ce qui en fait la caractéristique est ceci : production sur la surface du chancre d'îlots ou même de petits placards *gangréneux*, s'attestant comme tels par leur coloration foncée, noirâtre ou même noire, et par une fétidité spéciale de l'haleine.

Comme exemple, je rappellerai un cas observé par MM. Laboulbène et Brocq, dans lequel on vit se produire, sur une amygdale volumineuse et fortement enflammée, « une plaque noirâtre, d'aspect sphacélique, large d'un centimètre dans tous les sens et bordée par une sorte de sillon d'élimination rempli de pus ». On avait positivement cru pour un certain temps à une angine gangréneuse, et c'est plus tard seulement, après évolution totale de l'affection, que le diagnostic dut être modifié par l'invasion inattendue d'accidents secondaires. Il ne s'était donc agi que d'un chancre gangréneux.

D'après les quelques observations qui lui sont relatives, cette forme gangréneuse du chancre amygdalien aurait pour habitude de s'accompagner de troubles locaux et généraux en harmonie avec ces phénomènes graves de sphacèle. A savoir :

1° En tant que troubles locaux : tuméfaction consi-

dérable de l'amygdale; — rougeur très vive; — douleurs intenses, dysphagie extrême; — altération de la voix, devenue sourde et nasonnée; — adénopathies multiples, empâtées, douloureuses, constituant un gros chapelet cervical, etc. — Il est même possible que la tuméfaction œdémateuse de l'isthme guttural devienne gênante pour la respiration et que la dyspnée dégénère en menace d'asphyxie. Je tiens d'un médecin distingué, le Dr Barthélemy, la relation d'un cas de chancre gangréneux de l'amygdale qui avait déterminé un tel œdème de la gorge que des symptômes d'asphyxie étaient presque imminents et qu'on dut un jour agiter la question d'une trachéotomie.

2° En tant que troubles généraux : frissons répétés; — fièvre (quelquefois cependant assez peu accentuée, comme dans le cas de MM. Laboulbène et Brocq où la température n'a pas dépassé 37°,8); — malaise général, courbature, céphalalgie, inappétence absolue, état saburral; — et surtout abattement, accablement, voire prostration, et tous autres symptômes d'adynamie.

En un mot, véritable *orage infectieux*, à coup sûr peu durable, mais de nature à égarer absolument le diagnostic.

Eh bien, je le répète encore, quel tableau étrange, quel cortège extraordinaire de symptômes pour un chancre, accident si habituellement et si exclusivement local, si dénué de réaction et de sympathies organiques!

Adénopathie. — Le bubon satellite du chancre amygdalien se fait dans les ganglions de la partie latérale du cou, au niveau de la grande corne de l'hyoïde et sur les côtés du cartilage thyroïde.

Il offre très généralement les caractères d'aphleg-

masie, d'indolence et de dureté, qui sont propres à tout bubon satellite.

Deux remarques seulement à son propos :

1° Si l'on a pu, pour certains cas, le constater « peu développé », voire « minime », cela n'est, à coup sûr, qu'une très rare exception. La règle, tout au contraire, c'est qu'il soit amplement accentué sous forme d'un ganglion plus ou moins volumineux, flanqué de plusieurs autres de volume moindre. Assez souvent même il se traduit par toute une chaîne de ganglions descendant jusqu'à la partie inférieure du cou, au pourtour du muscle sterno-mastoïdien. Exemple : Dans le cas précité de MM. Laboulbène et Brocq, non seulement on trouvait plusieurs gros ganglions au niveau de l'angle de la mâchoire, mais on en percevait aussi quelques autres et de fort volumineux qui, profondément situés, soulevaient le sterno-mastoïdien.

2° Quelquefois aussi ce bubon se présente avec une pointe de réaction phlegmasique, sous forme de ganglions volumineux, empâtés, moins sèchement durs que de coutume, paraissant enveloppés d'une atmosphère de tissu cellulaire fluxionné, sensibles spontanément et douloureux au toucher.

Il n'est même pas impossible que ces ganglions se réunissent, se fusionnent en une seule masse, par infiltration de la gangue cellulaire périphérique.

Diagnostic. — C'est là le point essentiel de notre sujet et celui qui nous arrêtera le plus longuement.

I. — Le chancre amygdalien, dirai-je tout d'abord, n'est pas difficile à reconnaître, mais à une condition expresse, *c'est qu'on y pense*.

Ne taxez pas cette formule de naïveté. Elle n'est, au

contraire, que la traduction d'une vérité dont il importe que, futurs praticiens, vous soyez bien convaincus.

Le chancre amygdalien, en effet, échappe facilement si l'on n'y pense pas. Et il a de bonnes raisons pour cela : c'est qu'aucun de ses symptômes usuels ne conduit rigoureusement à y penser, et que plusieurs même sont faits pour qu'on n'y pense pas. Voyez plutôt.

D'abord, sa localisation est insolite et ne donne pas le soupçon d'une affection vénérienne. Ses troubles fonctionnels n'ont quoi que ce soit de spécial. Ses caractères objectifs, d'ailleurs très variables, ne rappellent pas le chancre, tel que nous sommes habitués à le rencontrer, sur les organes génitaux par exemple. Pas de caractères de fond, de forme, de bords, de coloration, etc., qui le signalent, qui le dénoncent en tant que chancre. Positivement, dans la majorité des cas tout au moins, il n'a pas ce qu'on peut appeler la physionomie du chancre. Sans doute, son adénopathie est de nature à éveiller l'attention ; mais que de lésions gutturales, à commencer par toute la catégorie des angines, ont également une escorte ganglionnaire!

Et ainsi de suite. En sorte qu'en ayant sous les yeux un chancre amygdalien, on peut bien ne pas être invité, incité à penser au chancre.

Réciproquement, assez communs sont les cas où l'on est conduit à *ne pas penser au chancre*, et cela parce que le chancre amygdalien emprunte souvent le masque d'affections gutturales tout autres, soit que, par exemple, il s'accompagne d'une forte angine simulant l'amygdalite vulgaire, soit qu'il se recouvre d'un revêtement pseudo-membraneux, soit surtout qu'il développe un ensemble de troubles généraux susceptibles de dévier absolument le diagnostic. Et alors, en présence de tels symptômes,

l'idée de chancre ne vient même pas à l'esprit; on suppose ceci ou cela, n'importe quoi, sauf un chancre.

De là ces erreurs si fréquemment relevées à propos du chancre amygdalien, erreurs (remarquez bien ceci) commises non pas par ignorance, mais *par surprise*, exclusivement. Que de fois, pour ma seule part, n'ai-je pas entendu des confrères ou des élèves qui s'étaient mépris de la sorte me dire : « C'est vrai, j'aurais dû reconnaître ce chancre comme je le reconnais maintenant; mais l'idée ne m'en était pas seulement venue, je n'y avais même pas songé ».

Tandis que, si l'on pense au chancre, si l'on a présente à l'esprit cette vérité qu'en tout état de cause il faut toujours laisser une place au chancre dans le diagnostic des affections gutturales, on sera par cela seul à demi sauvé, j'entends à demi protégé contre l'erreur à commettre, disons mieux, contre la surprise, le piège à éviter. Car, le chancre une fois mis en cause mentalement, on en recherchera les signes, et alors presque toujours on les trouvera.

Eh bien, de quels signes disposons-nous donc pour soupçonner et reconnaître le chancre amygdalien?

Sans revenir sur les caractères d'objectivité signalés précédemment, sans même parler du signe d'*unilatéralité* (signe assurément précieux, mais qui rigoureusement ne fournit en l'espèce qu'une simple présomption), nous trouvons ici deux éléments véritablement constitutifs du diagnostic, à savoir :

1° L'*adénopathie*, qui est significative par sa présence et qui d'ailleurs (remarquez-le bien) n'est pas moins significative par défaut.

Et, en effet, s'il existe une adénopathie bien formulée, avec les caractères usuels du bubon satellite, un tel

élément séméiologique comporte en faveur du chancre une valeur que chacun sait. — Ne pas oublier toutefois que certaines angines déterminent des adénopathies plus ou moins analogues à celle du chancre, et réciproquement d'ailleurs.

Inversement, n'y a-t-il pas trace d'adénopathie, cela est bien plus formel encore et exclut absolument la possibilité du chancre.

2° L'*induration*. — Signe précieux, à mettre sur le même plan que l'adénopathie; non pas qu'il soit constant ou toujours appréciable, mais parce que, lorsqu'il existe, il est presque décisif en faveur du chancre. Or, il existe dans la grande majorité des cas. Je précise.

D'abord, l'induration se manifeste parfois sur l'amygdale avec la même exubérance, avec la même perfection de caractères que sur les organes génitaux. Je ne serai pas coupable d'exagération en disant qu'il est des chancres amygdaliens tout aussi indurés que certains chancres de la rainure glando-préputiale ou de la vulve. Il n'est même pas impossible que le néoplasme chancreux se présente à l'amygdale sous forme d'un véritable calus, d'un ménisque de cartilage, voire avec une « dureté de bois, de pierre » (*stony hardness,* a dit un observateur anglais).

Aussi bien ces fortes indurations n'échappent-elles pas toujours aux malades. Duncan Bulkley rapporte à ce propos le cas très significatif d'une de ses clientes qui, affectée d'un chancre amygdalien, avait très bien conscience de la dureté de ce chancre, dureté « qui ne ressemblait en rien pour elle à celle des nombreuses amygdalites dont elle avait été atteinte antérieurement ».

A la vérité, il existe des cas précisément opposés où

l'induration amygdalienne, même recherchée le plus soigneusement possible, ne peut être perçue, au moins d'une façon suffisante, pour le diagnostic. Mais ces cas sont assez rares.

Et entre ces deux extrêmes se placent tous les intermédiaires imaginables.

Mais, au total et tout compte fait, je crois avec Duncan Bulkley qu'on ne s'éloigne guère de la vérité en évaluant « à douze ou treize sur quinze » la proportion des cas dans lesquels l'induration peut être perçue de façon à servir utilement le diagnostic du chancre. C'est donc là un signe qu'on a bien le droit de qualifier d'usuel, de fréquent.

A noter aussi que cette induration survit assez souvent à la cicatrisation du chancre, et cela comme à la verge, comme à la vulve, comme aux lèvres, etc. De sorte qu'à l'amygdale comme ailleurs elle peut constituer un véritable signe *posthume* du chancre.

Conséquence pratique de ce qui précède : le toucher de l'amygdale s'impose dans tous les cas où il y a lieu de supposer qu'une lésion développée en ce point pourrait bien être un chancre. C'est là une recherche indispensable, obligatoire. Comment y procéder?

Le plus simplement du monde, à savoir : en introduisant l'index dans la bouche jusqu'à la gorge et en palpant avec la pulpe de ce doigt la surface de l'amygdale. Par de petits mouvements de pression, de tâtonnement, de va-et-vient, en refoulant l'amygdale latéralement, puis d'avant en arrière et d'arrière en avant, on arrive à se rendre un compte à peu près exact de l'*état de base* de la lésion, c'est-à-dire à percevoir si l'amygdale est dure, comment et à quel degré elle est dure, si elle est dure en surface ou en profondeur, etc.

Sans doute ce toucher *monodigital* est bien inférieur comme finesse de résultats perçus au toucher bidigital qui est en usage pour la recherche de l'induration sur les chancres facilement accessibles. Mais il suffit en bon nombre de cas à fournir ce qu'on lui demande, c'est-à-dire à témoigner de l'induration ou de la non-induration de la tonsille. Bien entendu, il restera impuissant à apprécier les indurations faibles, superficielles, purement lamelleuses. Mais il ne se trompera pas sur les indurations quelque peu notables, non plus, à *fortiori*, que sur les indurations profondes, en demi-pois, en demi-noisette, en calus. C'est dire qu'il servira utilement le diagnostic dans la majorité des cas.

On a proposé d'adjoindre au toucher digital une manœuvre consistant à soutenir en dehors avec les doigts d'une main la région explorée en dedans par l'index de l'autre main. De la sorte, a-t-on dit, on arrive à se rendre un compte plus exact de la dureté amygdalienne. Je n'ai jamais trouvé grand avantage à ce « toucher combiné », que je ne voudrais pas condamner, certes, mais qui me semble indifférent.

II. — Ces prémisses posées, abordons maintenant le chapitre du diagnostic différentiel.

Il est rigoureusement vrai que le chancre amygdalien peut simuler par ses attributs objectifs bon nombre de lésions susceptibles de se produire à l'amygdale comme ailleurs. Certains pathologistes ont trouvé là prétexte à introduire un diagnostic différentiel entre ce chancre et quantité d'affections des plus diverses, telles que : épithélioma, ulcère tuberculeux, chancre simple, plaques muqueuses, syphilides tertiaires, angines de tout genre, et j'en oublie. C'est là, je pense, créer des diffi-

cultés qui, sauf exceptions rares, ne se réalisent guère en pratique. Je le démontre par deux exemples.

On a voulu faire intervenir un diagnostic différentiel entre le *chancre simple* et le chancre syphilitique de l'amygdale. Mais qui d'entre nous a jamais vu un chancre simple à l'amygdale?

De même pour l'*épithélioma*. Sans doute l'épithélioma et le chancre syphilitique de l'amygdale peuvent bien avoir quelques signes communs, soit comme caractères objectifs, soit comme troubles fonctionnels, soit comme adénopathie. A preuve, entre autres cas à citer, deux observations de MM. Merklen et Hue[1]. Mais est-ce que la différenciation de ces deux états morbides ne ressortira pas presque nécessairement d'autres considérations qui, d'emblée ou à brève échéance, excluront la possibilité d'une erreur? Je précise. L'*évolution* d'abord, ne sera-t-elle pas significative? Un chancre est un accident aigu, qui achève sa croissance et atteint son apogée en un à deux septénaires. L'épithélioma est une affection progressive, lente, torpide, qui, sauf exceptions rares, n'aboutit qu'après plusieurs mois à constituer une lésion susceptible de simuler un chancre. — L'adénopathie du chancre est immédiate; celle de l'épithélioma est tardive, relativement ultra-tardive. — Puis, à l'époque où l'épithélioma adulte pourrait simuler le chancre, est-ce que la présence ou l'absence d'accidents secondaires n'établira pas le diagnostic sur sa base la plus sûre?

Et de même pour tant d'autres affections qui, je le reconnais, peuvent bien avoir de réelles analogies d'objectivité avec le chancre, mais qui s'en différencie-

1. V. mémoire cité de L. Legendre, p. 75 et 202.

ront toujours à d'autres points de vue bien autrement significatifs.

Je ne m'arrêterai donc pas à cet ordre de difficultés qu'à nouveau je qualifie de factices. Plus pratiquement, je crois, je me bornerai à mettre en parallèle avec le chancre amygdalien les quelques affections que vraiment il peut simuler ou réciproquement, et surtout je m'efforcerai de rechercher avec vous dans ce qui va suivre *comment on se trompe* alors qu'on se trompe à son sujet.

Certes, nombreuses sont les erreurs, les méprises auxquelles a donné lieu le chancre amygdalien. C'est là ce dont témoignent avec une significative unanimité tous les auteurs qui ont écrit sur la question. Mais, je répète ma proposition : quand on se trompe à propos du chancre amygdalien, pourquoi et comment se trompe-t-on le plus souvent? Voilà ce qui est curieux, essentiel à rechercher.

Or, je vais certes vous surprendre, et vous n'en croirez pas vos oreilles en m'entendant énoncer ceci, à savoir : que bien des fois le chancre amygdalien a été pris pour un simple mal de gorge, pour une *angine vulgaire*.

Rien n'est plus vrai cependant, ainsi qu'en déposeraient au besoin quantité d'observations déjà consignées dans la science. Écoutez d'ailleurs les malades qui ont pris la syphilis par l'amygdale vous raconter leur histoire; je mets en fait que, dans un tiers, peut-être dans la moitié des cas, ils vous édifieront sur le point en question par le petit récit suivant, que, pour ma seule part, j'ai entendu bien des fois : « J'avais depuis quelque temps mal à la gorge. Ennuyé de cela, j'allai trou-

ver un médecin qui m'examina et me dit : « Vous n'avez rien de mauvais; vous avez un *mal de gorge ordinaire*, dont vous serez bientôt guéri avec quelques gargarismes ». Puis, voilà que, quelques semaines plus tard, mon corps s'est criblé de boutons. On m'a dit alors que j'avais la vérole ! Et, en recherchant le pourquoi de cette vérole, on a reconnu que j'avais gagné le mal par la gorge, que j'avais eu un chancre à l'amygdale. »

Ainsi, voilà un fait qui s'impose brutalement et qui ne supporte pas discussion. Pour un tiers, pour la moitié des cas, alors qu'on fait erreur sur le chancre amygdalien, on fait erreur en substituant au diagnostic vrai de chancre le diagnostic faux de « mal de gorge ordinaire ». C'est l'angine, l'angine simple, l'esquinancie vulgaire, qui se trouve prendre lieu et place du chancre. Cela, direz-vous, est à n'y pas croire. Eh bien, il faut y croire, vous répondrai-je; car, de par la clinique, de par l'expérience, cela est, c'est un fait.

Expliquez maintenant ce fait comme vous l'entendrez. Dites, par exemple, que le médecin qui s'est trompé de la sorte s'est trompé parce qu'il a mal examiné son malade et qu'il l'a mal examiné pour une raison ou pour une autre; dites qu'il s'est trompé parce qu'il ne disposait pas d'un éclairage suffisant, parce qu'ayant constaté l'amygdalite il s'en est tenu là et n'a vu que la moitié de ce qu'il y avait à voir, ou bien encore parce que, bien qu'ayant tout vu, il s'est laissé donner le change par un de ces exsudats qui sont communs à nombre d'angines. A votre guise ! Toutes ces raisons sont plausibles. Mais il n'en subsiste pas moins que l'erreur a été commise et commise de la façon que j'ai dite, à savoir qu'un chancre a été pris pour un mal de

gorge vulgaire. Eh bien, cela, on ne l'imaginerait pas *a priori*, et il faut vraiment que l'expérience affirme un tel fait pour qu'on y accorde créance.

Évidemment il n'y a pas ici matière à un diagnostic différentiel. Allez donc mettre en parallèle un chancre et un mal de gorge vulgaire! Tout est d'enregistrer en ses souvenirs le fait paradoxal que je viens de mentionner, à savoir qu'*un chancre amygdalien peut échapper à l'attention sous le couvert d'une angine banale.* Prévenu de la possibilité d'une telle erreur, on sera mis en garde de l'éviter.

III. — En dehors des cas précédents, qui constituent des erreurs par inadvertance ou examen insuffisant, il en est d'autres où le médecin, quoique ayant tout vu et bien vu, n'en reste pas moins exposé à diverses méprises, et cela en raison des analogies cliniques que peut affecter le chancre avec telles ou telles lésions amygdaliennes. Les cas de cet ordre méritent seuls les honneurs d'un diagnostic différentiel. Voyons quels ils sont.

1. — En première ligne, par ordre de fréquence, citons ici la *plaque muqueuse* amygdalienne, laquelle est bien faite pour donner le change. Et, en effet, rien de plus semblable quelquefois à un chancre amygdalien de forme érosive qu'une plaque muqueuse de même siège, consistant comme ce chancre en une lésion érosive, superficielle, arrondie ou ovalaire, plate ou inégale de fond, tantôt rouge ou rougeâtre, tantôt grise, cendrée, opaline, etc. L'état objectif est ou peut être identiquement le même de part et d'autre. Au point que bien souvent les observateurs les plus experts ne sauront à simple vue s'ils ont affaire à un chancre ou à une

plaque muqueuse. Le diagnostic différentiel, en l'espèce, résidera uniquement dans les quelques considérations suivantes :

1° *Induration* de surface. — Constante, ou bien peu s'en faut, avec le chancre; — nulle avec la plaque muqueuse.

2° *Adénopathie.* — Absolument constante avec le chancre; — le plus souvent nulle avec la plaque muqueuse.

Il est bien vrai que des adénopathies peuvent se développer au voisinage et par le fait de syphilides secondaires; mais ces adénopathies n'ont pas en général l'ampleur et l'importance du bubon satellite; on n'y trouve pas surtout le gros ganglion direct et prédominant, le « *ganglion chef* » de la pléiade symptomatique du chancre.

3° *Chronologie morbide.* — Le chancre est toujours un accident *d'exorde*, antérieur à tous les autres, et préludant d'au moins plusieurs semaines aux manifestations ultérieures les plus précoces. — La plaque muqueuse, au contraire, n'est qu'un accident *consécutif;* de plus, elle est presque toujours contemporaine d'autres manifestations de forme secondaire.

4° Enfin, la *cautérisation*, comme l'a remarqué Diday, pourrait au besoin servir de critérium diagnostique. S'agit-il d'une plaque muqueuse, il suffira pour la guérir de la toucher une ou deux fois soit avec le crayon de nitrate d'argent, soit avec le nitrate acide de mercure; tandis que le chancre résistera bien plus opiniâtrement à l'action de ces caustiques.

II. — Le chancre de forme ulcéreuse a pu en imposer pour des *syphilides tertiaires,* pour des *ulcérations*

gommeuses, comme en témoignent, par exemple, deux observations de Legendre et Launois[1]; et cela de par son aspect objectif, son excavation apparente, son fond bourbillonneux ou grisâtre, son induration fortement accentuée, etc.

Mais ici encore l'erreur résultant d'analogies objectives sera aisément rectifiée en général, et cela :

1° par l'examen des ganglions (avec le chancre, adénopathie constante et bien formulée; — avec les lésions gommeuses, pas d'adénopathie, pour la très grande majorité des cas; ou bien, exceptionnellement, adénopathie de voisinage, mais adénopathie presque toujours monoganglionnaire et n'ayant pas les caractères du bubon satellite);

2° par la chronologie des accidents, chronologie très différente de part et d'autre, le chancre servant d'exorde même à la série morbide, et la lésion gommeuse ayant derrière elle, bien au contraire, tout un passé de syphilis.

III. — Fait autrement curieux et plus inattendu, on s'est quelquefois trompé sur le compte du chancre amygdalien en le prenant pour une *angine couenneuse*. Trois raisons rendent compte d'une telle erreur : l'aspect couenneux que revêt parfois ce chancre; — l'intensité des troubles fonctionnels qui l'accompagnent; — et aussi l'addition à la scène locale de symptômes généraux plus ou moins accentués.

Plusieurs exemples de méprises de cet ordre ont été déjà relatés. Mais je n'en connais guère de plus typique que le suivant.

Un de nos confrères, qui eut le malheur de con-

1. V. mémoire cité de Legendre.

tracter un chancre amygdalien, se trompa absolument, à l'origine, sur la nature de cet accident. Il se crut affecté d'une angine couenneuse, et cela pour un double motif : parce que, d'abord, sa lésion gutturale était couenneuse d'aspect; et, en second lieu, parce qu'il avait eu quelque temps auparavant plusieurs angines couenneuses dans sa clientèle. Mais ce n'est pas tout. Ce médecin était lié d'amitié avec un syphiligraphe à coup sûr des plus distingués. Inquiet de son mal, il alla consulter son ami, qui l'examina avec grand soin à plusieurs reprises et, lui aussi, diagnostiqua une « angine pseudo-membraneuse ».

Il y a donc, en pareil cas, vous le voyez, possibilité d'erreur, même pour des médecins de compétence non douteuse. Toutefois, le plus souvent, le diagnostic sera éclairé par diverses considérations que j'ai résumées dans le tableau suivant :

ANGINE COUENNEUSE COMMUNE.	CHANCRE AMYGDALIEN PSEUDO-MEMBRANEUX.
I. — *Invasion soudaine*, brusque, et *à grand fracas*. D'un jour à l'autre, passage sans transition de l'état de santé à l'état de maladie, et de maladie à allures importantes (frisson initial, céphalalgie parfois très intense, température dépassant d'emblée 39°, courbature, etc.) Quelquefois, mais bien rarement, possibilité de constater sur la surface amygdalienne, au début même de l'affection, une *éruption vésiculeuse* à vésicules intactes.[1]	I. — Invasion initialement *torpide*, presque silencieuse. Tout d'abord, rien qu'un « petit mal de gorge »; plus tard, seulement, phénomènes angineux, avec réaction générale.

1. « Si l'on a la bonne fortune de pouvoir explorer les amygdales *tout*

II. — *Bilatéralité* fréquente des lésions.

III. — *Symptômes locaux* vivement *inflammatoires* : rougeur et tension des parties, douleurs, brûlure à la gorge, dysphagie, etc.

IV. — *Symptômes généraux* très accentués : fièvre (39 à 40°) ; cortège nombreux de troubles sympathiques : inappétence, état saburral, céphalalgie parfois très intense, courbature, abattement, etc.

V. — Deux signes contingents :

1° Quelquefois (mais bien rarement) *contour festonné, polycyclique*, de la fausse membrane, comme vestige de l'éruption herpétique initiale.

2° Plus souvent, *coïncidence d'herpès*, soit sur la muqueuse buccale (langue, palais, lèvres), soit à la peau.

VI. — *Adénopathie* faisant souvent défaut ; — en tout cas, peu développée et de caractère seulement fluxionnaire.

VII. — *Évolution* hâtive, remarquablement aiguë. La maladie « tourne court » au bout de quatre à cinq jours (Bourges), puis s'éteint.

II. — *Unilatéralité* de lésions (sauf exceptions tout à fait rares).

III. — Symptômes angineux d'intensité moyenne le plus souvent, et ne dépassant ce degré qu'en certains cas assez rares.

IV. — Symptômes généraux d'intensité simplement moyenne dans la majorité des cas, ne dépassant ce degré qu'en certains cas assez rares.

Exceptionnellement, coïncidence d'herpès, par exemple sur l'amygdale du côté opposé à la lésion.

VI. — Adénopathie *constante*. Et, de plus, adénopathie comportant les caractères du bubon satellite, comme aphlegmasie, indolence, dureté spéciale, etc.

VII. — Évolution bien autrement lente. Durée plus longue de l'état pseudo-membraneux, auquel survit l'érosion ou l'ulcération chancreuse.

à fait au début de la maladie, on peut quelquefois constater sur leur muqueuse rouge et gonflée, ou sur celle du voile du palais, quelques *vésicules* grosses comme un grain de millet. Ces vésicules sont claires, transparentes, proéminant légèrement. Dès qu'elles se rompent, on voit à leur place une très petite ulcération, à côté de laquelle s'élèvent de nouvelles vésicules provenant d'une poussée plus récente.

« Mais ce stade vésiculeux est tellement *précoce* et tellement *court qu'on*

IV. — Pour des raisons toutes semblables (car il n'est qu'un pas de l'angine couenneuse à l'angine diphthéritique en tant que caractères d'objectivité), le chancre pseudo-membraneux de l'amygdale a pu être confondu avec l'angine de la diphthérie. Legendre, par exemple, a relaté un cas des plus curieux où, dit-il, « l'aspect de l'amygdale, le facies du malade, l'adénopathie (plus diffuse qu'elle ne l'est d'ordinaire par retentissement d'un chancre syphilitique) étaient autant de raisons qui militaient pour le diagnostic d'angine diphthéritique ou tout au moins pour la vraisemblance de cette hypothèse » ; et cependant, il ne s'agissait que d'un chancre, comme le démontra l'évolution morbide[1].

Trois signes (sans parler de quelques autres d'importance moindre) fixeront ici le diagnostic.

1° *Unilatéralité*, cantonnement et *fixité* de la lésion, au cas de chancre.

Tout au contraire, au cas de diphthérie, *bilatéralité* des lésions membraneuses; — de plus, *diffusion* rapide et même parfois généralisation du processus diphthéritique à toute la gorge, puis au larynx, etc.

n'a presque jamais l'occasion de l'observer, et il est pour ainsi dire inutile de rechercher les vésicules pour confirmer son diagnostic. »

H. Bourges. Les angines pseudo-diphthériques, *Semaine médicale*, 10 juillet 1895.

1. « Nous avons vu, dit Legendre, des malades porteurs de chancre de l'amygdale aboutir à un état général vraiment très peu satisfaisant (obs. I et II), état parfois même d'apparence si *infectieuse* que l'idée de la diphthérie venait de suite à la pensée de gens habitués à observer des diphthéritiques. » (Mém. cité.)

V. de même : A. Robin, De la syphilis amygdalienne à forme diphthéroïde. Leçon recueillie par V. Juhel-Renoy, 1886;

E. Jeanselme, De l'arrière-gorge et de l'amygdale en particulier, considérées comme portes d'entrée des infections, *Gazette des hôpitaux*, 25 janv. 1890;

Duncan Bulkley, *Trans. med. soc. of the State of New-York*, 1893;

Pr Dieulafoy, Le chancre de l'amygdale, *Semaine médicale*, 3 avril 1895.

2° *Évolution morbide.* — Avec le chancre, état diphthéroïde précédé d'un mal de gorge plus ou moins ancien, pouvant dater de quelques semaines. — Avec la diphthérie, état pseudo-membraneux presque d'emblée, comme phénomène initial ou précoce de la maladie.

3° Critérium formel fourni par les *cultures.* — En cas de doute, on se hâtera de procéder à des ensemencements, qui révéleront ou non, à brève échéance, le bacille de Loeffler.

v. — Enfin, je mentionnerai comme susceptible de simuler le chancre amygdalien une affection encore très peu connue, non décrite dans les classiques et que, provisoirement, j'ai baptisée du nom d'*amygdalite lacunaire* ou *caverneuse*[1]. Cette affection (que je me borne à signaler ici sans la décrire) consiste en des ulcérations d'origine encore absolument indéterminée, qui se produisent sur les amygdales. Quand elles sont notablement profondes, elles excavent l'organe « en géode », et prennent exactement l'aspect d'une gomme en voie d'élimination ulcérative. Sont-elles moins creuses, elles peuvent revêtir l'aspect du chancre. J'ai vu déjà deux cas où des lésions de cet ordre présentaient une ressemblance vraiment frappante avec le chancre ulcéreux de l'amygdale.

Mais l'absence d'adénopathie, tout d'abord, et, plus tard, l'évolution morbide suffisent amplement en l'es-

1. C'est là, très vraisemblablement, la même affection qui a été signalée et décrite par M. le Dr Moure (de Bordeaux) sous le nom d'*amygdalite lacunaire ulcéreuse aiguë.* S'il en est ainsi, tous droits de priorité reviennent à mon honoré confrère, puisqu'en dehors de mes leçons cliniques je n'ai rien publié sur la question.

M. le Dr Mendel, un de mes anciens internes, vient aussi de consacrer un intéressant mémoire à cette curieuse affection amygdalienne, qu'il qualifie du nom d'*amygdalite ulcéreuse chancriforme.*

pèce à déterminer le diagnostic, du moins en ce qui concerne le chancre.

Evolution, durée, complications. — L'évolution du chancre amygdalien est celle du chancre syphilitique en général. Rien de spécial à en dire.

Sa durée varie suivant les formes : cinq semaines, en moyenne, pour les formes bénignes; deux mois environ et quelquefois plus, pour les formes ulcéreuses, étendues.

Absence de complications *locales*, tel est le fait de beaucoup le plus habituel. Cependant, on a signalé quelquefois une certaine tendance à l'ulcération, à l'envahissement, ou bien encore à des formes malignes (état pultacé, gangrène, phagédénisme). Dans un cas de M. le docteur Mauriac, par exemple, un chancre amygdalien « devint pultacé, puis gangréneux, avec *tendance* au phagédénisme, en s'accompagnant de troubles fonctionnels de l'angine la plus aiguë et la plus douloureuse ». Mais jamais — à ma connaissance tout au moins — de telles menaces ne se sont réalisées; jamais le chancre n'a abouti à détruire l'amygdale et à se déverser sur les organes voisins.

Il en est tout différemment pour ce qui concerne les complications d'ordre général. Nous avons vu dans ce qui précède le chancre amygdalien déterminer parfois certains troubles réactionnels et sympathiques, voire des plus accentués : frissons, élévation de température, accélération du pouls, malaise de tout l'être, anorexie, courbature, céphalalgie, affaissement, adynamie, petitesse du pouls, etc. Or, de tels accidents — je ne puis m'empêcher de le répéter encore — constituent, à coup sûr, une anomalie, une exception dans la symptomatologie du chancre syphilitique, lésion par excellence

froide, aphlegmasique, apyrétique. Si bien que le petit orage infectieux ou quasi-infectieux qui résulte de ces complications d'ordre général doit être considéré comme une particularité des plus insolites, des plus étranges et même, le mot n'a rien d'exagéré, des plus *extraordinaires*.

Traitement. — Nous ne disposons que de moyens thérapeutiques d'influence bien restreinte contre le chancre amygdalien. Fort heureusement cela lui suffit pour aboutir à guérison.

A ne parler que des agents locaux, on prescrira ceci :

Dans la période d'augment ou d'état : gargarismes, ou plutôt bains de bouche émollients avec décoction de guimauve, de guimauve et de pavot, eau glycérinée, etc. Pour avoir quelque efficacité, ces bains de bouche devront être répétés fréquemment et prolongés plusieurs minutes. — Pulvérisations émollientes, tièdes, renouvelées deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures.

Dans une période plus avancée, gargarismes au borate de soude ou bien au chlorate de potasse; — badigeonnages au collutoire boraté (glycérine pure, 30 grammes, et borate de soude, 10 grammes).

En cas de douleurs vives, gargarismes additionnés d'une petite quantité d'opium, ou badigeonnages à la cocaïne; — pastilles au chlorhydrate de cocaïne, etc.

S'il paraît opportun de modifier l'état des surfaces, attouchements quotidiens ou bi-quotidiens avec la teinture d'iode ou avec la teinture alcoolo-éthérée ou chloroformo-éthérée d'iodoforme à saturation; — cautérisations au crayon de nitrate d'argent tous les trois ou quatre jours.

Ces cautérisations au crayon sont encore utiles dans

la dernière période du chancre, alors que la cicatrisation languit et traîne en longueur.

Bien entendu, comme pour tous les chancres de la cavité buccale, alimentation liquide ou demi-liquide, n'exigeant aucun effort de mastication et de déglutition : lait, potages, soupes, jus de viande, hachis de viande, purées, crèmes, etc. — Dans les formes aiguës, douloureuses, éréthiques, le lait est seul supporté pour un certain temps.

CHANCRE DE LA PITUITAIRE. — CHANCRE DES NARINES.

A l'étude du chancre de la muqueuse buccale je ferai succéder immédiatement celle du chancre des deux autres muqueuses faciales, la pituitaire et la conjonctive.

Les chancres de la pituitaire (dont on ne saurait distraire les chancres des narines) sont extrêmement rares. Je n'en compte que 5 dans ma statistique de ville. Un interne de Lyon, M. Chapuis, qui vient de publier un très intéressant travail sur ce sujet[1], n'a pu en réunir que 22 cas dans toute la science.

Étiologie. — Un premier point à signaler en tête de

1. V. *Gazette des hôpitaux*, 13 oct. 1894. — Cette excellente monographie contient un historique si complet de la question qu'il me dispensera de toute indication bibliographique.

Tout récemment, M. le Dr Juliano Moreira (de Bahia) vient de publier un cas très intéressant de chancre de la *cloison*, ayant servi d'origine, sur un sujet saturnin, à une syphilis maligne. (V. *Annales de derm. et de syph.*, juin 1895, p. 521.)

ce chapitre, c'est que l'étiologie du chancre de ces régions reste le plus souvent *impénétrable* et tout à fait mystérieuse. Cela ressort de la lecture des observations. Cela résulte aussi de mon expérience personnelle. C'est presque toujours en pure perte que je me suis évertué à chercher une cause plausible à la contagion. Pour la grande majorité des cas, on en reste à ignorer, même après longue et scrupuleuse enquête, d'où a pu procéder cette contagion. Trois de mes clients de la ville, gens fort intelligents, n'ont cessé de m'affirmer qu'ils étaient les premiers à ne pas savoir « comment cela leur était venu » et que l'origine de leur mal restait pour eux « incompréhensible ». Il est donc à croire que le chancre nasal résulte le plus souvent de cet ordre de contagions *de pur hasard* dont je vous parlais précédemment et vis-à-vis desquelles toute recherche rationnelle perd ses droits.

En certains cas, cependant, le mécanisme de la contagion a pu être découvert — ou supposé tout au moins avec quelque vraisemblance. Ainsi, il paraît avéré que cette contagion peut dériver de trois origines, à savoir : contact direct; — transport du contage par les doigts; — contamination médiate. — Quelques détails.

I. — La contagion *directe* résulte le plus souvent du baiser ou d'une caresse linguale; — parfois aussi, chez l'homme, d'un contact génito-facial.

Dans un cas relaté par Spencer Watson, elle a dérivé d'une succion exercée par un nourrisson syphilitique sur le bout du nez d'une nourrice.

Dans un autre cas, elle a été le produit d'une morsure[1].

1. V. Guignard, *Contribution à l'étude des chancres syphilitiques extra-génitaux*, Thèses de Paris, 1882.

Un de nos confrères a la certitude, m'a-t-il affirmé, d'avoir contracté un chancre de la pituitaire pour avoir reçu d'un de ses clients une projection de salive dans les fosses nasales, au moment où il lui cautérisait des plaques muqueuses de la gorge.

II. — D'autres fois la contagion a été portée aux fosses nasales par les *doigts* chargés du contage spécifique. Exemples :

Un homme marié se laisse entraîner un soir chez une fille publique. Là, pris subitement « de la peur d'attraper un mauvais mal », il n'ose se livrer au coït, mais ne s'abstient pas toutefois de quelques attouchements vulvaires. Six semaines plus tard, il vient me consulter pour « un bouton qu'il a dans le nez », bouton qui n'était autre qu'un chancre de la cloison, comme l'événement l'a démontré, Or, plus de vingt fois depuis lors il m'a répété ceci : « Je suis bien certain d'avoir contracté la syphilis dans la fâcheuse rencontre que je vous ai contée, car je ne m'étais exposé de vieille date à aucun autre risque; et je suis non moins certain de l'avoir contractée *par mes doigts*, cela pour les deux raisons que voici : c'est, d'abord, que j'avais négligé de me laver les mains en sortant de chez la fille en question; c'est, de plus, qu'à cette époque j'avais depuis quelque temps une petite éraillure du nez que je m'égratignais sans cesse et que j'ai dû sûrement inoculer avec mes doigts. »

Un de nos confrères s'est très vraisemblablement inoculé de la même façon « pour avoir égratigné avec ses doigts un petit bouton d'acné qu'il portait à la narine, après avoir manipulé des plaies syphilitiques ».

Le Dr Jullien a relaté un fait se résumant en ceci : Un charretier avait reçu plusieurs blessures au nez. Ces

blessures n'étaient pas encore cicatrisées lorsqu'il lui arriva de passer une nuit avec une femme sur laquelle il se livra, sans parler du coït, à des attouchements prolongés. Trois semaines plus tard, il était affecté de trois chancres, à savoir : un à la verge, et deux au nez; or, ces deux derniers étaient exactement localisés sur les points qui avaient été le siège des traumatismes.

Indépendamment de ces quelques faits et d'autres semblables que j'aurais à produire, deux considérations concourent encore à attester la possibilité d'un transport de la contagion à la muqueuse nasale par l'intermédiaire des doigts.

C'est, d'abord, que le chancre nasal est presque toujours une lésion du *seuil* même des fosses nasales, c'est-à-dire une lésion greffée sur des points qui peuvent être touchés et inoculés par les doigts.

C'est, en second lieu, que très fréquemment (comme le démontrent les observations) il a pour antécédent, pour prélude, quelqu'un de ces petits « bobos » qui sont si communs aux narines et au vestibule nasal, à savoir : folliculites, acnés, pustulettes innominées (dues sans doute au staphylocoque), éraillures, gerçures, impétigo, etc. On connaît l'habitude commune, instinctive, irrésistible, qui fait qu'on se gratte, qu'on « s'épluche », qu'on s'écorche le nez, alors qu'on est affecté de telle ou telle de ces insignifiantes, mais agaçantes lésions. Qu'à ce moment les doigts soient entachés du contage spécifique, tout naturellement et presque forcément, ils le transporteront au nez.

III. — Enfin, ce sont quelquefois des *contagions médiates* qui ont porté le contage syphilitique au nez ou dans le nez, et cela par des intermédiaires de tout ordre : mouchoirs, linges sales, serviettes, éponges, canules, eau

de toilette venant de servir à un sujet syphilitique (Neumann), etc., etc.

N'oublions pas enfin le rôle qu'ont joué plus d'une fois les instruments de chirurgie dans les contaminations de cet ordre : stylets explorateurs, speculums, cathéters, sonde d'Itard.

Dans la célèbre épidémie de syphilis par *cathétérisme de la trompe d'Eustache* qui sévit à Paris il y a une trentaine d'années, comme dans tous les cas de même genre, des inoculations ont dû nécessairement être portées par le cathéter soit dans les fosses nasales, soit dans le naso-pharynx[1]. Seulement, les chancres dérivant de telles inoculations n'ont pas été constatés, et pour cause; on n'en a vu que les bubons symptomatiques et les accidents ultérieurs.

Siège. — D'après le siège on distingue ici tout naturellement :

1° Des chancres *vestibulaires*, occupant soit la sous-cloison, soit le segment externe de la narine, soit l'une ou l'autre des commissures narinaires.

On a vu certains chancres décrire une couronne complète ou (plus souvent) incomplète sur le pourtour de l'orifice nasal.

2° Des chancres de la *pituitaire*, affectant soit la face interne de l'aile du nez, soit, bien plus fréquemment, la cloison.

Ces chancres ne sont jamais profondément situés; ou plutôt, disons mieux, on n'en a pas reconnu jusqu'à ce jour de profondément situés, sans doute parce qu'on ne sait pas encore éclairer d'une façon suffisante les

1. V. la bibliographie des syphilis dérivées de cette contagion spéciale dans le livre si souvent cité de Duncan Bulkley (*Syphilis in the innocent*), p. 234.

départements un peu reculés des fosses nasales. Tous ceux que l'on a distingués et décrits quant à présent sont des chancres de localisation *antérieure*, résidant au seuil même des cavités nasales.

Notre distingué collègue le Dr Gémy a vu un chancre siéger exactement à la réunion de la portion cartilagineuse avec la portion osseuse de la cloison.

Sur l'un de mes clients, j'ai *cru* apercevoir (et non sans peine) le segment inférieur d'un chancre très haut placé, qui siégeait dans la partie antérieure du nez, un peu au-dessous du bord inférieur des os propres.

Nombre. — A une seule exception près, l'unicité a été jusqu'ici la règle pour tous ces chancres.

Formes cliniques. — A son début et dans ses premiers temps le chancre intra-nasal passe toujours inaperçu du médecin, et cela pour la bonne raison qu'à cette époque il n'éveille pas d'inquiétudes et n'est pas fait pour en éveiller. C'est alors « un bobo », auquel l'attention ne s'arrête pas.

D'après le témoignage des malades, il ne consisterait — et ne doit en effet consister — à ce moment qu'en une petite éraillure, une « gerçure » de la muqueuse, ou bien en un « bouton » granuleux, rouge, ne tardant pas à s'encroûter. En tout cas, c'est une lésion minime, presque insignifiante, indolore, sensible seulement au toucher et aux égratignures qui ne lui font pas défaut.

Plus tard et dans son stade adulte, ce chancre se présente sous trois formes objectives, qui peuvent être décrites sous les noms suivants : forme érosive ; — forme néoplasique ; — forme croûteuse ou impétigineuse.

1° *Forme érosive.* — Celle-ci répond exactement au type classique de l'érosion chancreuse, par exemple de l'érosion chancreuse génitale.

Avec ou sans le secours d'un dilatateur, d'un *speculum nasi*, on la voit constituée par une surface érosive et même parfois superficiellement érosive; — d'étendue variable entre les dimensions d'une grande lentille et celles de l'ongle du petit doigt ou de l'index; — arrondie ou, plus souvent, ovalaire; — plane; — sans bords; — d'un rouge carminé soit uniforme, soit semé de points grisâtres, ou bien, inversement, grisâtre avec pointillé rouge; — à base naturellement inexplorable.

Cette lésion est indolente ou ne détermine que de légères cuissons alors qu'on la déterge ou surtout alors qu'elle est excitée, irritée par le grattage. — Elle saigne légèrement quelquefois, mais jamais spontanément, toujours à la suite de provocations, d'égratignures déterminées par les ongles.

C'est là par excellence la forme bénigne du chancre intra-nasal, celle dont les malades ne s'inquiètent pas et qui, conséquemment, a toutes chances pour rester méconnue[1].

2° *Forme néoplasique.* — Très différente de la première comme objectivité. — Constituée, en effet, par un chancre *en saillie*, formant sur la cloison (son siège presque exclusif) un mamelon, une tubérosité bourgeonnante, parfois même une véritable petite tumeur néoplasique.

Suivant le degré de développement de cette saillie, on peut distinguer ici un chancre papuleux et un chancre papulo-hypertrophique.

Le *chancre papuleux* est représenté par une papule assez exactement comparable comme forme et comme proportions à la vulgaire *pastille* de menthe ou de

1. V., comme exemple, un cas publié par le Dr Morel-Lavallée (*Annale. de dermat. et de syphil.*, 1888.).

chocolat. On dirait une pastille rouge déposée sur la cloison.

Cette papule est érosive de surface; — convexe, et quelquefois convexe avec plateau central; en tout cas, faisant à son centre un relief de deux à trois millimètres; — uniformément rouge ou semée d'enduits grisâtres; — rénitente et presque dure au toucher.

Le *chancre papulo-hypertrophique* ne diffère du type précédent que par les proportions du néoplasme, lequel devient comparable au tiers ou à la moitié d'une noisette, voire, en certains cas tout à fait rares (comme celui du Dr Marfan[1]), à une noisette.

Implantée sur la cloison, cette production morbide constitue alors, réellement, une petite tumeur, irrégulièrement hémisphérique ou semi-ovoïde; — mesurant environ un à deux centimètres de diamètre, avec un relief de quatre, cinq, six millimètres; — et rappelant assez bien comme forme, ainsi qu'on l'a dit, « le chapeau d'un tout petit champignon[2] ».

Rouge de surface, exulcérée ou véritablement ulcéreuse, parfois même d'aspect fongueux, elle peut donner l'impression d'un néoplasme malin.

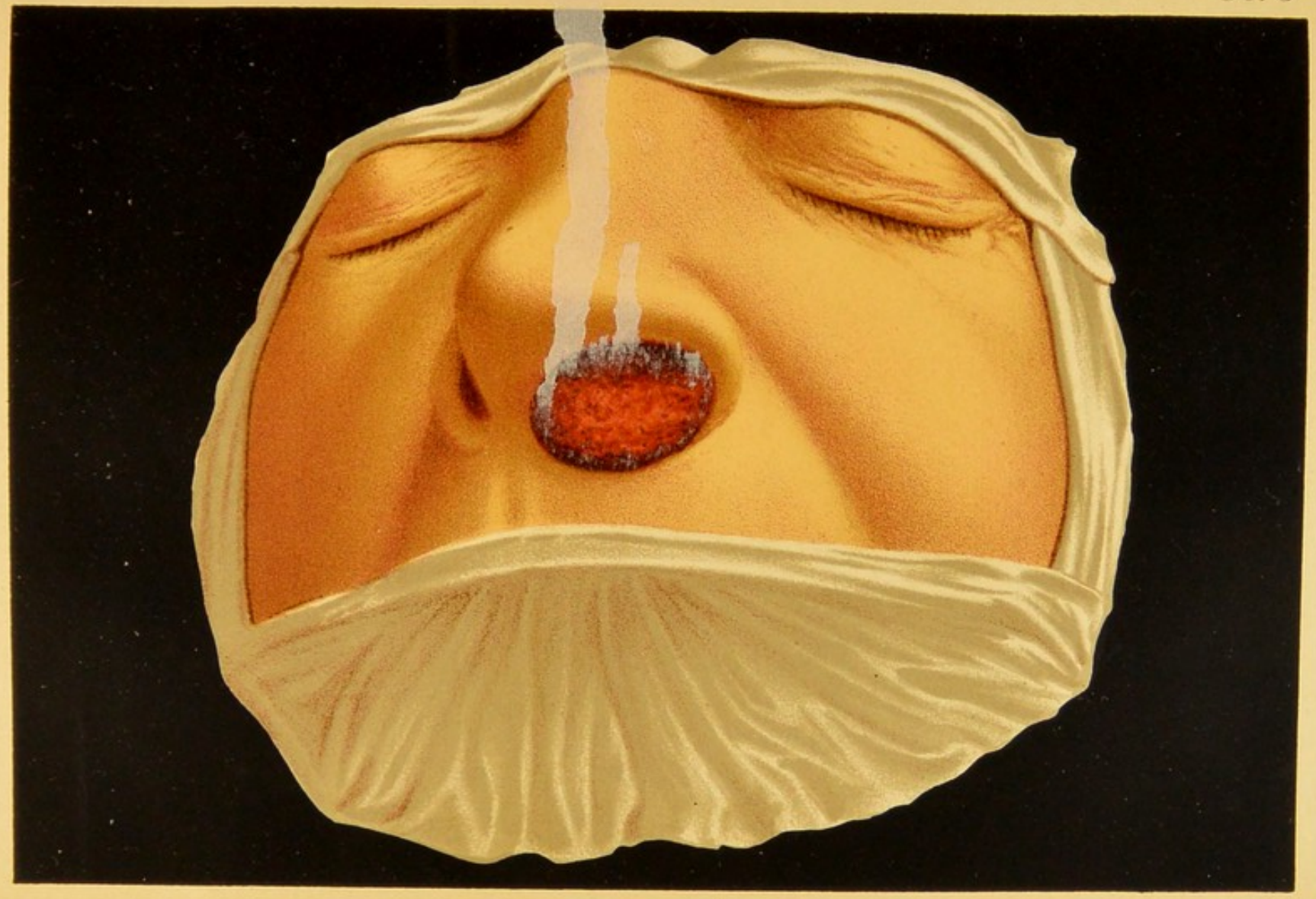
Toujours elle fournit au doigt introduit dans les fosses nasales une sensation de rénitence, de dureté nette et sèche, voire, a-t-on dit, de dureté cartilagineuse.

Enfin, en raison de son volume, elle peut, alors qu'elle devient tout à fait exubérante, oblitérer partiellement ou complètement la fosse nasale correspondante[3].

1. V. *Annales de dermat. et de syphil.*, 1890, p. 499.

2. V., comme exemple, une intéressante observation du Dr Moure, reproduite dans la thèse du Dr Lebart. (*Le chancre primitif du nez et des fosses nasales*, Thèses de Paris, 1894.)

3. Dans un cas relaté par le Pr Gémy, la narine gauche se trouvait



Chancre syphilitique de la narine (forme hypertrophique)

ROYAL MEDICAL & CHIRURGICAL SOCIETY
6 NOV
1883

— On l'a même vue, dans un cas, faire saillie dans le vestibule, à la façon d'un polype.

3° *Chancre croûteux, impétigineux*[1]. — Cette forme appartient exclusivement aux chancres situés près de l'orifice des narines. Elle est des plus insidieuses pour le diagnostic.

Et, en effet, elle ne consiste objectivement qu'en ceci : une *croûte*, laquelle sert de revêtement et de masque à l'érosion chancreuse sous-jacente. — Détachée, cette croûte laisse à nu le chancre, qui apparaît alors sous la forme érosive ou papuleuse.

A noter, comme détails, que ladite croûte, au lieu d'être ce qu'elle est usuellement dans les chancres cutanés, à savoir régulière, lamelleuse, « tout d'une pièce », se présente sous un aspect quelque peu différent. En raison des arrachements partiels qu'elle subit incessamment de la part des ongles, elle est irrégulière, inégale, plutôt composée par des segments croûtelleux juxtaposés et de divers âges que par une incrustation homogène. De formation toujours plus ou moins récente, elle n'atteint jamais une grande épaisseur.

Pour le même motif, elle est variable de teinte : brune le plus souvent; — quelquefois jaunâtre et presque impétigineuse de ton; — quelquefois noirâtre et presque noire, par addition aux produits de concrescence d'une notable quantité de sang provenant des égratignures.

En tout cas, alors qu'elle est située à l'orifice du nez, elle ne manque jamais de rappeler ces exsudats croûteux qui sont si communs en ce siège, spécialement

« obturée » par un chancre hypertrophique, au point de permettre à peine le passage d'une sonde. (*Annales de dermat. et de syphil.*, 1890, p. 571.)

1. V. Musée de l'hôpital Saint-Louis, pièce n° 355, Collect. partic.

chez les jeunes sujets lymphatiques ou scrofuleux. Rappelez-vous à ce sujet le cas de ce petit enfant qui dernièrement nous fut amené ici pour une lésion croûteuse occupant la commissure postérieure de l'une des narines. Cette croûte, d'un jaune un peu brunâtre, n'était que le revêtement d'un chancre, dont vous avez vu les suites. Or, depuis plusieurs semaines, l'enfant était traité en ville comme affecté d'un simple impétigo scrofuleux.

Tel se présente le chancre nasal quant à ses caractères objectifs. Quelques mots maintenant sur ses troubles fonctionnels et ses complications.

Troubles fonctionnels. — Très variables suivant les formes. — Décrivons seulement les formes extrêmes, entre lesquelles viendront prendre place les nombreux cas intermédiaires.

Ces troubles sont pour ainsi dire nuls dans les formes purement érosives, ou bien ne consistent qu'en ceci : ardeur locale, cuissons passagères, sensation d'une certaine gêne, avec démangeaison invitant au grattage.

Dans les formes papuleuses et surtout papulo-hypertrophiques, symptômes notablement plus accentués : cuissons plus intenses, démangeaisons plus vives, qui sans doute sont bien moins le fait du chancre que des irritations surajoutées au chancre par le mouchage, par les égratignures, par les écorchures, comme aussi par les inoculations secondaires dérivant des multiples microbes qui peuplent les fosses nasales; — suintement notable, bien que toujours peu abondant, sanieux, quelquefois strié de sang, et provenant, lui aussi, bien moins du chancre que du coryza symptomatique; — et surout phénomènes d'obstruction hémi-nasale, à savoir : enchifrènement; gêne locale et gêne d'obstruction; —

léger nasonnement; — difficulté de respiration par l'une des narines; — respiration ne se faisant bien que la bouche ouverte; — sommeil la bouche ouverte[1], etc.

Exceptionnellement on a observé : des douleurs névralgiques, irradiant dans la moitié de la tête du côté affecté (Moure); — quelques symptômes de réaction fébrile, avec malaise, courbature, et certain degré d'affaissement.

Complications. — Une seule à noter, mais celle-ci très essentielle à connaître, parce qu'elle peut facilement donner le change en modifiant l'aspect extérieur et en devenant, quant aux phénomènes objectifs, la lésion prédominante.

Elle consiste en ceci : *lymphite en nappe,* voire parfois *lymphite érysipélatoïde*, s'étalant sur la surface extérieure du nez, où elle se traduit par une rougeur très accentuée des téguments, une tuméfaction notable de l'organe, et une sensibilité vive au moindre attouchement.

Le nez, d'abord, gonfle et rougit au niveau de son lobule et de ses ailes, comme il le fait, par exemple, à propos de ces petits furoncles ou de ces folliculites suppuratives qui se produisent fréquemment dans le vestibule. Puis, cette suffusion rouge va se propageant et finit par s'étaler sur tout le nez; elle peut même le déborder en se déversant sur le département interne des joues.

Ainsi, dans un cas de Chapuis, relatif à un chancre de la narine, « les deux tiers inférieurs du nez étaient déformés par une infiltration œdémateuse, lisse, luisante et dure. Le lobule formait une masse arrondie; les ailes

1. V., comme exemple, une observation du Dr Poncet. (*Annales de dermat. et de syphil.*, 1881, p. 115.)

du nez étaient épaissies et élargies; la sous-cloison était abaissée. Sur toute cette région s'étendait une teinte rose sombre, livide ou plutôt violacée, lie de vin. Si bien que le malade, honteux de sa figure, n'osait plus se montrer dans la rue[1] ».

Et c'était bien pis encore dans un cas de chancre de la narine qu'a récemment relaté mon collègue et ami le Dr G. Thibierge : « Non seulement la narine gauche, très élargie et considérablement tuméfiée, formait avec le lobule une masse résistante et presque cartilagineuse; non seulement le nez était hypertrophié en totalité et couvert d'une rougeur livide; mais encore la lèvre supérieure se présentait augmentée de volume, et la rougeur se prolongeait sur les deux joues, en remontant jusqu'à l'insertion des paupières qui étaient œdématiées.... En sorte que l'impression première, à la vue d'une telle lésion, était celle d'un *érysipèle*[2]. »

Pour importantes et menaçantes qu'elles soient en apparence, ces complications lymphangitiques et pseudo-érysipélateuses ne présentent rien de grave. Traitées, et cela même de la façon la plus simple, elles s'évanouissent rapidement.

En sorte qu'au total les chancres du vestibule nasal et de la pituitaire restent exempts de tout accident sérieux. Ce sont des chancres qui, comme règle à peu près générale, se cicatrisent assez facilement et ne laissent pas trace de leur passage sur les tissus.

On n'aurait à citer que quelques très rares exceptions à cette règle. A savoir, comme exemples : un cas du Dr Castex, dans lequel un chancre narinaire « prit une forme ulcéreuse, rongeante, et détruisit une partie de

1. V. *Gazette des hôpitaux*, 19 juillet 1894.
2. V. *Gazette hebdomad. de méd. et de chir.*, 18 avril 1894.

la sous-cloison[1] » ; — un autre cas, qui fut suivi d'une atrésie légère de la narine; — un cas de Nettleship, où se produisit consécutivement une oblitération des voies lacrymales avec abcès lacrymal.

Adénopathie. — Les chancres des narines et du vestibule font leur bubon dans les glandes sous-maxillaires. — Quelquefois on a constaté coïncidemment, sans doute en raison d'anastomoses lymphatiques, des engorgements des glandes préauriculaires et parotidiennes.

Les chancres de la pituitaire font leur bubon dans deux ganglions situés sous le sterno-mastoïdien, à peu près au niveau du point où ce muscle est traversé par le spinal, c'est-à-dire au voisinage de la grande corne de l'os hyoïde. — On a supposé, théoriquement, « qu'un gros ganglion situé au-devant du corps de l'axis, ganglion auquel aboutissent plus particulièrement les lymphatiques de la pituitaire, doit être intéressé par les chancres de cette muqueuse. » Je ne sache pas qu'un bubon de ce siège ait jamais été recherché cliniquement. C'est là un point qui reste à vérifier par des observations ultérieures.

Le bubon symptomatique des chancres intra-nasaux se traduit usuellement par l'ensemble des caractères propres au bubon satellite, à cela près cependant des deux particularités suivantes qui, vous le remarquerez, sont précisément celles que nous avons eu à relever déjà maintes fois à propos des chancres de la cavité buccale.

La première, c'est que ce bubon peut être volumineux, plus volumineux que ne l'est d'habitude l'adéno-

1. La photographie de cette lésion se trouve reproduite (page 78) dans la thèse du Dr Bazénerye. (*Étude clinique sur la syphilis nasale acquise*, Thèses de Paris, 1894.)

pathie chancreuse, voire (mais exceptionnellement) considérable. Exemple : Dans un cas relaté par Cimmino, l'adénopathie sous-maxillaire symptomatique d'un chancre nasal « offrait le volume d'un œuf de poule avec une dureté pierreuse[1] ».

En second lieu, ce bubon se présente quelquefois avec les caractères d'une adénopathie sub-phlegmasique, sensible, douloureuse, empâtée. Cela, à la façon encore des adénopathies symptomatiques des chancres buccaux, et sans doute aussi sous l'influence des mêmes causes, à savoir irritations surajoutées et infections microbiques secondaires.

Diagnostic. — La difficulté, en l'espèce, est moins de diagnostiquer que de *découvrir* le chancre.

Nombre de fois, en effet, les malades, qui ont contracté la syphilis par le fait d'un chancre nasal, ne parlent en rien au médecin de leur accident nasal, et cela parce qu'ils n'établissent en leur esprit aucun rapport entre leur syphilis actuelle et le petit « bobo du nez » dont ils ont été affectés antérieurement. C'est donc le médecin qui doit ici se mettre en frais de perspicacité pour découvrir ce qu'on ne lui dit pas et remonter à l'origine de cette syphilis à chancre méconnu. Comment? Toujours par le même procédé, par ce procédé que Ricord qualifiait du terme de « chasse aux ganglions ». Ce sont les ganglions qui, dans ce cas comme dans tous les autres semblables, serviront de fil d'Ariane pour remonter de par eux jusqu'au chancre.

Une fois découvert, le chancre ne sera pas difficile, au moins en général, à reconnaître en tant que chancre.

1. V. Le Bart, thèse précitée, p. 64. — V. de même une observation du Dr Poncet. (*Annales de dermat. et de syphil.*, 1881, p. 115.)

Quatre signes, en effet, concourront à le dénoncer comme tel, à savoir :

1° Sa qualité de lésion bien *circonscrite*, sous forme d'une érosion ou d'une ulcération arrondie ou ovalaire, généralement rougeâtre, indolente, etc.;

2° Sa *dureté*, quelquefois appréciable à la pulpe du doigt;

3° Son *adénopathie*. Signe majeur en l'espèce, sur l'importance duquel il serait superflu d'insister encore une fois. Notons seulement que la *précocité* d'invasion de cette adénopathie pourra être un élément utile de diagnostic différentiel avec certaines affections, telles que l'épithélioma, par exemple;

4° Son *évolution* rapide, qui, en l'espace d'un ou deux septénaires, le constitue à l'état de lésion faite, accomplie, ayant achevé sa croissance, et déjà flanquée de son bubon satellite.

Ces divers signes (les deux derniers notamment) suffiront en général, et sans qu'il soit nécessaire d'en appeler à un diagnostic différentiel plus circonstancié, à distinguer le chancre nasal d'une série d'autres affections (épithéliome, lésions tertiaires, ulcère tuberculeux, lupus, furoncle, chancre simple, etc.) qui peuvent bien s'en rapprocher par quelques particularités objectives, mais qui s'en écartent bien davantage par l'ensemble clinique et l'évolution morbide.

Deux erreurs ou, disons mieux, deux surprises sont cependant à signaler :

1° Dans les cas de chancres compliqués de lymphite érysipélateuse, on pourrait se laisser donner le change par l'aspect extérieur; ainsi on pourrait *ne voir que la complication*, c'est-à-dire la lymphite, le pseudo-érysipèle, et laisser passer le chancre inaperçu. Erreur

d'inadvertance, erreur d'examen insuffisant, dont il suffira de connaître la possibilité pour se tenir en garde contre elle.

2° La modalité croûteuse du chancre est plus insidieuse à coup sûr. Masqué par sa croûte, le chancre des narines devient une lésion assez semblable objectivement à ces eczémas locaux, à ces impétigos circonscrits qui sont si communs sur cette région. Plusieurs fois, vous le savez déjà par ce qui précède, on s'est laissé aller à diagnostiquer impétigo ce qui était un chancre, comme aussi, réciproquement, mais d'une façon bien plus rare, à considérer comme chancres de simples lésions impétigineuses; d'autant que l'impétigo, lésion scrofuleuse par excellence, s'accompagne assez souvent d'adénopathies sous-maxillaires.

Mais le diagnostic sera rétabli sur la bonne voie par les considérations suivantes :

I. — L'impétigo n'est pas ce qu'est le chancre, à savoir une lésion bien figurée, nettement définie de contour; presque toujours, au contraire, il est constitué par une lésion disséminée, éparpillée, diffuse, à frontières indécises et sinueuses.

II. — La croûte du chancre ne fait que masquer une lésion plus importante, à savoir une érosion vraie ou même une ulcération du derme. — L'impétigo, au contraire, se borne à effleurer le derme sans l'éroder, *a fortiori* sans l'ulcérer véritablement; sa croûte est presque une croûte *à sec*, si je puis ainsi parler, ne reposant en tout cas que sur une abrasion épidermique insignifiante.

III. — L'impétigo n'a pas toujours d'adénopathie. — Le bubon est constant avec le chancre.

L'impétigo, il est vrai, a bien quelquefois pour an-

nexes des adénopathies scrofuleuses; mais celles-ci sont multiples, disséminées; elles occupent généralement les deux régions sous-maxillaires et cervicales antérieures. Elles sont, de plus, pâteuses, moins fermes et moins dures sous le doigt que les ganglions affectés par la syphilis. Enfin, elles n'offrent pas, ce qui est la caractéristique du bubon satellite, une relation anatomique précise et exclusive avec le siège de la lésion.

IV. — L'impétigo est souvent bilatéral. — Souvent aussi il est diffus, disséminé. Par exemple, indépendamment de sa localisation narinaire, il a fréquemment des jetées sur les lèvres, le menton, les joues, le front, etc. — Rien de cela avec le chancre.

V. — Ajoutez à ces divers signes les antécédents, l'habitus scrofuleux du malade, les lésions ou les cicatrices de lésions scrofuleuses, et vous aboutirez à un ensemble qui ne laissera pas matière à erreur.

Traitement. — Si le chancre se présente sous la forme croûteuse, le premier soin sera de le débarrasser de sa croûte. On y réussira en moins de vingt-quatre heures à l'aide d'onctions de vaseline ou de quelques cataplasmes de fécule.

Le chancre à découvert sera pansé de la façon suivante :

S'il siège à la narine, rien ne vaut le *pansement occlusif*, suivant la méthode de Chassaignac.

Bien que d'application naturellement assez difficile, ce pansement pourra cependant être réalisé avec de petites bandelettes de taffetas de Vigo. — Ces bandelettes devront être étroites (4 à 5 millimètres, pas davantage); plus larges, elles goderaient, ne contracteraient pas adhérence, ou se détacheraient bientôt Elles devront aussi être assez longues de façon à pouvoir être

retroussées dans le vestibule nasal jusqu'à une certaine profondeur. — Le taffetas devra être mince, flexible, et de fabrication récente; car, épais, il ne se moule pas sur les parties; et, vieilli, il perd ses qualités adhésives. — Le pansement, enfin, sera renouvelé matin et soir.

Si ce procédé n'est pas applicable, par exemple si les bandelettes, quoi qu'on fasse, sont détachées par les sécrétions nasales, on aura recours à un autre mode de pansement, qui sera celui des chancres de la cloison ou des chancres supérieurement situés dans le vestibule nasal, à savoir :

Onctions, trois, quatre ou cinq fois par jour, avec une pommade soit au calomel (un gramme pour 10 grammes de vaseline), soit à l'iodoforme (un à trois grammes pour dix).

Ou bien, insufflations de poudres sèches (calomel, iodoforme, salol, acide borique, etc.). — Recouvrir ces poudres d'un petit tamponnet d'ouate hydrophile enduite ou non de vaseline.

Dans une période avancée, rien ne vaut mieux que les poudres absolument inertes, telles que l'oxyde de zinc, le sous-nitrate de bismuth ou le talc.

S'il y a lieu de modifier la surface du chancre, attouchements légers à la teinture d'iode ou au crayon de nitrate d'argent.

Ajoutez à cela : des bains locaux dans une décoction de guimauve, répétés matin et soir, pour une durée de dix à quinze minutes; — et des lavages antiseptiques, pratiqués soit à la seringue, soit à l'irrigateur; lavages qui répondront à la double indication de déterger le chancre et de le protéger contre les infections microbiques secondaires.

CHANCRES DE L'OEIL.

La première description du chancre oculaire est due à Ricord et remonte à 1850[1]. Ce fut à cette époque — je le tiens du maître — « une véritable surprise, presque un événement ».

Depuis lors, les observations de chancre de l'œil se sont multipliées à l'infini. La fréquence même en est devenue toujours croissante, à mesure que la possibilité d'une telle localisation pour le chancre allait se vulgarisant. A preuve le contraste des deux chiffres suivants. Dans une statistique ancienne de Zeissl, ce chancre ne figurait que dans la proportion de 1 sur 20.000 chancres de tous sièges ; et, dans la statistique toute récente de Fortuniadès[2], il s'élève à la proportion de 1 sur 500; c'est-à-dire qu'il serait devenu 40 fois plus fréquent.

Ma statistique personnelle ne signale qu'un nombre fort peu élevé de chancres oculaires. Mais inutile de faire remarquer qu'elle ne comporte aucune signification en l'espèce. Ce n'est pas en effet chez un syphiliographe qu'on vient consulter pour une lésion de l'œil, alors surtout — comme d'usage — qu'on ne suspecte pas l'origine vénérienne de cette lésion.

1. V. *Annales d'oculistique*, 1850, vol. XXIV, p. 233.

2. V. Fortuniadès, *Étude sur le chancre syphilitique des paupières*, Thèses de Paris, 1890.

V. aussi David de Beck, Du chancre syphilitique des paupières et de la conjonctive, *Contributions from the Ophthalmic clinic medical College of Ohio*, 1886.

Division. — Les chancres de l'œil se divisent tout naturellement en trois groupes, à savoir :

I. — Chancres palpébraux ;

II. — Chancres du bord ciliaire ;

III. — Chancres de la conjonctive[1].

Au premier rang comme fréquence se placent les chancres du bord ciliaire (chancres non pas, bien entendu, confinés au bord ciliaire, mais nés là et partis de là pour irradier sur les téguments palpébraux ou la muqueuse palpébrale).

Notablement moins communs sont les chancres palpébraux proprement dits, localisés exclusivement sur le limbe palpébral.

Viennent en dernière ligne les chancres conjonctivaux, les plus rares de tous et de beaucoup.

Ajoutons :

1° Que la paupière inférieure est plus fréquemment affectée que la supérieure, et cela dans la proportion de 43 à 33, d'après la statistique du Dr Fortuniadès ;

2° Que les commissures oculaires sont moins éprouvées que le bord palpébral ;

3° Que, des deux commissures, l'interne est bien plus souvent que l'externe le siège de contaminations chancreuses (22 fois contre 11, d'après la statistique précitée). J'inclinerais même pour ma part à croire cette proportion inférieure à la réalité des choses, et, d'après ce que j'ai vu, à considérer le grand angle de l'œil

1. M. le Dr Édouard Binet a donné dans sa thèse (*Du rôle de la syphilis dans la cécité*, Thèses de Paris, 1883) la relation d'un cas de « *Chancre induré de la cornée* » observé par un étudiant en médecine sur lui-même. Ce cas, certes, est fort intéressant ; mais, en raison de diverses lacunes, il ne réunit pas l'ensemble de garanties nécessaires pour légitimer le diagnostic d'une localisation chancreuse aussi singulière.

comme un véritable foyer de prédilection pour le chancre.

Nombre. — Le chancre oculaire se présente à l'état de lésion *unique* pour l'énorme majorité des cas.

Parfois cependant on l'a vu double. Exemples : un de mes malades présentait un chancre induré à chaque paupière. — Dans un autre cas, on distinguait très nettement deux érosions chancreuses, très voisines l'une de l'autre, dans le cul-de-sac conjonctival de la paupière inférieure.

Coïncidences. — Comme règle et à l'instar des autres contaminations extra-génitales, l'infection qui se fait par l'œil se fait par l'œil exclusivement; c'est-à-dire que, dans le cas où l'on constate un chancre oculaire, on constate un chancre oculaire et pas d'autre chancre nulle part ailleurs.

Exceptionnellement, toutefois, on a vu des malades présenter à la fois un chancre oculaire et un chancre ou plusieurs chancres d'autres régions (verge, sein, cou, visage). Ainsi :

Un des malades actuels de notre salle Saint-Louis est affecté à la fois et d'un large chancre du menton et d'un petit chancre de la commissure interne de l'œil gauche.

Coppez a relaté le cas curieux d'un malade qui était affecté simultanément de trois chancres syphilitiques, à savoir : un chancre de la verge; — un second à la queue du sourcil droit; — et un troisième sur le bord de la paupière supérieure droite.

Étiologie. — I. Trois points à noter tout d'abord :

1° Le chancre de l'œil est — à l'instar du reste de presque tous les chancres — beaucoup plus commun *chez l'homme* que chez la femme.

2° C'est un chancre qui s'observe *à tous les âges*, voire dans l'enfance, voire dans le plus jeune âge. On l'a

vu jusque sur des nourrissons. — Cela vient par avance à l'appui d'une proposition que je développerai bientôt, à savoir que, pour quantité de cas, le chancre oculaire dérive de causes qui n'ont quoi que ce soit de vénérien.

3° Particularité intéressante, qui nous touche de près, nous médecins. C'est un chancre relativement commun chez *les médecins*, au titre d'accident issu de la profession médicale. Pourquoi et comment? Nous le verrons dans un instant. En tout cas, d'après le Dr Aumont[1], ce serait un chancre « médical, professionnel » dans la proportion de 1 sur 15 cas.

II. — Quelles circonstances président à son étiologie?

Commençons par dire que cette étiologie reste absolument *mystérieuse*, impénétrable, chez un très grand nombre de malades. D'après le Dr Fortuniadès, on n'aboutirait guère à la déterminer que deux fois sur trois[2], et cela en dépit des enquêtes les plus minutieuses. D'où il ressort que, très certainement, la contamination oculaire doit provenir, pour nombre de cas, de causes purement accidentelles, de circonstances toutes fortuites, qui sont impossibles à retrouver, à reconstituer après coup, et qui, en définitive, échappent à toute analyse rationnelle par ce fait même qu'elles procèdent du hasard.

En second lieu, il ressort de l'expérience que le chancre oculaire peut dériver de causes multiples et aussi diverses que multiples, voire parfois de causes absolument inattendues, étranges, extraordinaires.

Si variées soient-elles cependant, ces causes se ramè-

1. V. Aumont, *Étude sur le chancre syphilitique des paupières*, Thèses de Paris, 1893.

2. Cette proportion même me paraît singulièrement élevée, à parler des cas où la cause contaminante peut être non pas seulement suspectée, mais précisée et reconnue.

nent en définitive à trois groupes, que nous allons passer en revue sous la rubrique usuelle de contaminations *directes*, *indirectes* et *médiates*.

1. — Le premier groupe comprend l'ordre des cas dans lesquels le contage est transmis directement du sujet contaminant au sujet contaminé.

α) L'agent usuel de ce mode de contagion, c'est le *baiser*, non pas seulement le baiser passionné, tendre et prolongé, mais le baiser simplement affectueux, courant, banal. Les observations de syphilis oculaire ainsi transmise pullulent dans la science. J'en citerai deux exemples.

Un jeune étudiant transmit de la sorte un chancre de la paupière supérieure à sa fiancée, pour l'avoir embrassée sur l'œil alors qu'il présentait des plaques muqueuses à la bouche.

Un enfant de huit mois contracta un chancre syphilitique du grand angle de l'œil et de la caroncule pour avoir été embrassé sur les paupières par sa tante, laquelle était alors affectée de syphilis secondaire avec plaques muqueuses sur les amygdales. — De Beck remarque avec raison que les enfants — et plus encore les tout jeunes enfants — sont spécialement exposés à ce mode de contamination, en raison des embrassades que leur vaut leur gentillesse.

La bouche transmet encore le contage, mais beaucoup plus rarement, dans quatre ordres de circonstances différentes, à savoir :

1° Par la *sputation*, c'est-à-dire par la projection hors la bouche de bulles de salive, entraînées par le courant expiratoire dans la parole et, plus encore, dans la toux. Issues d'une bouche qui contient des plaques muqueu-

ses, ces gouttelettes de salive peuvent être chargées du contage spécifique et, conséquemment, le porter là où elles tombent.

Or, bien plus que d'autres et pour cause, les médecins sont exposés à recevoir sur le visage ces dangereuses projections, alors qu'ils examinent la bouche ou la gorge d'un syphilitique, et, plus spécialement encore, alors qu'ils pratiquent des cautérisations sur la gorge. J'en sais quelque chose pour ma part, car pareil accident m'est arrivé plus de vingt fois. C'est pour cela que vous m'entendez sans cesse répéter aux élèves de mon service l'avertissement que voici : « Méfiez-vous bien, quand vous avez à pratiquer une cautérisation dans la bouche et surtout dans la gorge d'un syphilitique. Même averti de ce qu'on va lui faire, même se tenant sur ses gardes, le malade pourra ne pas résister, au moment où vous lui toucherez la gorge, à un accès d'une toux réflexe, spasmodique, subite, intense, laquelle vous enverra une pluie de gouttelettes salivaires en plein visage. »

Aussi nombre de médecins ont-ils été victimes d'un tel mode de contamination, et cela toujours dans les conditions que je précisais à l'instant, toujours à la suite de cautérisations de plaques muqueuses gutturales. Un professeur de notre Faculté, mort aujourd'hui, a été contagionné de la sorte. De même, ces années dernières, un interne de cet hôpital. Pour ma seule part, j'ai eu à traiter déjà *cinq* de nos confrères qui ont pris la syphilis de cette façon. L'histoire de l'un deux, qui n'est que l'histoire des quatre autres, se résume en ceci. Marié et mari modèle, ne s'étant exposé de vieille date à aucun risque de contagion, il vint me trouver un jour pour une lésion de la paupière supérieure, lésion érosive, rouge, large comme une amande, que je n'eus pas

de peine à reconnaître pour un chancre syphilitique. Eh bien, six semaines auparavant, il avait reçu sur le visage et notamment sur les paupières une véritable pluie de gouttelettes salivaires, au moment où il cautérisait sur l'un de ses malades des plaques muqueuses confluentes de la gorge.

Particularité fort intéressante, qui doit trouver place ici. Sur les cinq confrères en question, trois m'ont assuré qu'après l'accident ils s'étaient tout aussitôt « lavé et bien lavé la figure ». Ce qui démontre — non pas, bien entendu, l'inutilité d'un lavage — mais la nécessité, en pareil cas, d'ablutions complètes, prolongées, minutieuses, et surtout secondées par des antiseptiques. M'est avis que la meilleure sauvegarde serait un débarbouillage immédiat et très soigneusement fait avec la liqueur de Van Swieten pure, sans coupage.

2° et 3°. — Quelquefois encore, mais bien plus rarement, la bouche a transmis la contagion à l'œil ou par *morsure* ou par *succion*. Exemples :

Dans une rixe, un jeune homme fut mordu au niveau de la région de l'œil par son adversaire, qui portait à la bouche des lésions spécifiques. Il contracta de la sorte un chancre syphilitique de la paupière inférieure[1].

Un boxeur reçoit un formidable coup de poing sur l'œil et rentre chez lui avec une forte infiltration sanguine de la paupière inférieure gauche. Sa maîtresse, pour évacuer l'épanchement sanguin, a l'idée de lui piquer la paupière et d'aspirer le sang. Malheureusement, elle était affectée à cette époque de plaques muqueuses de la bouche. Résultat : développement, au

1. Observation relatée par le Dr Campart (Bulletin de la Clinique des Quinze-Vingts, 1885.).

siège même de la succion, d'un chancre syphilitique[1].

4° A l'instar des lèvres, la langue peut porter à l'œil la contagion syphilitique. D'abord, elle l'y a portée plus d'une fois par ses caresses. Mais, chose certes plus inattendue, elle l'y a portée aussi en tant qu'agent chirurgical, et cela de la façon suivante.

En certains pays, où n'ont guère pénétré les doctrines antiseptiques, le *léchage* des paupières et des culs-de-sac palpébraux constitue, paraît-il, un procédé en honneur pour l'extraction des corps étrangers de l'œil et même pour le traitement des trachomes qui passent en ces mêmes pays pour des corps étrangers. De là, tout naturellement, contamination possible de l'œil au cas où la langue de l'opérateur est chargée du contage spécifique.

Ainsi, un de nos confrères russes, le Dr Tepliaschin, médecin du gouvernement de Wjatka, a donné relation d'une véritable épidémie de syphilis importée dans un petit village par une « magicienne », qui faisait profession d'enlever avec sa langue les corps étrangers de l'œil et de guérir les trachomes. Cette femme, étant devenue syphilitique, transmit tout naturellement la syphilis à ses clients. Si bien que le Dr Tepliaschin trouva dans ledit village 68 sujets infectés de syphilis, à savoir : 34 qui avaient contracté l'infection de cette femme par le léchage des paupières, et 34 autres qui la tenaient des premiers. Sur 8 du premier groupe, il put encore constater des chancres palpébraux[2].

La même dégoûtante pratique du léchage palpébral serait encore en usage, paraît-il, dans certains pays, en Pologne, à Chicago (où Montgomery a observé deux

1. V. thèse précitée du Dr Fortuniadès, p. 69.
2. V. *Monatshefte für praktische Dermatologie*, 1877.

cas de contamination semblable[1]), voire, m'a-t-on assuré, en certains villages de Bretagne.

β) Des contagions de même ordre (que je range dans ce paragraphe, bien que médiates, pour les rapprocher des précédentes) ont encore dérivé quelquefois de non moins sales pratiques qui restent en usage, voire en honneur, dans les basses classes et spécialement dans le public des nourrices. A citer comme spécimen celle qui consiste à débarbouiller les enfants avec de la salive ou bien encore à laver les yeux des enfants soit avec de la salive, soit même avec de l'urine. Exemples :

Une observation du Pr Leloir est relative à un jeune enfant qui contracta un chancre de l'œil pour avoir été débarbouillé avec la salive d'une femme alors affectée de syphilides buccales.

Un enfant de vingt-cinq mois était affecté de blépharite. Une femme, qui suppléait sa nourrice de temps à autre, lui nettoya les yeux avec un de ses doigts imbibé de salive. Or, comme à cette époque elle était affectée de nombreuses plaques muqueuses buccales, elle ne manqua pas de transmettre la contagion à l'enfant sous forme d'un chancre induré de la paupière inférieure.

γ) Enfin, pour ne rien omettre de ce qui a trait aux divers modes de la contamination oculaire directe, force m'est d'ajouter que, d'une façon authentique, mais à coup sûr très exceptionnelle, l'œil a pu recevoir directement la contagion des régions génitales. Ce mode immonde se trouve attesté par quelques observations.

1. *Transactions Illinois State Med. Assoc.*, 1885.

II. — Dans un second groupe de cas, la contamination oculaire se fait d'une façon *indirecte*. Très généralement alors elle a les doigts pour intermédiaires.

Tel a été, vraisemblablement, le mode de contagion dans la célèbre observation de Ricord. Le client de Ricord, « homme très intelligent, se rappelait fort bien s'être frotté les yeux avec ses doigts presque immédiatement après s'être livré à des attouchements sur les parties génitales d'une femme ».

De même, tel a été, bien sûrement, le cas de deux confrères qui se sont inoculé la syphilis à l'œil pour s'être frotté l'œil après avoir manipulé des lésions syphilitiques.

Une prédisposition toute naturelle aux contagions de cet ordre est constituée par la préexistence de certaines affections de l'œil ou des paupières, telles que blépharite, conjonctivite, orgeolet, eczéma du bord ciliaire, etc. Le prurit, en effet, qui est un symptôme usuel de ces divers états morbides, invite au grattage, et le grattage avec des doigts souillés de sécrétions spécifiques a d'autant plus de chances de transmettre le contage qu'il s'exerce sur des surfaces malades, dénudées d'épithélium ou tout au moins à protection épithéliale insuffisante. « Bien certainement, m'écrivait un de nos confrères qui a eu le malheur de contracter ainsi un chancre du grand angle de l'œil, j'ai dû me contagionner à l'hôpital, car je ne m'étais exposé d'aucune façon depuis mon mariage.... Le hasard avait amené à mon petit hôpital de province plusieurs prostituées affectées de syphilis, à une époque où j'avais au coin de l'œil un petit bobo très tenace, qui me démangeait fort et que je frottais sans cesse. Vingt fois par jour je me surprenais à frotter, à gratter, à écorcher ce maudit bouton,

et cela soit à l'hôpital, soit ailleurs. Je n'ai pu m'inoculer que de la sorte, en portant à l'œil mes doigts contaminés ».

III. — Vient enfin le chapitre des *contagions médiates*. Nombre de faits contenus dans la science témoignent formellement que le contage spécifique a pu être porté sur l'œil par des intermédiaires inanimés quelconques, tels que : éponge, serviette, mouchoir, compresse, linge sale, eau sale ayant servi à un sujet syphilitique, instruments d'oculistique, etc.

Baum, par exemple, a cité le cas d'un chancre palpébral qui dériva vraisemblablement de l'usage en commun d'une serviette dont se servait un homme affecté de chancre[1]. — W. Taylor a relaté un fait identique.

La « cigarette » mouillée, servant à extraire les corps étrangers de l'œil, a pu transmettre également le contage à la muqueuse oculaire (Badal).

Un homme, qui était employé à la buanderie d'un hôpital de syphilitiques et qui était affecté d'une conjonctivite chronique, contracta un chancre oculaire. L'enquête ne put établir d'autre origine à cette contagion que la manipulation habituelle de linges souillés de pus syphilitique.

Je veux bien que, pour les cas de ce genre, une démonstration rigoureuse, péremptoire, du mode d'infection ait presque toujours fait défaut. Mais pouvait-il en être autrement? Les contagions médiates ne se laissent guère surprendre sur le fait. D'ailleurs, celles qui portent sur l'œil n'ont-elles pas leurs analogues dans l'étiologie des chancres de toutes régions? Et, mieux encore, ne sont-elles pas de l'ordre de celles qui, par la force même

1. *Viertelj. für Dermat. und syph.*, 1885.

des choses, sont fatalement destinées à se produire?

Étude clinique. — Le début même du chancre oculaire échappe presque toujours au médecin.

Sur les paupières, il se ferait, au dire des malades, sous la forme d'un petit « bouton » rougeâtre et légèrement surélevé, qui ne tarderait pas à se couvrir de croûtes.

Sur la conjonctive, il passe naturellement inaperçu et ne se traduit que par la sensation d'une cuisson légère, d'une ardeur locale avec prurit.

Plus tard, à l'état confirmé, le chancre oculaire se présente sous des formes différentes suivant la région qu'il affecte.

I. *Chancre palpébral.* — Le chancre qui affecte exclusivement le limbe palpébral n'est autre, objectivement, que le chancre cutané de toute région. Rien de spécial ne résulte de sa situation particulière, et je ne m'arrêterai pas à le décrire.

Je rappellerai simplement qu'à l'instar de tout chancre cutané il est susceptible de deux aspects différents, à savoir : la forme *croûteuse* et la forme de *plaie* à découvert.

Sur l'un des médecins dont je vous parlais tout à l'heure, j'ai pu suivre presque toute l'évolution d'un chancre palpébral, et voici ce que j'ai observé.

Le chancre, qui était situé en plein milieu de la paupière supérieure avait une forme très régulièrement ovalaire, à grand axe horizontal. — Ses dimensions étaient celles d'une amande (huit millimètres environ de haut en bas, sur un centimètre transversalement). — C'était, tout simplement, une *érosion* tégumentaire, sans bords, rouge, presque purpurine, lisse de fond et même parfaitement unie, doublée d'une induration nettement parcheminée. — L'évolution en fut rapide, et la cicatri-

sation ne se fit pas attendre au delà de cinq semaines. — Très bénin d'allures, ce chancre n'en a pas moins servi d'origine à une syphilis qui a fini par aboutir à la plus lamentable catastrophe.

II. *Chancre du bord ciliaire.* — Très différent du précédent, au point de ne pas donner à première vue l'impression d'un chancre, mais plutôt celle d'un néoplasme, d'une *tumeur* de la paupière. Supposez le rebord ciliaire surmonté d'un néoplasme en saillie, du volume et de la forme d'un haricot ou d'une moitié de noisette, et vous aurez une idée à peu près exacte de ce qu'est ce chancre, au moins pour la plupart des cas.

Originairement, il se développe à la base d'un cil, sous forme d'un bouton acnéique et croûtelleux. Puis, il s'étale en surface aux dépens du tégument cutané palpébral et du rebord ciliaire, bien plus rarement de la muqueuse avoisinante. Quelquefois cependant il constitue un chancre à la fois muqueux et cutané, mais toujours prédominant comme étendue et comme importance du côté de la peau.

A l'état adulte, son histoire pourrait se résumer en ces trois mots : *Néoplasme érosif* et *dur*. Mais détaillons.

D'abord, ai-je dit, c'est une véritable petite *tumeur* du bord ciliaire, tumeur généralement comparable à une moitié de noisette, ayant son grand axe parallèle au bord libre de la paupière, mesurant environ un centimètre à un centimètre et demi transversalement sur huit à dix millimètres dans le sens vertical. Cette tumeur fait une saillie de trois, quatre, cinq millimètres, voire davantage en certains cas. Quelquefois au contraire, plus aplatie, elle représente à peu près une amande.

Au toucher, ce néoplasme palpébral, qui se laisse faci-

lement saisir entre deux doigts en raison même de sa situation et qu'on peut explorer à l'aise en raison de son indolence, se montre tout à fait remarquable par sa dureté. Peu de chancres, en effet, offrent une induration aussi nette, aussi accentuée, aussi caractéristique. Tous les degrés de l'induration spécifique s'y trouvent représentés, depuis l'induration simplement lamelleuse, parcheminée, en « carte de visite », jusqu'à l'induration nodulaire, massive et en bloc. Quelquefois même ce chancre est véritablement cartilagineux, et l'on croirait, en le touchant, sentir un véritable calus. A l'avance vous comprenez quel intérêt diagnostique se rattache à un tel signe, comme aussi vous préjugez la variété spéciale de méprise à laquelle il peut donner lieu.

Quant à la surface de cette petite tumeur, elle est en général lisse, unie, et de couleur *rouge*, voire assez souvent d'un rouge vineux ou chair musculaire; tous autres attributs qui ne contribuent pas moins à conférer à la lésion le cachet chancreux.

Quelquefois cependant cette surface est masquée par un revêtement croûteux, de couleur jaune foncé ou brunâtre ou même d'un brun foncé; et seule, alors, la petite portion du chancre qui empiète sur la conjonctive se présente à l'état d'érosion.

Au total, le chancre du bord ciliaire offre usuellement une triade de caractères qui le rendent aisément reconnaissable, à savoir : néoplasie bien circonscrite; — induration de base très accentuée; — surface unie et rougeâtre. A ce point que, dans les cas (et ces cas sont très habituels) où les trois signes en question se trouvent associés, ils composent un ensemble qui, sans parler même de l'adénopathie, établit le diagnostic sur les plus solides bases.

III. *Chancre conjonctival*[1]. — Susceptible de localisations diverses.

1° Le plus souvent il affecte la région du *grand angle* de l'œil. Sa prédilection pour ce siège spécial est naturellement expliquée par un fait physiologique. C'est là, en effet, que le cours des larmes entraîne tous les corps étrangers déposés sur la conjonctive et, parmi eux, le contage syphilitique, alors qu'il se trouve mêlé aux liquides qui baignent la surface oculaire.

2° Beaucoup plus rarement il occupe le *petit angle*.

3° Quelquefois, enfin, il se localise sur la *conjonctive* même, et alors bien plus souvent sur la conjonctive palpébrale que sur la conjonctive bulbaire.

Naturellement encore, il affecte de préférence les rigoles conjonctivales où le contage trouve une stagnation plus facile, et, plus spécialement, la rigole conjonctivale inférieure par raison de déclivité. Là, il se trouve forcément intéresser à la fois la conjonctive palpébrale et la conjonctive bulbaire.

Il se présente sur ces divers points avec des physionomies très différentes. Ainsi :

1° Le plus fréquent de tous, le chancre du *grand angle* reproduit à peu près exactement l'aspect du chancre du rebord ciliaire, et cela à trois titres : en ce qu'il est constitué, comme ce dernier, par un véritable néoplasme, néoplasme bien circonscrit, saillant, du volume d'un noyau de cerise, d'un grain de cassis, voire d'une petite noisette; — en ce qu'il est constitué, comme lui, par un néoplasme dur, très dur même le plus souvent, presque cartilagineux; — en ce qu'il offre une

1. V. Touchaleaume, *Étude sur le chancre syphilitique de la conjonctive*, Thèses de Paris, 1889.

surface érosive, lisse, d'un beau rouge, souvent même d'un rouge brun foncé, « chair musculaire ».

Comme exemple, rappelez-vous un malade que nous avons eu récemment dans nos salles et qui était affecté à la fois et d'un chancre du menton et d'un chancre du grand angle de l'œil. Ce dernier figurait, à l'extrémité interne de la paupière inférieure, une véritable petite tumeur, surélevée d'un demi-centimètre, grosse comme une moitié d'aveline, dure comme du cartilage, comme « du cancer », et à surface convexe parfaitement lisse, égale, unie, d'un beau rouge presque purpurin.

Le plus souvent, ce chancre angulaire se circonscrit autour d'un des points lacrymaux, surtout du point lacrymal inférieur. Mais quelquefois aussi, comme dans un cas relaté par Braquehaye[1], il envahit les deux extrémités palpébrales, de façon à contourner en *fer à cheval* le grand angle de l'œil.

Bien plus rarement, enfin, il s'étale en même temps sur la caroncule et le repli semi-lunaire.

2° Le chancre du *petit angle* oculaire offre un autre type, à savoir celui du chancre fissuraire, dit encore chancre en rhagade ou, mieux, « *chancre en branches de compas* ».

Occupant l'extrémité externe des deux paupières, il est naturellement divisé en deux segments qui se réunissent au niveau de la commissure. Or, d'une part, tuméfiés par leur infiltration néoplasique, ces deux segments restent adossés et en contact réciproque; si bien qu'on ne les distingue isolément que par écartement forcé des paupières, alors qu'ils divergent à la façon des

1. V. Thèse précitée d'Aumont, p. 42.

branches d'un compas entr'ouvert. D'autre part, leur point de réunion, qui répond à la commissure, est représenté par un sillon en rhagade, à ulcération entretenue et irritée par les mouvements des paupières, plus ou moins creuse, de mauvais aspect, quelquefois bordée du côté de la peau par une demi-couronne croûtelleuse.

Enfin, à l'instar de tous les chancres du bord palpébral, ce chancre commissuraire est toujours fortement induré, au point de simuler une production néoplasique, cancroïdienne. Et, en effet, plus d'une fois on l'a pris pour un cancroïde, au moins de prime abord, en raison de cette induration tout à fait insidieuse. Je connais même un cas où l'on a persisté dans ce diagnostic après mûr examen, et cela jusqu'à proposer une intervention chirurgicale. Fort heureusement, on eut la prudence d'attendre, et l'explosion secondaire vint juger la question diagnostique.

3° En dernier lieu, les chancres de la *conjonctive* proprement dite offrent encore des aspects différents.

Celui du limbe conjonctival est un chancre *étalé*, analogue aux chancres des surfaces plates. Il se présente usuellement avec des dimensions variables entre celles d'une grande lentille et celles d'une amande; — avec une configuration soit arrondie soit ovalaire; — sous forme d'une lésion érosive ou sub-ulcéreuse; — lésion à bords plats et sans entaillure; — à fond rouge ou rouge jaunâtre, plus rarement gris, opalin ou d'un blanc sale. — Toujours il est doublé d'une induration notable, que l'on peut apprécier à travers les téguments, sans même avoir besoin (comme on l'a conseillé, et ce qui me paraît une manœuvre superflue) de renverser la paupière de façon à pouvoir saisir la base du chancre

entre les doigts. La variété parcheminée de l'induration est celle que fournit le palper dans la grande majorité des cas. Parfois cependant on a rencontré la variété nodulaire. Ainsi, dans un cas de chancre conjonctival de la paupière inférieure, cas relaté par Dubarry (du Hâvre), on percevait au niveau de l'ulcération une « véritable *tumeur*, grosse comme une petite noisette[1] ».

Tout au contraire, au lieu d'être étalés en surface, les chancres des culs-de-sac conjonctivaux se modèlent comme configuration sur la région qu'ils affectent en se présentant sous forme d'érosions allongées transversalement, elliptiques ou ellipsoïdes. Ce sont alors, comme on l'a dit, des chancres « en traînée », des chancres *en rigole*. Parfois même, lorsqu'ils se localisent sur un pli de la muqueuse, ils suivent sur un assez long trajet la direction de ce pli en restant tout à fait grêles et effilés.

Variétés. — Il est bien peu de cas où le chancre oculaire ne rentre pas dans telle ou telle des formes que je viens de décrire. Quelquefois cependant il s'en écarte, de façon à constituer des types plus ou moins différents. Deux de ces variétés méritent seules une mention particulière, à savoir :

1° La *variété diphthéroïde*, dans laquelle le chancre se présente avec un fond gris ou grisâtre, opalin, blanc jaunâtre, pseudo-membraneux, rappelant plus ou moins l'aspect des lésions diphthéritiques.

Ce sont surtout les chancres conjonctivaux qui revêtent cet aspect. A citer comme exemple un cas de Souligoux, relatif à un chancre de l'angle interne de l'œil qui « se présentait recouvert d'une membrane diphthéroïde très adhérente[2] ».

1. V. thèse précitée d'Aumont, p. 48.
2. V. thèse précitée d'Aumont, p. 45.

2° La *variété ulcéreuse,* dans laquelle le chancre se creuse véritablement, entame le derme et le détruit jusqu'à une certaine profondeur.

Dans un cas de Stellwag, un chancre de cette forme détruisit complètement la caroncule.

Je trouve encore signalés trois cas où l'on a vu le chancre entamer, corroder, « dévorer » un segment du bord palpébral.

Mais jamais, que je sache, le chancre oculaire n'est allé plus loin, n'a étendu plus excentriquement et plus profondément ses ravages. Ainsi je n'ai pas encore observé pour ma part et je ne crois pas qu'on ait observé de chancre oculaire méritant le nom de phagédénique.

Voilà pour la symptomatologie objective. Venons maintenant aux troubles fonctionnels.

Troubles fonctionnels. — Extrêmement variables, suivant les formes.

Ainsi, on peut les dire nuls ou à peu près nuls pour les chancres à localisation exclusivement cutanée, voire pour les chancres du bord ciliaire qui n'empiètent que d'une façon peu sensible sur la conjonctive. Ces chancres sont essentiellement indolents et exempts de tout phénomène de réaction. Ce qui en résulte consiste simplement en une certaine gêne locale, avec cuissons, sensibilité douloureuse au palper, aux topiques, au lavage, et rien de plus.

Tout au contraire, les chancres qui affectent la conjonctive ne laissent pas d'éveiller un éréthisme local assez accentué, qui se traduit par divers symptômes subjectifs et objectifs, à savoir : douleurs, ardeur, agacement, larmoiement; — puis, tous signes de *conjonctivite* oculo-palpébrale que je n'ai pas à décrire.

Cette conjonctivite symptomatique est le plus souvent légère, tout au plus moyenne comme intensité.

Il est des cas cependant où la réaction inflammatoire exercée par le chancre sur la muqueuse a pu devenir plus vive, déterminer une conjonctivite aiguë assez violente, voire déterminer un certain degré de chémosis. On a même vu les paupières se couvrir d'une suffusion rosée, s'œdématier, doubler et tripler de volume, jusqu'à rendre impossible l'examen de l'œil et la recherche du chancre. C'est dans les cas de cet ordre que le diagnostic n'a pu parfois être institué qu'à l'aide du sommeil chloroformique.

Exceptionnellement, enfin, on a observé, au cours de ces inflammations symptomatiques intenses, des signes de kératite et d'iritis, comme sur un malade de mon service, dont le Dr Savy a publié l'observation[1].

Toujours est-il qu'en dépit de leurs apparences plus ou moins alarmantes, les complications de cet ordre n'aboutissent en général à rien de sérieux. Ce n'est là qu'un « feu de paille », comme on l'a dit. En autres termes, cet éréthisme inflammatoire a pour habitude de s'apaiser sous l'influence de quelques soins et de disparaître sans laisser de traces.

Adénopathie. — D'abord, où se fait le bubon satellite du chancre oculaire?

D'une façon générale on peut dire ceci :

1° Les chancres avoisinant l'angle externe de l'œil font leur bubon dans le ganglion *préauriculaire* (situé au-devant de l'oreille, à un centimètre environ du tragus) et dans les ganglions *parotidiens*.

1. V. Savy, *Contribution à l'étude des éruptions de la conjonctive*, Thèses de Paris, 1876.

2° Les chancres avoisinant l'angle interne de l'œil font leur bubon dans les ganglions *sous-maxillaires*.

Mais il convient d'ajouter aussitôt qu'en raison des anastomoses multiples du réseau lymphatique palpébral, les chancres oculaires ont souvent *plusieurs* aboutissants ganglionnaires. C'est ainsi que parfois et même assez fréquemment on trouve affectés simultanément, à propos d'un chancre oculaire, et les ganglions parotidiens et les ganglions sous-maxillaires, sans parler même d'un petit ganglion situé en avant du masséter, à la hauteur du canal de Sténon, juste au-dessous de la boule graisseuse de Bichat.

D'autre part — et ceci est très digne de remarque — il n'est pas rare de rencontrer *en aval* des premiers ganglions touchés par le chancre d'autres ganglions affectés de la même façon, et ceux-ci situés plus bas, à savoir dans les régions sus et sous-hyoïdiennes, au-devant du sterno-mastoïdien. De sorte qu'en certains cas l'adénopathie du chancre oculaire est constituée par une véritable *chaîne de ganglions* qui, commençant au ganglion préauriculaire, se continue sur toute la région cervicale antérieure pour se terminer (et encore se termine-t-elle là?) au voisinage du creux sus-claviculaire. A preuve cette photographie où vous voyez se dessiner en relief sous la peau un long chapelet glandulaire, symptomatique d'un chancre de la paupière inférieure. Ce chapelet est constitué par plusieurs ganglions de développement à peu près égal, à savoir : 1° un ganglion préauriculaire; — 2° un ganglion parotidien; — 3° quatre autres ganglions cervicaux, échelonnés le long du cou, depuis l'angle de la mâchoire jusqu'au voisinage de la clavicule[1].

1. Photographie n° 104, Collection particulière.

Cette multiplicité de ganglions se trouve signalée dans toute une série d'observations[1]. Elle n'a rien, au surplus, qui soit spécial au chancre de l'œil. Le même fait, on le sait, a été constaté plusieurs fois à propos de chancres d'autres régions, et j'ai eu notamment l'occasion d'en fournir la preuve anatomique relativement aux chancres de la région génitale[2].

Rien de plus à dire sur le bubon symptomatique du chancre oculaire, si ce n'est qu'il reproduit fidèlement la caractéristique usuelle du bubon satellite, et cela de par son aphlegmasie, son indolence, la dureté spéciale de ses ganglions, etc.

Diagnostic. — Scindons les cas et les difficultés à débattre comme le fait la pratique même.

I. — D'abord, vraiment facile est le diagnostic, alors que le chancre oculaire siège ou bien sur le limbe palpébral ou bien sur le bord ciliaire. Là, en effet, la lésion est à la fois visible et tangible; là aussi elle se présente usuellement avec tout un ensemble de caractères qui rendent presque impossible une erreur à son sujet. Mais précisons.

Presque toujours les chancres palpébraux ou ciliaires s'affirment en tant que chancres de par une triade d'attributs significatifs, à savoir : 1° leur qualité de lésion érosive ou sub-ulcéreuse; — 2° leur induration, facilement appréciable et même, en général, fortement accentuée; — 3° leur adénopathie.

Ajoutez à cela un signe d'évolution qui comporte en

1. V. F. Lavergne et L. Perrin, *Contribution à l'étude des chancres extra-génitaux*, Annales de derm. et de syph., 1884, p. 380.

2. V. mes *Leçons sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme*, 2e édit., p. 164. — V. Photographie n° 105, Collect. partic.

l'espèce une valeur presque égale à celle des précédents : A l'œil comme ailleurs, comme partout, le chancre est une lésion de croissance rapide, une lésion hâtivement adulte, aboutissant à maturité en moins d'une quinzaine.

Sans parler même d'autres signes qui, pour n'occuper relativement qu'un rang subalterne, n'en ont pas moins leur prix, tels que : circonscription nette de la lésion; — étendue minime ou moyenne; — configuration arrondie ou ovalaire; — état lisse de surface; — absence de bords entaillés, en arête; — coloration rouge ou « chair musculaire », etc.; — tous phénomènes qui contribuent à présenter la lésion avec la physionomie classique du chancre.

En vérité, un tel ensemble n'est guère fait pour laisser place à la possibilité d'une méprise. Aussi bien se demande-t-on aujourd'hui, et non sans un véritable étonnement, comment le chancre oculaire a pu rester si longtemps méconnu et comment il lui a fallu attendre jusqu'à l'époque de Ricord pour acquérir enfin droit de cité dans la science. Mais c'est là, à vrai dire, une question qu'on s'adresse à propos de n'importe quelle découverte, une fois que cette découverte n'est plus à faire.

En tout cas, c'est grâce audit ensemble clinique que de nos jours on arrive aisément à diagnostiquer le chancre oculaire et à le différencier d'autres lésions qui peuvent bien se rapprocher de lui par telles ou telles analogies objectives, mais qui s'en séparent absolument par absence des attributs fondamentaux que je viens de spécifier.

Aussi bien sera-ce œuvre élémentaire de le distinguer, par exemple, soit de l'*orgeolet*, affection aiguë, que caractérise tout un ensemble de phénomènes inflam-

matoires (base phlegmoneuse, douleurs, élancements, fonte purulente, etc.), et qui, de plus, n'a pas d'adénopathie, etc.; — soit de diverses affections chroniques avec lesquelles, je ne sais pourquoi, certains auteurs s'obstinent à le mettre en parallèle, comme le lupus et l'épithéliome. Sans doute, je le répète encore, le *lupus*[1] et l'*épithéliome*[2] des paupières peuvent bien, à un moment donné, affecter quelques similitudes objectives avec le chancre oculaire; mais est-on jamais forcé de faire un diagnostic par quelques symptômes, sans tenir compte de l'ensemble morbide et de l'évolution? Est-ce qu'en l'espèce la marche lente et la chronicité de ces deux affections ne suffisent pas à les différencier du chancre, lésion relativement aiguë, voire suraiguë par contraste?

Passons donc sur tout cela, car rien de cela n'est de nature à créer des difficultés pratiques.

Ne disons même qu'un mot incidemment d'une autre maladie, la *pustule maligne* palpébrale, qui a pu, assure-t-on, donner lieu à quelque embarras diagnostique, mais que suffiraient en général à caractériser et sa collerette de vésicules si éminemment spéciale et son eschare noire, sans parler même de ses signes bactériologiques[3]. Et venons à la véritable, je dirais presque à l'unique cause d'erreur en l'espèce.

Cette cause d'erreur, vous la connaissez déjà par ce qui précède, car elle n'a rien qui soit spécial au chancre oculaire, et je n'aurai qu'à vous répéter à son propos ce que je vous en ai dit à propos du chancre des lèvres

1. V. Musée de l'hôpital Saint-Louis. Coll. génér., pièce n° 385.

2. V. mémoire cité de F. Lavergne et L. Perrin, p. 390.

3. V. un bel exemple de *pustule maligne palpébrale* au musée de l'hôpital Saint-Louis, Collect. partic. du Dr Péan (pièce n° 213).

ou des narines. Elle n'est autre que ceci : la *modalité croûteuse*, le masque croûteux du chancre. A l'œil comme ailleurs on se laisse souvent prendre à cette apparence, à ce véritable piège. On voit une croûte, et cette croûte n'éveille que l'idée d'une dermatose croûteuse, telle qu'un eczéma, un herpès, un impétigo, un ecthyma, etc. On ne pense pas au chancre, puisqu'il ne s'agit que d'une croûte, et le soupçon ne vient pas à l'esprit que sous cette croûte, sous ce déguisement, puisse se masquer un chancre. De cela j'aurais pour ma seule part, relativement au chancre oculaire comme à tant d'autres chancres de tout siège, maints exemples à produire. « Que voulez-vous? me disait récemment un de mes élèves qui avait méconnu de la sorte un chancre de la paupière inférieure; j'ai vu une croûte, et, voyant une croûte, je n'ai pas pensé à un chancre. »

Comment vous mettre en garde contre une méprise de cet ordre, si ce n'est en vous répétant une fois de plus cette vérité tant rebattue, tant ressassée, que la modalité croûteuse est précisément un des aspects qu'affecte et qu'affectionne le plus le chancre alors qu'il siège à la peau? Une croûte, voilà, huit ou neuf fois sur dix, la physionomie du chancre cutané, alors du moins que ce chancre a été abandonné à son évolution propre. Donc, à l'œil comme ailleurs, alors qu'on se trouve en face d'une lésion croûteuse, il faut toujours penser au chancre comme cause possible de cette lésion; il faut toujours laisser une place au chancre dans les diverses hypothèses à discuter sur la nature d'une telle lésion. Si l'on veut bien, enfin, consentir à se pénétrer de ce principe, on aboutira au soupçon du chancre à propos d'une lésion croûteuse palpébrale; et il ne restera plus alors, chose relativement facile, qu'à confirmer ou infirmer ce

soupçon par la recherche des signes propres au chancre.

II. — Avec le chancre conjonctival, avec le chancre *interne*, c'est un écueil d'un genre tout différent devant lequel on court risque de sombrer.

Ici, quand on se trompe, on se trompe le plus souvent pour *n'avoir même pas vu le chancre*. Et comment cela? Par examen incomplet, insuffisant; parce qu'on a vu seulement la complication, sans voir ce qu'il y avait derrière. On a constaté de prime abord le fait saillant, le fait qui s'impose, à savoir une conjonctivite, une blépharite, une blépharo-conjonctivite. Puis, on s'en est tenu là, sans aller plus loin, et l'on a laissé le chancre passer inaperçu.

Méprise d'ailleurs facile et pardonnable, surtout dans les cas où l'accessoire devient le principal. Le chancre, en effet, n'est souvent qu'une lésion peu importante, voire minime relativement à ses complications, lesquelles alors prennent objectivement le premier rang dans la scène morbide. Sans parler même d'autres cas où la recherche, à fortiori la découverte du chancre peut être rendue difficile, voire impossible, par le gonflement inflammatoire des paupières.

Donc, *ne pas voir* le chancre, voilà l'erreur possible à commettre, ou plutôt même, disons mieux, facile à commettre.

La double leçon à tirer de là, c'est, d'abord, qu'étant donnée une conjonctivite ou une blépharite, il faut, non pas se borner à la constatation de ce qu'on voit, mais en rechercher le pourquoi, la raison; — c'est, en second lieu, qu'en tout état de cause il importe d'interroger les ganglions. En l'espèce, même, c'est l'examen du système ganglionnaire qui constitue la meilleure sau-

vegarde contre la méprise en question. Car, si l'on trouve les ganglions affectés, par cela seul on sera conduit à suspecter un chancre. Or, le chancre une fois suspecté, on le cherchera, et, le cherchant, on aura toutes chances pour le trouver.

D'ailleurs, une fois le chancre découvert, avec quelles lésions pourrait-on le confondre?

Serait-ce avec les ulcérations dérivant d'une *conjonctivite phlycténulaire* (dite encore conjonctivite lymphatique, herpétique, etc.)? Mais les ulcérations de cet ordre sont bien moins importantes comme étendue que ne l'est celle du chancre, bien plus irrégulières aussi, bien plus sinueuses de contour. Puis, n'ont-elles pas pour cortège tout un ensemble de symptômes éréthiques et vivement inflammatoires qui font défaut avec le chancre, à savoir : injection très accentuée, douleurs vives et parfois très vives, larmoiement intense, et surtout photophobie excessive, « photophobie presque caractéristique par son exagération même, à ce point que les malades ne peuvent absolument pas supporter la lumière et restent des heures entières la tête enfoncée dans leur oreiller »?

Une confusion serait-elle plus admissible avec la *dacryocystite ulcérative*? Oui, puisqu'une erreur de ce genre a été publiée, relativement à un cas où une intervention chirurgicale fut proposée pour un chancre méconnu du grand angle de l'œil (De La Personne). Mais un tel cas, en vérité, n'est qu'exceptionnel, et presque invariablement le diagnostic dérivera en pleine lumière de l'évolution morbide, de la chronicité des accidents, d'antécédents multiples attestant une tumeur lacrymale, etc. Nul besoin d'insister.

Si bien qu'à tout prendre il n'est que deux lésions

qui, réellement, puissent ici donner le change, à savoir :

1° La *conjonctivite diphthéritique*, qui parfois est vraiment très analogue d'aspect au chancre pseudo-membraneux. — Elle s'en distinguera toutefois « par ses fausses membranes, qui sont plus étendues, plus épaisses, plus crémeuses que ne l'est la couenne diphthéroïde du chancre ; — par la coexistence habituelle d'ulcérations cornéennes ; — par l'absence d'induration comparable à l'induration chancreuse ; — par une adénopathie plus inflammatoire que celle du chancre ; — et, au besoin, par l'examen bactériologique, qui fixera le diagnostic en révélant le bacille de Lœffler, associé ou non au streptocoque ou au staphylocoque.... D'ailleurs, c'est une affection bien plus commune chez l'enfant que chez l'adulte » (Dr Terson).

2° Les *syphilides gommeuses* palpébrales, susceptibles d'affecter parfois une physionomie tout à fait chancriforme. Jugez-en par cette belle aquarelle[1], où vous voyez reproduites deux lésions de cet ordre occupant la face interne de la paupière supérieure, lésions mesurant l'étendue d'une pièce de cinquante centimes pour l'une et d'un haricot pour l'autre, lésions ulcératives, mais à peine creuses, sans bords bien accentués, à surface lisse, de teinte opaline ou légèrement jaunâtre. Vraiment, ne dirait-on pas deux chancres?

Mais, d'abord, de telles lésions sont extrêmement rares en ce point, voire, je crois, plus rares que le chancre, qui cependant n'y est guère commun. D'autre part, l'absence d'adénopathie, les antécédents morbides, et enfin, comme critérium thérapeutique, l'action rapidement modificatrice et curative de l'iodure, suffi-

1 V. Collect. partic., photogr. n° 53.

raient amplement à différencier du chancre ces manifestations d'ordre tertiaire[1].

Évolution. Durée. — L'évolution du chancre oculaire ne présente pas de particularités spéciales.

Sa durée, naturellement variable suivant ses formes, oscille le plus habituellement entre cinq, six ou sept semaines. — Notons cependant qu'elle peut excéder ce terme et de beaucoup. Ainsi, dans un cas du Dr Dubarry, un chancre de la conjonctive, sans être bien sérieux cependant et sans présenter de complications véritables, n'a pas demandé moins de trois mois et demi pour aboutir à réparation[2].

Pronostic. — En tant qu'accidents locaux, les chancres oculaires sont généralement bénins.

Presque toujours ils aboutissent à ce qu'on appelle la *restitutio ad integrum*, c'est-à-dire disparaissent sans laisser de reliquats, voire de cicatrice apparente. A preuve, entr'autres témoignages qui seraient nombreux à citer, une pièce déposée au musée de l'hôpital Saint-Louis par notre vénéré et si regretté collègue le Dr Lallier, pièce où l'on peut comparer un chancre palpébral à sa période d'état et après cicatrisation accomplie[3].

Il n'est pas impossible cependant qu'ils aient pour conséquences certains accidents locaux. A savoir :

1° Pour les chancres extérieurs : une alopécie ciliaire partielle, par destruction des bulbes ciliaires là où l'ulcération chancreuse a entamé un peu profondément le

1. V. Galezowski, *Du chancre oculaire et de son diagnostic avec les ulcères gommeux syphilitiques*, Annales de dermat. et de syph., 1894, p. 1312.

2. V. Aumont, Thèse citée, p. 49.

3. Collection générale, pièce n° 85.

derme; — une certaine irrégularité, une réelle encoche du rebord palpébral; — une légère déviation du bord ciliaire (en ectropion) ou même des points lacrymaux. — Exceptionnellement, enfin, on a signalé « l'oblitération des voies lacrymales » et « une destruction complète de la caroncule ».

2° Pour les chancres internes : des adhérences partielles entre la conjonctive oculaire et la conjonctive bulbaire, notamment au niveau des culs-de-sac. Dans un cas de cet ordre, le cul-de-sac conjonctival supérieur avait été oblitéré complètement, et le Dr Galezowski dut intervenir pour le reconstituer.

Mais ce ne sont là que des cas rares, absolument rares. Et, au total, on peut dire que, comme règle très habituelle, les chancres oculaires de n'importe quel siège guérissent intégralement sans laisser d'accidents posthumes.

Traitement. — Tout chancre qui peut être pansé doit être pansé, c'est là un point sur lequel s'est prononcée l'expérience thérapeutique. Or, tous les chancres extérieurs de l'œil peuvent recevoir un pansement, et ceux-là même qui sont à cheval sur la peau et la muqueuse peuvent être pansés dans leur segment cutané.

Quel mode de pansement leur est le plus profitable? A coup sûr, l'occlusion.

L'occlusion sera pratiquée avec des bandelettes imbriquées de taffetas de Vigo. Pour peu que ce taffetas soit bien agglutinatif et de préparation récente, que les bandelettes soient étroites et bien disposées, le pansement aura assez d'adhérence pour résister à la mobilité des paupières et ne pas se déplacer. Au besoin, d'ailleurs, on l'immobilisera, en le recouvrant d'ouate et en fermant

l'œil par un bandeau pour une durée de quelques jours. — Il sera renouvelé matin et soir, après détersion et lavage de la plaie à l'eau boriquée.

Que si la situation du chancre rend difficile ou impossible l'application des bandelettes, on aura recours à un tamponnet d'ouate enduit d'une pommade (pommade au calomel, à 1 gramme pour 10 ; — pommade au sous-nitrate de bismuth, à 4 grammes pour 10; — pommade à l'iodoforme, à 1, 2, 3 grammes pour 10.)

Quant aux chancres internes, ils ne sont pas susceptibles de pansement, car tout corps étranger déposé à leur surface devient une cause d'irritation violente pour l'œil. On les laissera donc sans pansement, en se bornant à prescrire ceci :

Bains locaux, dans une œillère; — fomentations, fréquemment répétées, avec une solution émolliente (camomille ou guimauve), employée tiède ou chaude; — pulvérisations émollientes; — lotions avec eau boriquée, en vue de prévenir les infections secondaires, etc.

Y a-t-il quelque avantage à saupoudrer ces chancres de temps à autre, comme on l'a conseillé, avec du calomel, de l'oxyde jaune ou de l'iodoforme; — ou bien à pratiquer sur eux quelques onctions avec la vaseline, la vaseline boriquée ou telle autre pommade (pommade au calomel, à l'oxyde jaune[1], à l'iodoforme, etc., etc.)? Je ne vois pas qu'une expérimentation suffisante se soit prononcée à ce sujet. Quant à moi, sans vouloir juger la question, je crois, d'après ce que j'ai vu, que le mieux est de *ne pas toucher aux chancres internes*.

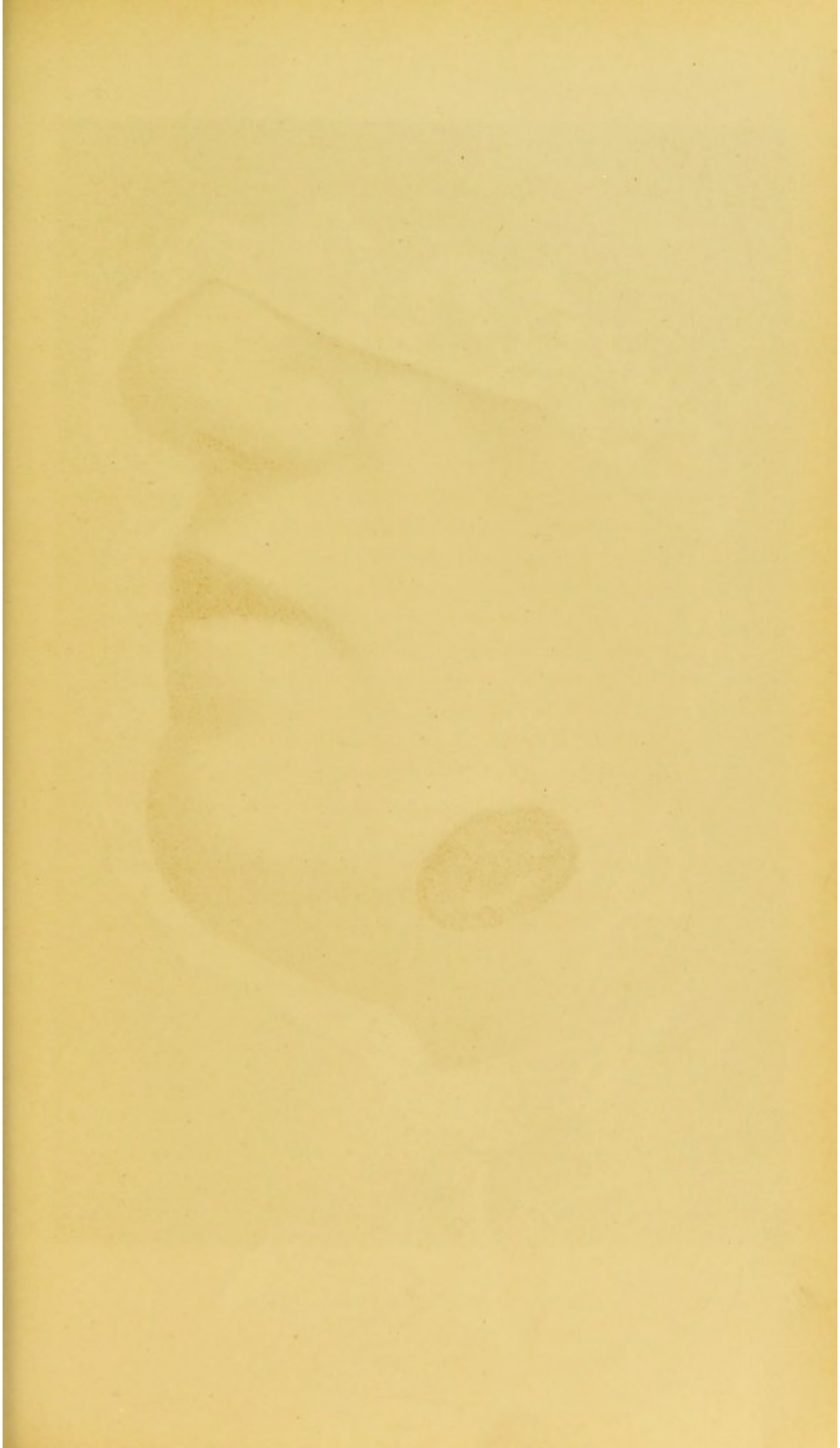
1. Il importe, on le sait, de s'abstenir de cette médication topique mercurielle alors qu'on administre dans le même temps l'iodure de potassium à l'intérieur. Ce dernier sel, en effet, s'élimine par les larmes et pourrait déterminer *in situ* la formation d'un bi-iodure mercuriel très irritant pour la muqueuse oculaire.

Tous les topiques que j'ai mis en usage m'ont semblé les irriter, et je me suis toujours trouvé mieux de ne rien faire que d'intervenir localement par les poudres ou les pommades.

Quant aux attouchements avec la solution de nitrate d'argent ou avec le crayon, ils sont sévèrement proscrits par la majorité des ophthalmologistes. D'après leur dire, ces cautérisations seraient « toujours nuisibles », et ils leur attribuent la plupart des accidents qui se sont parfois produits à la suite de certains chancres oculaires. Je laisse à qui de droit la responsabilité de cette opinion, qui me semble un peu sévère.

Enfin, on a proposé, en vue d'éviter les adhérences, d'interposer de petites mèches dans les culs-de-sac conjonctivaux. Rien de mieux, si ces mèches étaient tolérées; mais elles sont vraiment intolérables. En sorte qu'on est forcé presque toujours de se borner à de simples interpositions de substances graisseuses, en surveillant la marche du processus cicatriciel et en détruisant les adhérences vicieuses dès qu'elles menacent de se produire.

Je ne parle pas du traitement des complications possibles, parce qu'il n'offre rien de spécial. Ces complications seront combattues par les méthodes usuelles (fomentations chaudes, antiphlogistiques, sangsues, atropine, au besoin scarifications sur le chémosis, etc.).



Chancre syphilitique de la face.

CHANCRES DU VISAGE.

Les autres chancres faciaux dont il me reste à vous parler ne sont pas très communs. Je n'en trouve, dans ma statistique de ville, que 40 cas, alors (pour prendre deux termes de comparaison) que les chancres des lèvres y figurent pour 328 cas et ceux de la langue pour 53.

Ces chancres occupent le menton; — les joues; — le nez; — les tempes; — et le front.

Leur degré de fréquence relative se trouvera, je crois, à peu près justement exprimé par la statistique suivante, dressée d'après mes chiffres personnels et les observations de mon service de Saint-Louis (pour quelques années) :

Chancres du menton	54
— de la joue	24
— du nez	13
— du front	2
— des tempes	1
Total	94

Donc, de tous ces chancres, le plus commun, et de beaucoup, est celui du menton, puisqu'à lui seul il est notablement plus fréquent que tous les autres réunis (dans la proportion de 54 à 40)[1].

1. Il tient de même le premier rang, et de beaucoup, dans les statistiques réunies de Neumann, Pospelow, Salsotto, Reboul et Peter :

Chancres du menton	13
— de la joue	5
— du nez	5
— du front	1

Étiologie. — Les conditions étiologiques des chancres du visage sont — à cela près d'une seule, sur laquelle j'insisterai en temps et lieu — celles qui président à la genèse de la plupart des chancres que nous avons étudiés précédemment. Je ne ferai donc que les énumérer d'une façon sommaire.

I. — Dans un très grand nombre de cas, la contagion est *directement* portée sur le visage; et cela de deux façons : soit par les organes génitaux, soit par la bouche.

1° La contagion *génito-faciale* (dénomination qui me dispensera de descriptions plus explicites) est assez commune de la femme à l'homme. C'est elle dont procède assez fréquemment le chancre du menton, voire celui du nez. — Exemple : un malade, cité par le Dr Poncet, ne dissimulait en rien avoir contracté de cette façon un chancre du bout du nez.

Pour quelques cas, aussi rares qu'immondes, la contagion faciale a pu dériver, chez la femme, d'un contact avec l'organe viril. Une fille publique avouait « qu'en état d'ivresse elle s'était exposée à contracter de la sorte la syphilis de son amant ».

2° Mais, d'une façon infiniment plus fréquente, c'est la *bouche* qui porte la contagion à la face; — et cela par le *baiser*, et cela, ici comme ailleurs, par toute espèce de baiser.

Très nombreux dans la science sont les cas où l'on a vu des chancres de toutes régions du visage dériver du baiser.

Ricord, par exemple, a relaté dans ses fameuses *Lettres sur la syphilis* l'histoire d'un de ses confrères qui contracta un chancre de la joue pour avoir été embrassé sur ce point par une de ses clientes « syphilitique et reconnaissante ».

Cette même contagion par le baiser figure dans plus

d'une vingtaine de mes observations personnelles comme origine de chancres de la joue, du menton, du nez, du front, etc.

Pour la grande majorité de ces cas, le baiser contaminant a été celui de l'amour, celui qui s'échange entre époux ou amants. Mais je répète — et j'ai besoin de répéter, vous savez pour quels motifs — que le baiser simplement affectueux ou même indifférent, banal, suffit amplement à la contagion.

J'ai vu, de la sorte, un fils infecter sa mère, et un frère infecter sa sœur. Et de même pour tant d'autres exemples de ce genre qui pullulent dans la littérature médicale.

J'ai vu encore — et il y aura peut-être quelque utilité à citer ce cas spécial — une jeune mariée, fille de la plus honorable famille et, pour sa part également, inaccessible au soupçon, contracter la syphilis du fait de ces embrassades multiples que reçoit obligatoirement toute mariée après la célébration de l'office religieux. Quatre semaines exactement après le jour de ses noces, elle se trouva affectée sur une joue d'un bouton croûtelleux à propos duquel je fus consulté et qui n'était autre qu'un chancre syphilitique. Son mari, sur lequel retombait naturellement une grave suspicion, protestait de son innocence et voulut être examiné. Je l'examinai — cela à maintes reprises — et le trouvai toujours sain. Enquête minutieusement instituée, il resta démontré (aussi rigoureusement qu'un fait de ce genre est démontrable) que cette jeune femme n'avait pu contracter la contagion que le jour de son mariage, où elle avait été embrassée à la sacristie « par plus de cent personnes, connues ou inconnues d'elle ».

Les enfants, voire les tout jeunes enfants, ont été

maintes fois victimes de contagions de ce genre au visage. Exemples :

Une petite fille de neuf ans fut contaminée de la sorte au niveau de la joue par l'un de ses cousins, jeune homme de vingt ans, qui était affecté à ce moment de syphilis secondaire avec plaques muqueuses labiales et amygdaliennes.

Il y a quelques années, un fait de même ordre a été observé dans notre service. Le voici en deux mots : Une nourrice, récemment infectée au sein par un nourrisson syphilitique, nous arrive avec son enfant encore indemne. Nous faisons aussitôt suspendre l'allaitement et recommandons instamment à cette femme de ne plus embrasser son enfant, en raison des dangers de contagion auxquels elle pourrait l'exposer. Tout marche au mieux pendant les quelques mois que cette femme passe avec nous. Puis elle nous quitte, non sans recevoir encore les mêmes avertissements qu'elle jure bien d'observer. — Quelques mois plus tard, elle nous revient avec son enfant, sur lequel nous découvrons un chancre non douteux du menton. Qu'était-il donc arrivé? C'est que, n'ayant plus eu d'accidents et se croyant guérie, cette femme n'avait plus résisté à ce besoin si naturel d'embrasser son enfant; et quelle mère, en effet, résisterait indéfiniment à cette tentation? Malheureusement, elle avait été reprise de syphilides labiales, qu'elle avait considérées, bien que prévenue, pour de simples « gerçures des lèvres ». Et c'est bien sûrement de ces syphilides qu'avait procédé la contagion.

Enfin, nombre de fois, la contamination bucco-faciale s'est exercée de l'enfant à l'enfant, en raison de l'habitude qu'ont les enfants de s'embrasser entre eux. Ainsi, Sturgis a relaté le cas d'un enfant syphilitique de vingt-deux mois qui, toujours par l'intermédiaire du baiser,

communiqua la syphilis à sa sœur aînée, âgée de six ans, sous forme d'un chancre induré de la joue. — J'ai vu de même un bébé de deux ans, affecté de syphilides buccales, contaminer un de ses petits camarades, âgé de trois ans, en l'embrassant sur la joue.

En d'autres cas — mais ceux-ci infiniment plus rares et vraiment exceptionnels — la contagion a dérivé soit de la *morsure*, soit de la *sputation*, soit de la *succion* pratiquée dans un but thérapeutique.

C'est ainsi qu'un de nos malades a été affecté d'un chancre de la joue consécutivement à une morsure. S'étant pris de querelle avec des ouvriers Italiens, il en vint aux mains et, dans la lutte, fut mordu à la joue par l'un de ses adversaires. Sur l'emplacement même de la morsure se produisit un chancre, trois à quatre semaines ultérieurement[1]. — On a cité de même des cas de chancres du nez et du sourcil qui avaient dérivé de morsures[2].

Un de nos confrères a été affecté d'un chancre de la joue, dont l'origine (ainsi qu'il me l'a affirmé bien des fois) ne pouvait rigoureusement provenir que d'une contamination hospitalière. Quatre semaines avant l'éclosion de ce chancre, il lui était arrivé, à l'hôpital, de recevoir d'une de ses malades et en pleine figure une projection de salive, au moment où il lui cautérisait des plaques muqueuses de la gorge.

Enfin, Anderson a relaté le fait suivant : Un homme est atteint à la joue par un coup violent qui détermine

1. V. mémoire précité de Lavergne et Perrin, *Ann. de derm. et de syph.*, 1884. — V. de même Lesage, *Chancre par morsure*, Thèses de Paris, 1885.

2. V., comme exemple, une observation recueillie par M. Morel-Lavallée dans le service du Dr Siredey (*Chancre syphilitique du sourcil (par morsure dans une dispute)*, Ann. de derm. et de syph., 1886.

une excoriation immédiate et, en plus, un épanchement de sang. Un de ses amis, malheureusement affecté à cette époque de plaques muqueuses buccales, lui pratique une succion sur la plaie dans le but d'aspirer le sang. Résultat : contamination de la plaie, et développement d'un chancre *in situ*.

II. — En second lieu, la contagion a été quelquefois portée à la face d'une façon *indirecte*, et cela le plus souvent par les doigts imprégnés du contage spécifique.

Un médecin m'a raconté (et sa bonne foi ne m'est pas douteuse) s'être contagionné de la sorte à la joue. Il portait dans la barbe « une sorte de petite verrue » qu'il s'écorchait sans cesse, machinalement, et cela « aussi bien à l'hôpital que n'importe où ». Un beau jour, l'écorchure consécutive à l'arrachement de cette petite verrue dégénéra en un chancre qui fut suivi de syphilis.

Un cas observé par le Dr de Chapelle se résume en ceci : Un ouvrier se blesse à la joue. Le même soir, il a rapport avec une fille publique, laquelle, quelques jours plus tard, entrait à l'hôpital pour des plaques muqueuses vulvaires. Quelques semaines après, cet homme se trouve affecté d'un chancre de la joue, au niveau même de sa blessure, que très certainement il s'était inoculée avec ses doigts imprégnés de sécrétions vulvaires[1].

III. — D'autres fois, la contagion s'est exercée d'une façon *médiate*, par l'intermédiaire de n'importe quel

1. V. Reboul, Thèses de Bordeaux, 1892.

objet (serviette, mouchoir, compresse, éponge, linge de pansement, etc.), voire, a-t-on dit, par un masque.

Un père et un fils, raconte C. Pellizzari, se servaient d'une même serviette pour leur toilette. Mais le père ne faisait pas seulement usage de cette serviette pour se laver le visage; avec elle aussi il se lavait la verge, où il portait un chancre syphilitique. Si bien qu'en se débarbouillant avec le même linge, le fils contracta deux chancres de la joue.

Le même auteur a encore cité le fait suivant : Un homme marié, qui venait de contracter un chancre du menton, continuait à faire lit commun avec sa femme. Une nuit, son pansement se déplaça, et cela si malheureusement qu'il tomba sur la joue, puis de là sur le cou de sa femme, laquelle fut contagionnée sur ces deux points[1].

Cas plus curieux encore, récemment relaté par le Dr Monnet. — Dans un taudis effroyable de malpropreté vivait un ménage des plus misérables, composé du père, de la mère et de trois jeunes enfants. La mère, femme de mœurs plus que légères, vint à contracter la syphilis. Naturellement elle la transmit à son mari. Mais, en outre, elle la transmit aussi à ses trois enfants, et comment cela? Par l'intermédiaire d'une loque immonde qui servait de débarbouilloir à *toute* la famille et que, faute d'eau, elle mouillait avec sa salive pour nettoyer la figure des enfants. — A noter, à la vérité, que ces trois enfants étaient tous affectés d'impétigo facial, ce qui constituait une porte d'entrée pour le contage. Toujours est-il que tous trois furent infectés. Le plus jeune contracta en pleine joue un chancre induré énorme,

1. *Della transmissione accidentale della sifilide*, Giornale ital. delle mal. ven., 1882. — Analyse dans les *Ann. de derm. et de syph.*, 1883, t. IV.

suivi d'une syphilis grave à laquelle il succomba. Les deux autres furent affectés de chancres labiaux[1].

IV. — Mais j'ai hâte d'arriver à un mode de contamination spéciale à la face, à savoir la contamination par le *rasoir*.

La littérature médicale contient une foule de cas relatifs à des transmissions de ce genre, cas où des chancres de diverses régions faciales (menton, joues, lèvres, etc.) ont été rapportés comme étiologie à l'usage du rasoir *banal*, du rasoir que l'on trouve chez le coiffeur et qui sert à tout venant.

Que, pour un certain nombre de ces observations, la démonstration de cette origine infectieuse spéciale n'ait pas été rigoureusement faite, je n'en disconviendrai pas. Toutes ces observations, en effet, ne sont pas parfaites, loin de là. Mais, d'ailleurs, comment le seraient-elles? La démonstration de la « culpabilité » d'un rasoir ne peut jamais être établie, on le conçoit de reste, avec une certitude mathématique. Elle ne repose et ne saurait reposer que sur deux considérations de clinique et d'anamnèse, à savoir : 1° coïncidence chronologique à terme voulu entre une rasure suspecte et la production d'un chancre facial; — 2° absence absolue d'autres causes possibles de contamination. Exiger plus, c'est récuser à l'avance et de parti pris toutes les contagions de cet ordre, car c'est réclamer des preuves qui, sauf exceptions rarissimes et extraordinaires, ne sont pas de nature à pouvoir être produites. Allez donc remonter (qu'on me pardonne cette façon de dire) dans le passé d'un rasoir, pour établir s'il a pu servir ou non chez

1. *Trois cas de contamination indirecte de syphilis*, Journal des mal. cut. et syph., 1891, t. III, p. 265.

un coiffeur à un sujet syphilitique! Je le répète, la démonstration du chancre dérivant du rasoir ne sera jamais fournie par une transmission de ce genre suivie à la piste dans les diverses circonstances qui l'ont préparée et accomplie; elle réside et ne peut résider que dans ces deux témoignages : possibilité même du fait, et fréquence de sa production dans les conditions particulières que je précisais tout à l'heure.

Que, d'autre part, dans l'opération complexe de la rasure, le rasoir ne soit pas le seul intermédiaire à incriminer pour la transmission du contage; qu'il faille aussi faire place dans les suspicions à un transport possible par le blaireau, par les serviettes, comme aussi par la main de l'opérateur, cela est encore vrai, rigoureusement vrai.

Mais n'importe. Toujours est-il que la rasure faite chez le coiffeur avec le rasoir banal, avec le rasoir qui sert à tout le monde, constitue une opération véritablement dangereuse, plus dangereuse à coup sûr qu'on ne le croit généralement, et que les contaminations transmises de cette façon, quoi qu'en aient dit certains sceptiques, sont irrécusables.

Irrécusables, oui, et cela à divers titres :

1° De par leur fréquence même. Je le répète, de tous côtés, dans tous les pays, on a relaté des contagions de cet ordre.

2° De par les circonstances particulières à quelques-uns de ces faits. Quelques exemples.

Un homme de soixante-cinq ans, « ne s'étant exposé depuis dix ans à aucun risque de contagion », se fait raser, en voyage, chez un perruquier. L'opérateur, peu adroit, le coupe au menton et appuie le doigt sur la blessure pendant quelques minutes pour arrêter le sang.

Quatre semaines après, apparaît, au niveau même de la coupure, une lésion qui devient un chancre syphilitique.

Un homme, qui avait coutume de se faire la barbe lui-même, va par hasard se faire raser chez un coiffeur et remarque même que l'individu qui le précède immédiatement entre les mains de l'opérateur « porte de singuliers boutons sur le visage ». Quelques semaines après, il est affecté d'un chancre sur la joue.

Deux amis vont se faire raser chez un coiffeur, dans une ville d'eaux minérales très fréquentée par les syphilitiques. Tous deux contractent la syphilis à normale échéance après cette rasure, l'un par un chancre du menton et l'autre par un chancre de la joue.

3° D'ailleurs, quoi de plus probant en l'espèce que la considération suivante, pour démontrer que la contagion par le rasoir est de celles qui sont fatalement destinées à se produire?

Est-ce que les gens qui ont l'habitude de se faire raser chez le coiffeur y renoncent tout aussitôt, pour se raser eux-mêmes, dès qu'il leur arrive de contracter la syphilis? Pas le moins du monde. Ils continuent, comme par le passé, à se faire raser chez le coiffeur; cela, je l'affirme, pour avoir interrogé sur ce point quantité de mes malades d'hôpital ou de ville. Et, qui plus est, ils continuent à se faire raser chez leur coiffeur quoi qu'il leur arrive à la face, qu'ils aient ou non dans la barbe ce qu'ils ont si souvent, à savoir des papules, des papulo-croûtes, des pustules, des ulcérations. Que dis-je! J'en aurais plus de trente à citer qui ont continué à « fréquenter » chez le coiffeur *avec des chancres de la face,* — entendez bien ceci, messieurs, — avec des chancres du menton, des chancres des lèvres, des chan-

crès sous-nasaux, des chancres des joues, des chancres parotidiens, etc. D'ailleurs, ce matin même, n'avez-vous pas entendu un de nos malades, affecté de deux chancres ulcéreux du menton, nous raconter « qu'il n'avait jamais cessé de se faire faire la barbe chez son perruquier jusqu'au matin même du jour où il est entré dans nos salles »? Je vous laisse à penser si avec ses deux plaies en pleine suppuration il a pu contaminer le rasoir qui lui a servi.

Telle est la vérité des choses.

Or, cela posé, répondons maintenant, je vous prie, aux deux questions suivantes :

1° Est-il possible, oui ou non, que, sur des malades affectés de syphilides faciales suppuratives ou de chancres faciaux, le rasoir, le blaireau, la serviette ou les mains de l'opérateur ramassent le contage syphilitique?

Manifestement oui. Qui oserait soutenir le contraire?

2° Est-il possible, oui ou non, que le contage syphilitique, ramassé par le rasoir, le blaireau, la serviette ou les mains de l'opérateur, soit transmis ultérieurement à un sujet sain dans l'opération de la rasure?

Manifestement, oui encore. Car de la rasure dérivent fort souvent, comme chacun sait, des érosions, des écorchures, des coupures. Et même, sans produire de réels traumatismes, la rasure ne consiste t-elle pas en une sorte de raclage de l'épiderme, raclage déterminant de toute nécessité des abrasions microscopiques, c'est-à-dire constituant un état du derme naturellement propice à des inoculations infectieuses?

Et qu'on ne vienne pas dire que ces risques d'infection sont usuellement prévenus par le lavage et la purification de tout ce qui sert à la rasure. D'abord, tout ce qui sert à la rasure, soit dans la misérable échoppe du bar-

bier de village, soit dans les « salons » des coiffeurs de la capitale, est-il lavé et purifié après chaque opération? Très généralement, non ; chacun de nous sait à quoi s'en tenir sur ce point. Puis, quand ce lavage est fait, comment est-il fait? Y procède-t-on avec cet ensemble de précautions minutieuses, méticuleuses, qui sont rigoureusement indispensables à l'élimination des germes? Le rasoir est-il jamais flambé, passé à l'alcool? Une antisepsie vraie est-elle jamais réalisée en pareille circonstance? Inutile de répondre à de si indiscrètes questions.

De là, en définitive, cette double conclusion :

1° Que la rasure faite avec le rasoir banal, avec le rasoir qui sert à tout venant, expose nécessairement, forcément, à des risques de contamination syphilitique s'exerçant sur le visage.

2° Qu'il n'est donc rien d'étonnant à ce que des contagions de cet ordre, en l'absence de précautions suffisantes à les conjurer, se soient maintes fois produites; — comme, du reste, elles continueront à se produire si l'indifférence du public continue à laisser aux coiffeurs l'initiative de précautions hygiéniques et antiseptiques qu'il ne rentre guère dans leur compétence d'imaginer et de réglementer.

Nombre de maladies sérieuses — à commencer par la trichophytie, la pelade et la syphilis — sortent des officines des barbiers coiffeurs. Donc, peut-être bien y aurait-il, pour la protection du public, autre chose à faire que de *ne rien faire*, ce qui constitue la seule prophylaxie du jour.

V. — Enfin, un dernier point me reste à mentionner. Il n'est pas très rare que l'origine de certaines contami-

nations faciales reste absolument *ignorée,* impénétrable, en dépit de tous les efforts institués pour la découvrir, en dépit des enquêtes les plus complètes et les plus minutieuses.

Exemple du genre, que j'ai eu l'occasion d'observer, il y a une douzaine d'années, dans ma clientèle.

Un jeune lycéen d'à peine dix-sept ans, presque un enfant encore de par la taille, l'absence de développement et les goûts, vient à être affecté d'une lésion singulière, tantôt ulcérative et tantôt croûteuse, large comme une pièce de cinquante centimes environ, et siégeant au-devant de l'oreille, à un centimètre du tragus. Je suis mandé à ce propos par le médecin de la famille qui, après des hésitations bien naturelles, en était arrivé à « suspecter là quelque chose de très extraordinaire et de fâcheux ». Je reconnais dans cette lésion un chancre typique, avec son induration usuelle, son adénopathie satellite, etc.; et en effet, soit dit immédiatement, c'était bien un chancre dont il s'agissait, ainsi que le démontra l'évolution ultérieure.

Grand émoi dans la famille à l'énoncé de ce diagnostic, auquel d'abord on ne veut pas croire, mais qui se trouve bientôt confirmé. Alors on s'inquiète, on s'informe, on établit une enquête. Le jeune homme déclare n'avoir jamais eu de rapports, n'avoir même jamais été embrassé par une femme ni par aucune personne étrangère à sa famille. Le père, cependant, prétend bien « en avoir le cœur net », et veut que je l'examine, lui et toutes les personnes de sa maison, sa femme, ses bonnes, son domestique, etc. Je trouve tout ce monde sain. D'autre part, pas de contagion possible par le rasoir (notre jeune homme étant encore imberbe), non plus que par les objets de toilette, qui lui

sont rigoureusement personnels, etc., etc. Bref, toutes les conjectures imaginables sont épuisées les unes après les autres, et, en dépit de tous nos efforts, l'enquête finit par rester muette. Et telle elle est toujours restée. Car, depuis lors, je n'ai pas cessé d'être le médecin de ce jeune homme, qui a bien acquis la trentaine aujourd'hui. Maintes fois la conversation est revenue entre nous sur l'origine de sa maladie; maintes fois je lui ai demandé s'il ne nous avait pas dissimulé quelqu'une de ces escapades qui sont familières aux collégiens, et toujours il a protesté de son absolue sincérité, toujours il m'a répondu qu'il en était encore à ignorer comment il avait gagné son mal. Suivant son expression, « ce maudit chancre lui est tombé du ciel ».

Eh bien, ce n'est pas là une histoire isolée dans le chapitre qui nous occupe. Nombre de fois, au contraire, on a vu l'origine de la contagion syphilitique du visage rester absolument *ignorée*, *incompréhensible;* et cela non pas seulement sur des sujets pouvant avoir quelque intérêt à dissimuler, mais sur des sujets d'absolue bonne foi, n'ayant rien à cacher, rien à taire, cherchant eux-mêmes à se renseigner sur le pourquoi et le comment de leur maladie.

Qu'est-ce que cela signifie, sinon, comme je vous l'ai déjà dit plusieurs fois, que ces contagions inexpliquées doivent certainement dériver, au moins pour un certain nombre de cas, de circonstances toutes fortuites, purement accidentelles et échappant à toute investigation rationnelle, à toute analyse étiologique, par cela même qu'elles relèvent uniquement du *hasard?* Alors, par exemple, qu'une de ces contagions procède d'une simple projection de salive sur le visage dans une conversation avec un sujet syphilitique, allez donc, même

avec la plus parfaite anamnèse, retrouver trace d'un tel incident, qui peut n'avoir même pas été remarqué à l'instant où il s'est produit! Eh bien, ce n'est là qu'un spécimen, une variété de ces contaminations de hasard, multiples à l'infini, qui peuvent transporter le contage sur la face, en laissant mystérieuse, forcément, et à jamais mystérieuse, l'origine dont elles dérivent.

VI. — Enfin, comme complément à cette étiologie, il me reste à dire :

Que les chancres de la face, à l'instar du reste de presque tous les chancres, sont beaucoup plus communs chez l'homme que chez la femme;

Qu'ils s'observent surtout dans la jeunesse;

Mais qu'on les a signalés à tous les âges, voire aux extrêmes de la vie, chez le vieillard comme chez l'enfant, et même chez le tout jeune enfant.

A ce dernier propos, une remarque doit trouver place ici : c'est que les chancres du visage sont *les chancres les plus fréquents de l'enfance* (13 sur 26, dans ma statistique personnelle[1]). Il est à cela, d'ailleurs, de bonnes et multiples raisons que voici :

D'abord, l'enfant est « embrasseur » de nature et

1. Voici, en effet, ce que je trouve dans mes notes :

CHANCRES EXTRA-GÉNITAUX OBSERVÉS CHEZ L'ENFANT :

Chancres	des lèvres	8 cas.
—	des joues	2 —
—	du nez	1 —
—	de l'œil (paupières)	2 —
—	de la langue	1 —
—	du cou	3 —
—	de l'anus et de la région périanale	4 —
—	du bras (vaccination)	5 —
	Total	26 cas.

embrasse n'importe qui. — Réciproquement, l'enfant est embrassé plus souvent encore qu'il n'embrasse et, de même encore, embrassé par n'importe qui ; car, ainsi que l'a dit Michelet, « le petit enfant est fait pour le baiser, il l'attire, il le provoque ». Or, jugez à quels risques l'expose ce fâcheux privilège, étant donnée l'incroyable fréquence des syphilides buccales chez l'adulte. — D'autre part, les enfants s'embrassent souvent entre eux. — Puis encore, ils ont pour habitude de se prêter leurs joujoux, qu'ils ne manquent guère de porter à leur bouche et de promener sur leur visage tout imbibés de salive. — Finalement, mais cela est plus rare, ils sont parfois contagionnés au visage par leurs nourrices. Exemple : un tout petit bébé contracta de sa nourrice, affectée de chancres mammaires, un chancre de la lèvre et un chancre de la joue.

Sans compter encore que ces chancres faciaux de l'enfance, dont on ne se méfie pas, sont devenus plusieurs fois (et par cela même qu'on ne s'en méfie pas) l'origine de petites *épidémies familiales* où parents et enfants ont été contaminés. Rollet, pour n'en citer qu'un exemple, a relaté l'histoire de *toute* une maisonnée qui fut infectée de la sorte. Un enfant de quinze mois, élevé dans sa famille, fut embrassé et contagionné à la face par une prostituée. On ne prit aucune précaution contre un mal resté méconnu. Et de là advint que l'enfant transmit la syphilis à sa grand'mère, à ses deux frères et à ses deux sœurs.

Cela dit sur l'étiologie, venons maintenant à l'étude clinique de ces chancres du visage.

Nombre. — Pour la grande majorité des cas, le chancre du visage est *unique*. Ce qu'on observe le plus

souvent et de beaucoup est ceci, par exemple : *un* chancre du menton, *un* chancre de la joue, *un* chancre du nez, etc.

Il est à cela, cependant, d'assez nombreuses exceptions. Plusieurs fois on a signalé des chancres doubles ou même (bien plus rarement) triples sur le visage, comme dans les cas suivants, que je citerai à titre de spécimens : deux chancres du menton ; — deux chancres de la même joue (Tenneson) ; — deux chancres des joues, l'un à droite et l'autre à gauche ; — deux chancres du nez ; — trois chancres du menton ; — trois chancres sur une joue, dans un cas que j'ai observé avec mon ami le Dr Barthélemy[1] ; — etc.

Ici même se place une particularité des plus curieuses, consistant en ceci : *grande multiplicité possible des chancres du menton*. C'est ainsi qu'en plusieurs cas on a rencontré des chancres du menton singulièrement multiples. On en a compté sur cette seule région jusqu'à 4, 5, 6, 7 et même 8.

Brousse, par exemple, a relaté le cas d'un malade qui (probablement contaminé par le rasoir) présenta un chancre de la lèvre et *six* chancres du menton[2].

J'ai traité en ville, l'an dernier, un jeune homme qui fut affecté de *sept* chancres de la région mentonnière.

Une pièce déposée par moi au musée de l'hôpital Saint-Louis reproduit les cicatrices sycosiformes de

1. Comme particularité intéressante, je mentionnerai que la jeune femme sur laquelle nous avons observé ces *trois* chancres de la joue était affectée d'une acné rosée des plus intenses. Il est donc à penser que l'état morbide des téguments, mal défendus par un épiderme en exfoliation permanente, a dû favoriser l'inoculation, en offrant au contage des « portes d'entrée », des voies de pénétration pour ainsi dire préparées et ouvertes.

2. V. *Annales de derm. et de syph.*, 1891, p. 330.

huit chancres du menton qu'a présentés l'un de nos malades[1]. — Et ainsi de suite.

Comment interpréter cette multiplicité singulière de l'accident spécifique initial sur cette région? Vraisemblablement elle doit dériver des petits traumatismes qu'y produit la rasure, de la même façon que la multiplicité assez usuelle du chancre pénien chez les galeux s'explique par les traumatismes cutanés de l'acare et du grattage[2]. Il y a là, me semble-t-il, un rapprochement qui s'impose.

On dira peut-être : mais, cette même multiplicité du chancre ne s'observe pas à la joue, sur laquelle passe cependant le rasoir. C'est très vrai ; mais remarquez que la joue, région plane, est bien mois sujette à être excoriée par le rasoir que le menton, région convexe et vallonnée. Chacun sait que la rasure est bien autrement facile à la joue qu'au menton ; on s'écorche rarement à la joue et fréquemment au menton avec le rasoir.

D'ailleurs, l'interprétation que je propose n'est qu'une hypothèse, et je ne la produis que sous toutes réserves.

Formes cliniques. — En leur qualité de chancres cutanés, les chancres du visage affectent les modalités objectives propres à tous les chancres de la peau, n'importe le siège.

C'est dire, tout d'abord, qu'ils se divisent, comme d'usage, en deux grands groupes relativement à leurs apparences objectives. Tantôt ce sont des chancres

1. Collect. particul., n° 561.

2. V., au Musée de l'hôpital Saint-Louis, plusieurs pièces relatives à des chancres *multiples* de la verge chez des sujets affectés de gale.

croûteux, et tantôt ce sont des chancres sous forme de *plaies à découvert*.

C'est dire aussi que, suivant des conditions diverses, ils peuvent se présenter sous tel ou tel de ces deux types, voire alternativement. Non traités, ce sont des chancres croûteux; soumis à un pansement, ce sont des chancres « à vif ». Il n'est même pas rare que tour à tour le même chancre affecte l'une et l'autre de ces deux modalités objectives.

Examinons-les dans chacun de ces types.

1° *Chancre croûteux*[1]. — Sous cette forme, le chancre facial n'est rien autre que ceci : une *croûte* faciale; — croûte n'ayant par elle-même rien de bien spécial; — généralement brunâtre et d'un brun habituellement plus ou moins foncé, quelquefois jaunâtre cependant, par exception; — assez épaisse, solide, compacte; — toujours un peu surélevée.

A première vue, c'est donc quelque chose comme un ecthyma, un impétigo, ou même un herpès, un furoncle desséché, et rien de plus.

Toutefois, déjà cette lésion croûteuse peut se recommander à l'attention par quelques caractères propres à donner l'éveil, à savoir :

1° En ce qu'elle constitue une lésion circonscrite, *bien définie*, bien délimitée, et non pas (j'insiste sur ce point) une lésion diffuse, non pas une lésion à contours incertains, indécis, irréguliers, sinueux (comme se présente la croûte de l'impétigo ou de l'eczéma);

2° En ce qu'elle offre usuellement une configuration *arrondie*, parfois correctement orbiculaire, ou tout au moins se rapprochant du type cerclé;

1. V., au Musée de Saint-Louis, pièces n^os^ 246 et 265 de ma Collect. particulière.

3° En ce qu'elle est d'*étendue tout au plus moyenne*, variant entre celle d'une pièce de cinquante centimes et celle d'une pièce d'un franc ; — étendue conséquemment très différente de celle qui est la plus habituelle aux lésions croûteuses que réalise la syphilis tertiaire ou la tuberculose cutanée ;

4° Et surtout, par-dessus tout, en ce qu'elle repose sur une assise résistante, sur une *base dure*, laquelle n'est autre que l'induration spécifique du chancre.

Ce dernier caractère notamment (sans même parler de l'adénopathie concomitante) sera presque toujours de nature non pas seulement à éveiller le soupçon, mais à déterminer le diagnostic en faveur du chancre.

2° *Chancre sous forme de plaie à découvert.* — Sous ce deuxième type, le chancre facial se présente avec la caractéristique usuelle, classique, soit du chancre érosif, soit du chancre ulcéreux. — Détaillons.

A. — Dans la première de ces modalités cliniques, on a affaire à une simple *lésion érosive* de la peau du visage ; — lésion effleurant plutôt qu'entamant le derme ; — quelquefois plate, absolument plate, et de niveau avec les téguments voisins, mais plus souvent quelque peu surélevée de façon à constituer une légère papule en plateau ; — se raccordant de plain-pied avec les tissus sains périphériques, c'est-à-dire se terminant par une ligne de frontières sans ressaut, sans entaillure, sans arête, *sans bords* véritables, en un mot ; — à surface lisse, égale, unie, si bien unie qu'elle en est parfois comme vernissée ; — de coloration généralement rouge, et souvent même d'un rouge vif, presque carminé, rappelant au plus haut degré le ton du muscle disséqué, de la « chair musculaire ».

A ce dernier point de vue, notons expressément un fait bien souvent remarqué en clinique, à savoir : que certains chancres du visage se dénoncent tout aussitôt, se dénoncent à première vue en tant que chancres, rien que par leur belle teinte carminée ou « chair musculaire », teinte tout à fait spéciale et significative en nombre de cas. Pour vous en convaincre, Messieurs, parcourez à notre Musée la galerie des chancres syphilitiques, et vous m'accorderez qu'il n'est pas d'exagération à ce que je viens de dire.

B. — Dans la modalité *ulcéreuse*[1], ce qu'on observe au contraire consiste en une *entamure* tégumentaire; — plus ou moins excavée suivant les cas; — en général demi-creuse et n'affectant qu'une partie du derme; — mais parfois décidément creuse, profonde de 2, 3, 4 millimètres, et semblant alors intéresser toute la peau, voire plus que la peau, tandis qu'en réalité elle s'en tient à l'épaisseur du néoplasme pathologique; — rouge de fond; — quelquefois cependant un peu jaunâtre ou même (ce qui est très rare) tout à fait jaune, comme sur la pièce n° 857 de notre musée[2]; — quelquefois aussi polychrome.

Ici, deux variétés possibles en tant que configuration de l'ulcère, à savoir :

1° Variété *cupuliforme*, où le fond du chancre dessine une entamure cutanée plus ou moins creuse, descendant en pente douce de sa périphérie vers son centre, et rappelant ainsi l'aspect d'un godet, d'une cupule. Dans ce type, pas de surélévation notable des bords, pas de

1. V., au Musée de Saint-Louis, les pièces portant les n°s 198, 711, 413, 857 (Coll. gén.), etc. —V. de même photographie 118 (Coll. particulière).

2. Collect. générale.

bourrelet périphérique en couronne, faisant relief autour de l'ulcère.

2° Variété dite *en lampion*, où s'ajoute à la configuration cupuliforme un exhaussement de bords constituant autour de l'ulcère un bourrelet surélevé, une couronne saillante. En sorte que d'ensemble la lésion reproduit tout à fait l'aspect bien connu du vieux lampion des fêtes publiques.

Caractères communs à ces deux formes. — Dans l'une ou l'autre de ces formes, c'est-à-dire qu'ils soient érosifs ou ulcéreux, les chancres du visage se signalent encore par divers caractères qui leur sont communs, à savoir :

1° Par leur qualité de lésions *bien circonscrites* et *nettement délimitées*;

2° Par leur configuration tendant d'une façon systématique, manifestement voulue (passez-moi le mot), au type *circiné*, orbiculaire ou ovalaire;

3° Et surtout, par leur *induration* de base. Insistons sur ce dernier point.

L'induration n'est pas seulement pour les chancres de la face un attribut très habituel et l'on peut même dire constant; elle en est, de plus, en général, un attribut fortement accentué. Sur n'importe quelle région de la face (menton, joues, nez, front, etc.), le chancre syphilitique se présente presque invariablement avec une assise résistante, très distincte, facilement saisissable entre les doigts, visible même parfois de par son exubérance, et nettement *accusatrice*. — Je précise.

Rares, très rares même sont les cas où cette induration se réduit à sa variété superficielle et rudimentaire, dite foliacée ou papyracée.

Le plus souvent, au contraire, elle se présente sous

la forme *parcheminée*, en constituant sous l'érosion ou l'ulcération chancreuse un ménisque plus ou moins épais, lequel donne aux doigts la sensation connue sous le nom de « carte de visite ».

Souvent même elle revêt une forme plus accentuée encore, de par l'existence sous le chancre d'une assise néoplasique exubérante, nodulaire, globuleuse, considérable même en quelques cas, jusqu'au point de constituer une sorte de *tumeur sous-chancreuse* à dureté cancroïdienne, chondroïde, presque ligneuse.

Si bien qu'au total on peut dire ceci : De toutes les régions du corps, la région faciale est à coup sûr l'une de celles où l'induration spécifique du chancre se formule le mieux, souvent même avec une réelle exubérance, et se traduit cliniquement de la façon la plus significative. — Ai-je besoin d'ajouter quel profit le diagnostic peut tirer d'un tel symptôme?

VARIÉTÉS. — Très nombreuses et comportant, au moins pour quelques-unes, un grand intérêt clinique.

I. — Un mot, d'abord, sur les variétés d'étendue et d'importance objective :

1° Il est des cas où le chancre facial se réduit aux proportions d'une petite et presque insignifiante lésion. C'est alors quelque chose comme un herpès encroûté, comme un petit placard d'eczéma ou d'impétigo.

Dans ces formes bénignes, insidieuses par excellence, le chancre se présente comme il suit : d'abord, *petit*, exigu comme proportions, atteignant tout au plus cinq à six millimètres de diamètre; — en second lieu, *superficiel*, absolument superficiel, plus semblable à un « bobo » (suivant l'expression habituelle des malades) qu'à une lésion quelque peu sérieuse; — recouvert

d'une *croûtelle très mince*; — à peine rénitent de base, tout au plus doublé d'une mince lamelle *foliacée*. — Enfin, il évolue rapidement et disparaît en trois à quatre semaines, quelquefois même plus hâtivement encore.

Exemple du genre : Un enfant est confié dès sa naissance à une nourrice d'apparence saine, sur laquelle se produisent bientôt deux chancres au pourtour d'un mamelon. Il est infecté, et, quelques semaines plus tard, apparaissent sur lui deux chancres, à savoir un chancre de la lèvre supérieure et un chancre de la joue. Or, ce dernier, que j'ai suivi pendant toute son évolution, *ab ovo ad finem*, est toujours resté extraordinairement bénin. J'affirme, d'abord, qu'il n'a jamais dépassé comme étendue les proportions de ce qu'on appelle une belle lentille. A l'origine, il n'était représenté que par une petite croûtelle brunâtre à fleur de peau. Pansé, il est devenu une lésion érosive, mais aussi superficiellement érosive que possible; on eût dit l'érosion d'un herpès. D'autre part, à peine si sa base, que j'ai cent fois explorée avec grande attention, présentait un très léger degré de rénitence foliacée, minime, pour ainsi dire insignifiante, et à laquelle il eût été vraiment téméraire d'accorder une signification diagnostique. — Enfin, ce chancre ou cet embryon de chancre se cicatrisa en une quinzaine.

Tel peut être le chancre facial. Mais je n'hésite pas à le déclarer très rare sous cette forme, surtout au degré si atténué et si fruste du dernier exemple que je viens de citer.

2° Bien plus souvent, ce chancre est une lésion d'une tout autre allure. D'habitude et dans les formes de beaucoup les plus communes, c'est une lésion vraie, d'im-

portance moyenne, variable d'étendue entre les proportions d'une pièce de cinquante centimes et celles d'une pièce d'un franc.

3° Enfin, le chancre facial est quelquefois ce qu'on peut appeler un *grand* chancre[1], un chancre sérieux d'apparence, sinon en réalité. — Exceptionnellement, ce peut être un chancre de vaste étendue.

Ainsi, il n'est pas très rare de rencontrer (comme sur l'un de mes clients actuels) des chancres du menton comparables à une pièce de deux francs ou même de cinq francs.

Nous avons eu ici, ces dernières années, un malade affecté d'un chancre orbiculaire de la joue qui avait exactement le diamètre d'un vieil écu.

Sur l'un de nos malades actuels, un chancre de la région parotidienne régulièrement ovalaire, mesure exactement cinq centimètres en hauteur sur trois centimètres et demi comme diamètre horizontal[2].

Le Dr Pauly (de Lyon) a relaté l'observation d'un chancre du front qui (à la vérité consécutif à un violent traumatisme) présentait l'étendue « de la paume de la main[3] ».

II. *Chancre hypertrophique.* — Jusqu'ici, rien de bien particulier, car les chancres de toutes régions présentent des variétés d'étendue et d'importance identiques à celles dont je viens de parler.

Mais voici, en revanche, une forme morbide qui, sans être exclusive au chancre de la face, lui est cepen-

1. V., au Musée de Saint-Louis, les pièces n°s 286, 824, 711 (Collect. génér.), etc. — V. de même photographie n° 118 (Coll. partic.).

2. V. Photographie n° 120, Collect. partic.

3. V. *Lyon médical*, 3 janvier 1892.

dant assez familière pour s'observer avec lui plus communément qu'avec les chancres de n'importe quelle autre région. C'est la forme dite *hypertrophique*, à laquelle, conséquemment, je dois une description détaillée.

Très fréquemment le chancre facial est ce qu'on appelle un *gros chancre*, c'est-à-dire un chancre faisant relief, voire parfois, et cela sans la moindre exagération, *faisant tumeur*.

Ainsi, l'on rencontre sur le visage, au menton notamment et sur les joues, des chancres volumineux qui, bombés, surélevés au-dessus des téguments, constituent de véritables tubérosités, comparables comme volume à une moitié de cerise, à une olive, à une datte, voire à un segment de prune, à une moitié d'abricot. Nombre de cas de cet ordre ont été décrits dans des observations particulières sous les dénominations expressives de « chancre saillant, chancre papulo-tuberculeux, chancre tubéreux, chancre bombé, condylomateux, proéminent, protubérant, chancre en monticule, en plate-forme, etc. ». Plus couramment, cette modalité singulière est désignée de nos jours sous le nom de « chancre hypertrophique » que nous lui conserverons.

Ainsi que je vous le disais à l'instant, cette modalité hypertrophique est plus habituelle aux chancres du visage qu'à toute autre localisation de l'accident spécifique initial. De cela, d'abord, voici la preuve, que je tiens à vous donner. Dans une intéressante monographie sur les chancres de cet ordre[1], le Dr Zwetitch a réuni dix-neuf observations de chancres de tout siège ayant présenté cette forme hypertrophique. Or, parti-

1. Zwetitch, *Sur le chancre syphilitique hypertrophique*, Thèses de Paris, 1884.

cularité déjà curieuse, sur ces dix-neuf observations, dix-huit sont relatives à des chancres extra-génitaux; — et, de plus,sur ces dix-huit cas, *treize* (remarquez bien cette proportion qui, au pourcentage, représente 72 à 73 pour 100), treize, dis-je, concernent précisément des chancres du visage, à savoir :

Chancres des lèvres.	5 cas.
— du menton..	4 —
— de la joue..	3 —
— du nez.	1 —
	13 cas.

De tels chiffres sont assez significatifs par eux-mêmes pour n'avoir pas besoin de commentaires.

Pourquoi cette prédilection de la modalité hypertrophique pour les chancres du visage? C'est là un fait dont la raison nous échappe absolument, mais qui n'en est pas moins des plus intéressants et des plus curieux à enregistrer.

Venons maintenant à la clinique.

Objectivement, la modalité hypertrophique du chancre est constituée par ceci : un *relief* plus ou moins considérable de la lésion.

Le chancre hypertrophique est donc, avant tout, ce que j'appelais tout à l'heure en langage familier un *gros chancre*. Or, pas n'est besoin que ce gros chancre soit en même temps un grand chancre. L'étendue est indifférente en l'espèce. On rencontre, en effet, des chancres hypertrophiques de petit ou moyen diamètre tout aussi bien que de diamètre plus considérable. Ainsi, on voit parfois des chancres faciaux qui, ne dépassant pas comme surface la coupe d'une cerise, constituent au-dessus des téguments un mamelon au moins égal à une

moitié de cerise. Plus souvent, à la vérité, ce sont de grands chancres qui affectent cette modalité.

Ainsi que vous l'avez compris à l'avance, ce chancre hypertrophique n'est rien autre qu'un chancre à néoplasme exubérant, lequel se projette hors la peau sous forme d'une saillie, d'un mamelon, d'un monticule. C'est donc, au total, un chancre exhaussé, mais considérablement exhaussé.

Or, le volume, le relief, la configuration, l'état de surface de ce mamelon chancreux sont naturellement variables suivant les cas. Expliquons-nous sur tous ces points.

Le volume nous est déjà connu par ce qui précède. Quant au relief, il peut ne pas dépasser trois ou quatre millimètres; mais souvent aussi il atteint six, sept et huit millimètres. On l'a vu s'élever jusqu'à un centimètre et plus, auquel cas le chancre fait véritablement *tumeur*, sans que ce terme ait rien d'exagéré. — Ajoutez d'ailleurs que le relief réel du chancre peut encore être accru par la croûte qui lui sert de coiffe ou de couronnement.

En tant que configuration générale, deux variétés : tantôt le mamelon chancreux se présente régulièrement convexe, à la façon d'un segment de sphère (chancre dit *en cabochon*[1]); — et tantôt il émerge des téguments avec des bords presque verticaux, pour s'aplanir à une certaine hauteur et constituer ainsi une sorte de plate-forme (chancre hypertrophique *en plateau*[2]).

Sous l'une ou l'autre de ces formes, ce mamelon du chancre offre au palper une rénitence des plus accen-

1. V., au Musée de Saint-Louis, les pièces n^os^ 374 (Coll. génér.) et 405 (Coll. partic.).

2. V., au Musée de Saint-Louis, la pièce n° 999.

tuées, souvent chondroïde ou cancroïdienne, parfois même presque ligneuse.

C'est à la surface de ce mamelon que se fait la plaie du chancre. Or, dans la forme en papule ou en cabochon, cette plaie, c'est-à-dire la dénudation dermique, occupe toute la saillie néoplasique, de sa circonférence à son centre. — Au contraire, dans la forme en plateau, elle se limite généralement à ce plateau même, en respectant ses bords. Très souvent, même, elle laisse intacte, à la circonférence du plateau, une zone circulaire d'un à deux ou trois millimètres. En sorte qu'elle apparaît comme encadrée par cette zone de tissus sains, ce qui a valu à cette variété le nom de chancre hypertrophique *en médaillon*.

Enfin, la surface de ce mamelon se présente ou bien recouverte d'une croûte, et d'une croûte généralement assez épaisse, brunâtre, brun verdâtre, quelquefois presque noire; — ou bien à découvert, sous forme d'une plaie. Et alors cette plaie n'est pas toujours ce qu'on serait tenté de la supposer *a priori*, j'entends qu'elle n'est pas toujours en harmonie, comme importance de lésions, avec le gros néoplasme qui lui sert de base. Ainsi :

Parfois, ce que l'on constate à la surface de ce néoplasme consiste simplement en une érosion, voire en une érosion superficielle, d'allure étrangement bénigne, ne laissant donc pas de faire contraste avec le caractère malin de l'infiltrat sous-jacent.

Et d'autres fois, au contraire, le mamelon du chancre hypertrophique devient le siège d'un processus véritablement ulcéreux, lequel comporte différents degrés.

Le plus souvent ce processus se borne à entamer la surface du néoplasme dans une profondeur d'un à

deux millimètres. — Quelquefois, cependant, il constitue des ulcérations notablement plus excavées. — Enfin, en certaines formes beaucoup plus rares, il devient, au sens propre du mot, *térébrant,* c'est-à-dire qu'il creuse dans le bloc du néoplasme de véritables *cavernes* ou *géodes,* mesurant jusqu'à 6, 8, 10 millimètres de profondeur. Sous cet aspect, la lésion prend alors une ressemblance objective des plus frappantes avec les syphilides tuberculo-ulcéreuses de la période tertiaire; et ce n'est pas, à coup sûr, un fait peu surprenant que de voir ainsi le chancre, accident initial et exorde même de la vérole, revêtir la physionomie d'une manifestation tertiaire.

Alors qu'un processus ulcératif de cet ordre excave ainsi le chancre, on serait tenté (ce qu'on a fait maintes fois et à tort) de lui appliquer l'épithète de phagédénique. Ce n'est là cependant (sauf exceptions bien rares) que du *pseudo-phagédénisme.* Et, en effet, les chancres hypertrophiques qui s'ulcèrent de la sorte ne sont presque toujours que des chancres *autophages*, c'est-à-dire des chancres qui se rongent eux-mêmes, qui se dévorent eux-mêmes, et cela en respectant les tissus normaux. C'est leur néoplasme propre, à savoir un parenchyme morbide, qui leur sert presque exclusivement de pâture, tandis que les parties saines périphériques restent épargnées. La preuve en est — *a posteriori* — que ces chancres profondément ulcératifs ne laissent le plus souvent à leur suite que des cicatrices absolument disproportionnées avec ce qu'elles devraient être si le processus destructeur s'était exercé aux dépens des tissus normaux. On s'attendrait à voir succéder à de tels chancres des cicatrices larges, creuses, dépri-

mées, difformes, etc., et l'on n'est pas médiocrement surpris de n'avoir à observer à leur suite, en général tout au moins, que des cicatrices de moyenne étendue, relativement superficielles, voire à fleur de peau quelquefois et, au total, très ordinaires. Exemple : Sur l'un de mes malades de ville, un vaste chancre du menton, exubérant et profondément ulcéreux, n'a donné lieu qu'à une cicatrice large comme une pièce de cinquante centimes, plane, lisse, à peine déprimée, et vraiment peu apparente.

III. — Un mot, enfin, sur une dernière variété, celle-ci absolument exceptionnelle.

L'exubérance du processus néoplasique peut s'exagérer encore au delà de ce que nous venons de dire pour constituer alors des lésions tout à fait anormales, étranges, surprenantes, voire de véritables *monstruosités* par rapport au type usuel de l'accident spécifique initial. De telles lésions ne sont plus des chancres, en tant que physionomie objective, mais bien plutôt des *tumeurs* cutanées à surface ulcérative.

Comme exemple, voyez cette belle pièce qui a été déposée au musée de notre hôpital par mon regretté collègue le professeur Trélat[1]. Elle représente deux chancres du menton, mais deux chancres vraiment extraordinaires, le mot n'a rien d'exagéré.

D'une part, en effet, ce sont de grands, de très grands chancres, plus larges qu'une pièce de cinq francs. D'autre part et surtout, ce sont des chancres ultra-hypertrophiques et à néoplasme vraiment considérable, des chancres qui se projettent hors la peau à la façon de

1. Musée de Saint-Louis, pièce n° 256 (Collect. génér.).

grosses tumeurs, et cela avec un relief, une configuration, un aspect général que ne désavouerait pas un cancer.

Si bien — j'en ai eu la preuve maintes fois — que les visiteurs de notre musée ne manquent guère de prendre « pour un cancer, pour une tumeur maligne » la lésion que cette pièce reproduit. Et il ne leur faut rien moins que l'étiquette sous-jacente, contresignée d'un nom qui fait foi, pour les amener à répudier leur diagnostic de première impression.

Évolution. — L'évolution des chancres faciaux et des chancres faciaux de tout ordre est presque invariablement *aphlegmasique*. Comme règle, elle s'accomplit en dehors de tout incident réactionnel, de toute complication. J'ajouterai qu'elle est non moins dépourvue de phénomènes douloureux.

Par exception, cependant, on a vu ces chancres devenir l'origine de quelques symptômes inflammatoires et douloureux. Je citerai comme exemple un cas de M. le Dr Barthélemy, relatif à un chancre de la joue qui détermina à son pourtour une inflammation assez vive, reproduisant à peu près le syndrome clinique d'une périostite dentaire, d'une « fluxion ». La joue, la lèvre supérieure et la paupière correspondante étaient tuméfiées, chaudes, douloureuses; et le chancre lui-même, chose bien rare, était douloureux. Cet ensemble de symptômes persista dix à douze jours[1].

A fortiori, le phagédénisme est-il un accident inconnu à la face. On rencontre bien sur cette région de grands chancres, de gros chancres, des chancres ulcéreux et même profondément ulcéreux; mais jamais, que je

1. V. Zwetitch, thèse citée, p. 67.

sache, on n'y a observé de chancres véritablement destructeurs, serpigineux ou térébrants, auxquels la qualification de phagédéniques soit dûment applicable.

Durée. — Naturellement très variable, et dans de larges proportions, suivant les formes morbides.

Les chancres petits ou moyens, sans néoplasme exubérant, évoluent avec rapidité et se cicatrisent en quelques semaines (cinq, six à huit semaines). Plus hâtifs encore sont les chancres superficiels et simplement érosifs, qui peuvent aboutir à réparation en quatre septénaires.

Au contraire, bien autrement longue est la durée des grands chancres et notamment des chancres à gros néoplasme. Celle-ci se compte ou peut se compter par mois (deux à trois mois, voire quatre mois, et plus). Encore ce terme ne comprend-il pas la résolution du néoplasme. Car tout n'est pas dit avec la cicatrisation du chancre; reste l'induration sous la cicatrice. Or, il est des chancres qui, même assez larges, même assez exubérants comme néoplasme, ne demandent guère plus de six à huit semaines pour se réparer en tant que plaies; mais toujours de tels chancres laissent à leur suite des noyaux volumineux d'induration sous forme de ménisques, de plateaux ou de tubérosités d'un rouge sombre et d'une rénitence très accentuée, fibroïde ou cartilagineuse. A leur tour, ces noyaux exigent pour diminuer de volume, pour s'assouplir et se résorber, un temps toujours plus ou moins long, qui, lui aussi, peut se compter par mois. Si bien qu'au total il n'est pas rare que l'évolution intégrale de la lésion ne s'accomplisse qu'au prix de périodes considérables, oscillant entre cinq, six, sept et huit mois.

Cicatrices, stigmates consécutifs. — Finalement, les chancres faciaux sont-ils suivis de cicatrices persistantes, de stigmates accusateurs?

Oui et non, suivant les cas.

Il n'est pas impossible que ces chancres disparaissent absolument, sans laisser la moindre trace de leur passage. Cela s'observe, mais uniquement avec les chancres petits, superficiels et bénins. Cela s'observe aussi chez les sujets très jeunes, sans doute en raison d'une vitalité de tissus plus active et permettant une restauration complète. Comme exemple, je rappellerai le cas de ce tout petit bébé qui contracta de sa nourrice un chancre labial et un chancre de la joue; ces deux chancres évoluèrent rapidement, et l'enfant n'en a pas conservé le moindre vestige.

Mais cela n'est que l'exception. La règle, au contraire, est que les chancres qui ont intéressé le derme facial soient suivis d'une cicatrice plus ou moins apparente, permanente, ineffaçable, reconnaissable (comme j'en ai eu la preuve plusieurs fois) après dix, quinze et vingt ans.

Seulement, cette cicatrice est le plus souvent peu importante, lisse, étalée, superficielle, régulière, au total non disgracieuse. Parfois même il faut la chercher pour la voir.

Dans les premiers temps, elle est rougeâtre ou d'un brun sombre. Plus tard, elle se pigmente quelquefois et reste telle pour un certain temps. Puis, elle se décolore et finit par devenir un peu plus blanche que les téguments périphériques. — Détail curieux : j'ai observé deux cas où la cicatrice, blanchie à son centre, continuait à rester entourée d'un anneau pigmenté, en forme de bague, et cela au grand désespoir des ma-

lades. Qu'est devenu ultérieurement cet anneau pigmenté? Ayant perdu de vue ces deux malades, je n'ai pu le savoir.

Et surtout, ce qu'apprend seulement l'expérience, c'est que la cicatrice des chancres faciaux n'est presque jamais celle à laquelle on pourrait, on devrait même s'attendre alors qu'on a affaire à des chancres importants, étendus, volumineux, exubérants, à ulcération plus ou moins profonde. De tels chancres, comme je l'ai dit précédemment, ne sont presque toujours que des « trompe-l'œil », qui détruisent seulement leur tissu morbide sans porter grande atteinte aux tissus normaux. En sorte qu'ils ne sont suivis, au moins le plus souvent, que de cicatrices tout à fait disproportionnées avec les apparences objectives de leur période ulcéreuse.

Tandis qu'inversement il est des chancres moyens, non exubérants, d'allures relativement bénignes, qui donnent lieu à des cicatrices déprimées, blanches, apparentes, constituant une disgrâce locale. C'est là ce qui s'est produit sur mon malade aux sept chancres du menton dont je vous parlais tout à l'heure. Bien que ses chancres aient été moyens ou même petits pour quelques-uns, bien qu'ils aient évolué d'une façon rapide, il n'en conserve pas moins sept cicatrices tout à fait visibles, déprimées, et il a dû, pour les masquer, laisser pousser sa barbe.

Donc, ce qui régit les conséquences cicatricielles, c'est bien sûrement la condition suivante : le processus ulcératif s'est-il fait aux dépens du néoplasme chancreux, ou bien aux frais des tissus normaux? Dans le premier cas, peu ou pas de cicatrice ; dans le second, cicatrice plus ou moins accentuée.

Adénopathie. — Le bubon satellite des chancres du visage a sa localisation :

1° Pour les chancres du front et des tempes, dans les ganglions préauriculaires et parotidiens;

2° Pour les chancres des deux tiers inférieurs de l'ovale facial, dans la chaîne des ganglions sous-maxillaires; — auxquels il faut ajouter, pour les chancres de la région moyenne du menton, les ganglions rétro-géniens, situés immédiatement en arrière des apophyses géni.

Comme caractères cliniques, les diverses adénopathies symptomatiques des chancres faciaux ne se différencient en rien de ce qu'est usuellement le bubon satellite des chancres de tout siège. C'est dire qu'elles en ont l'aphlegmasie, l'indolence, la multiplicité ganglionnaire, la dureté spéciale, etc. Inutile d'insister.

A noter seulement ces deux points :

1° Que ces adénopathies sont assez fréquemment volumineuses et à ganglions conglomérés, parfois soudés en une seule masse. On en a cité qui, sous le maxillaire, avaient acquis de la sorte un développement plus ou moins considérable, voire « jusqu'au volume d'un œuf de poule ».

2° Qu'il n'est pas de corrélation entre le volume de ces adénopathies et l'importance des chancres en tant que lésion. De petits chancres peuvent être flanqués d'un bubon volumineux, comme aussi, réciproquement, de gros chancres, des chancres exubérants n'ont parfois pour escorte qu'une adénopathie tout au plus moyenne.

J'ai sous les yeux en ce moment un bel exemple du genre. Un de mes clients porte au menton un petit chancre qui ne dépasse guère les proportions d'une pièce de vingt centimes; or, ce chancre est flanqué d'un

énorme bubon situé en arrière de la partie la plus antérieure du maxillaire, bubon qui s'accuse par une très grosse saillie tout à fait comparable au *double menton* des obèses. A ce point, raconte le malade, que ses amis l'ont plaisanté plusieurs fois à ce propos en lui demandant « ce qu'il avait pu faire pour engraisser de la sorte ».

Diagnostic. — Facile en général, mais facile à une condition (celle qu'il me faut encore reproduire, au risque de me répéter incessamment), c'est qu'on veuille bien, à propos d'une lésion faciale, toujours *penser au chancre*, toujours lui laisser une place dans le groupe des hypothèses à discuter sur les caractères de la lésion.

Le chancre facial, en effet, compte, pour le dénoncer, toute une série de signes, notamment les quatre suivants :

1° Sa qualité de *lésion circonscrite*, nettement délimitée, et reposant à froid sur des tissus sains;

2° Son *induration*, aisément accessible et presque toujours bien accentuée, souvent même excessive, exubérante;

3° Son *adénopathie*;

4° Son *évolution*, c'est-à-dire son caractère de lésion à croissance rapide et hâtivement accomplie, de lésion parvenant à son apogée en une moyenne de quinze jours environ. Signe très essentiel, signe majeur, en ce qu'il suffit par lui seul à différencier le chancre d'autres lésions à évolution lente ou même chronique, telles que l'épithéliome et le lupus.

Sans compter — mais ceci n'est plus qu'éventuel — que le chancre peut encore s'attester par d'autres traits de physionomie objective, à savoir : par sa surface lisse,

unie, tendue, vernissée; — et surtout par sa belle couleur rouge « chair musculaire ». Comme exemple, jetez les yeux sur cette pièce déposée à notre musée par mon ancien chef de clinique et ami le Dr Feulard, et dites-moi si cette lésion de la joue ne s'impose pas immédiatement en tant que chancre syphilitique de par ses apparences objectives, notamment de par sa teinte d'un rouge vif et presque carminé[1].

Aussi bien le chancre du visage est-il facilement reconnu, voire parfois d'un seul coup d'œil, pour un certain nombre de cas, disons même pour la majorité des cas.

Et cependant les erreurs diagnostiques ne font pas défaut à son sujet, bien loin de là! Mais quelles sont ces erreurs? La chose est curieuse et d'intérêt majeur à préciser.

Au point de vue de la pratique, ces erreurs sont de deux ordres : celles qui peuvent être commises à propos des formes bénignes du chancre facial, et celles qui peuvent être commises à propos de ses formes exubérantes.

I. — Dans sa forme *bénigne*, alors qu'il consiste seulement en une petite lésion croûtelleuse, croûteuse, érosive ou sub-ulcéreuse, le chancre facial court risque — et cela plus facilement qu'on ne le pense — d'être pris pour un placard d'impétigo ou d'eczéma, pour un groupe d'herpès encroûté, pour un bouton d'acné, pour une engelure, pour un traumatisme (écorchure, éraflure, coupure de rasoir), pour un furoncle, etc.

Quantité de méprises de ce genre pourraient être

1. Pièce n° 1626, Collect. générale.

citées et ont déjà trouvé place dans les monographies spéciales. Pour ma seule part, il m'est arrivé maintes et maintes fois de retrouver sur diverses régions du visage des macules ou des cicatrices de chancres qui avaient été *méconnus* comme nature et assimilés à telle ou telle des affections précitées, si ce n'est même négligés en tant qu'insignifiants « bobos ». Il n'y a pas un mois qu'il m'est arrivé de la sorte de dépister un chancre du menton sur l'un de mes clients qui, affecté de roséole et de plaques muqueuses, prétendait « n'avoir jamais eu de chancre ». Or, ce chancre du menton avait été pris par lui pour une « coupure de rasoir », coupure qui d'ailleurs, avouait-il, « l'avait étonné par sa persistance et n'avait pas exigé moins de plusieurs semaines pour guérir ».

De même je tiens de mon collègue et ami le Dr Hanot l'observation d'un chancre nasal qui, « exactement situé au bout du nez, croûteux, encadré par une légère aréole rougeâtre, avait été considéré par plusieurs médecins comme une simple *engelure* ». Ce fut l'invasion secondaire seule qui restitua le diagnostic en la droite voie.

Plusieurs fois aussi j'ai reçu de confrères qui s'étaient mépris sur des chancres faciaux l'aveu qu'ils ne s'étaient mépris de la sorte que « pour n'avoir même pas songé au chancre à leur propos ». « Si l'idée d'un chancre m'était seulement venue à l'esprit, m'écrivait récemment un jeune médecin de province, j'aurais pu éviter l'erreur que j'ai commise, car j'aurais cherché et trouvé l'induration, l'adénopathie, etc. Mais que voulez-vous? Des chancres du visage, on en voit en province un tous les dix ans, et je confesse n'y avoir pas pensé un seul instant ».

D'autres fois encore l'erreur en question est commise

par ce que j'appellerai « la suggestion du milieu ambiant ». Quand on a affaire à un enfant, à une jeune fille, quand on se trouve dans un milieu honnête, familial, dans un milieu en apparence fermé à la syphilis, on se laisse facilement influencer par l'air ambiant, on se laisse, dirai-je, griser par le parfum d'honnêteté de la maison, et l'on ne songe pas à la syphilis, à laquelle cependant il faudrait toujours penser. Somme toute, on ne se méfie pas, on ne regarde pas les choses d'assez près, et l'on a bientôt fait, à propos d'un bouton du visage, de lancer à la légère un diagnostic, d'ailleurs conforme aux vraisemblances, d'herpès, d'eczéma, d'impétigo, d'affection banale quelconque. Il y a là, bien positivement, un véritable *piège moral* à éviter.

Et cependant, le diagnostic, par lui même, n'offre guère en l'espèce de difficultés réelles. Car deux signes des plus simples peuvent le fixer, à savoir l'*induration* et l'*adénopathie*. Seulement, je le répète encore, il s'agit de penser au chancre, et cela n'est pas facile, paraît-il.

II. — Tout autre est le genre d'erreurs possibles à commettre à propos des *chancres exubérants*. Ici, la lésion est vraiment d'importance, et c'est avec des lésions d'ordre équivalent qu'une méprise peut seulement se produire.

Trois affections sont à mettre en parallèle avec les gros chancres en question, à savoir :

1. — En première ligne, les *syphilides tertiaires* de forme tuberculo-crustacée ou tuberculo-ulcéreuse.

Et, en effet, que d'analogies objectives tendent parfois à rapprocher ces deux ordres de lésions, cependant si différentes comme qualité d'accidents et comme

échéance chronologique dans l'évolution de la diathèse! Voyez plutôt :

De part et d'autre, assise néoplasique bien accentuée, servant de base au processus ulcéreux; — de part et d'autre, induration des tissus par infiltration du derme; — de part et d'autre, ou bien revêtement croûteux, à grosses croûtes brunes, foncées, compactes, ou bien ulcération entamant le bloc d'infiltrat sous-jacent.

A ce dernier point de vue, ajoutons même cette particularité qui constitue un nouvel élément de confusion, à savoir : que, dans les cas où le chancre se met à ronger son noyau d'induration, il présente souvent — et cela contrairement à ses habitudes — un fond inégal, anfractueux, étagé, raviné, lequel rappelle absolument celui des ulcérations tertiaires.

Si bien qu'entre un gros chancre ulcéreux et une syphilide tertiaire la ressemblance objective peut être complète, absolue. Cela, on n'y croirait pas à priori, on a peine à se l'imaginer, et rien n'est plus vrai cependant, je l'affirme au nom de la clinique. Rappelez-vous combien de fois, ici, j'ai appelé votre attention sur ce point, en vous disant : « Regardez! voici une lésion qui, bien sûrement, indubitablement, n'est autre qu'un chancre de par l'historique de la maladie, de par l'évolution morbide, de par l'explosion secondaire qui vient de se produire à sa suite; et cependant cette lésion offre absolument l'aspect, les allures, la physionomie d'une syphilide tertiaire circonscrite. Donc, à s'en tenir aux seules données objectives, on pourrait commettre une lourde faute diagnostique, consistant à confondre l'accident initial de la syphilis avec une de ses manifestations tertiaires. »

Fort heureusement, les signes rationnels viennent

rectifier ici les erreurs possibles de l'objectivité. Ne négligeons donc jamais de les consulter. En l'espèce, ils consistent principalement en ceci :

1° Avec les syphilides tertiaires, *pas d'adénopathie* (sauf exceptions bien rares). — Avec le chancre, adénopathie constante, « fatale », comme disait Ricord, fortement accentuée en général, et à caractères spéciaux que je n'ai plus à dire.

2° Avec les syphilides tertiaires, *antécédents de syphilis*, long passé de syphilis. — Rien de semblable, forcément, avec le chancre, puisqu'il est le premier accident en date, celui qui sert d'exorde à la série morbide.

3° Avec les syphilides tertiaires, action rapidement répressive et curative de l'*iodure de potassium*. — Pas d'action comparable de ce même remède sur le chancre et sur la résorption du néoplasme chancreux.

4° Enfin, comme critérium absolu, *évolution morbide*, c'est-à-dire, en l'espèce, *explosion secondaire* suivant le chancre à échéance déterminée, et, tout naturellement, ne pouvant que faire défaut au cas où l'accident en litige est une manifestation tertiaire.

II. — En second lieu, c'est avec l'*épithéliome* que peut être confondu le chancre facial exubérant.

Comme l'épithéliome, en effet, il est constitué par un néoplasme volumineux et faisant une forte saillie, quelquefois même par une véritable tumeur cutanée et extra-cutanée, émergeant de la peau sous forme de tête de champignon ou de plateau;

Comme l'épithéliome, il est ulcéreux de surface, souvent même excavé en cratère, en géode;

Comme l'épithéliome, il présente pour assise, sous son ulcération de surface, un infiltrat rénitent, dur,

très dur parfois et d'une dureté qu'on a l'habitude précisément (cela n'est-il pas significatif?) de qualifier de « cancroïdienne », etc., etc.

A ce point que, de l'aveu commun, il *affecte parfois exactement la physionomie de l'épithéliome*. De cela témoigneraient d'abord, au besoin, quantité d'observations particulières où l'on trouve expressément noté ceci : par exemple, que « la lésion rappelait tout à fait d'aspect une tumeur de mauvaise nature », ou bien que « la question diagnostique a dû s'agiter entre le chancre et l'épithéliome », ou bien encore « qu'on avait d'abord pensé sans restriction à un épithéliome, mais que, plus tard, on a dû revenir sur ce diagnostic pour tel ou tel motif, notamment en raison de l'invasion secondaire », etc. — En second lieu, plusieurs fois (je parle toujours observations en main) on a été « sur le point d'enlever chirurgicalement des chancres faciaux qu'on avait réputés épithéliomes. » — Enfin, voici la preuve des preuves : il est un certain nombre de cas où l'on a bel et bien enlevé, excisé, supprimé en tant que lésions cancéreuses, des chancres de la face. Anderson, par exemple, relate un cas où un chancre induré de la joue, pris pour un cancroïde, a donné lieu à une intervention opératoire. J'ai rencontré deux cas semblables dans ma pratique de ville, notamment celui d'un chancre du menton qui a été enlevé par un chirurgien justement célèbre à d'autres titres, mais à coup sûr étranger à nos études spéciales. — Et je dois encore à mes collègues connaissance de quelques autres faits tout semblables.

Il y aurait donc ici matière à un long chapitre de diagnostic différentiel, si déjà je n'avais abordé plusieurs fois devant vous cet important sujet. Je m'abstiendrai

conséquemment de vous répéter en seconde ou troisième édition ce que je vous ai dit ailleurs[1], et me bornerai seulement à vous rappeler ceci :

Qu'indépendamment des données pouvant résulter de l'aspect objectif, le diagnostic en question repose principalement sur les deux considérations suivantes :

1° Évolution très différente, absolument différente pour le chancre et l'épithéliome; — le chancre, en effet, constituant une lésion relativement aiguë, à croissance rapide et promptement accomplie; — parvenant à son apogée en une quinzaine environ; — restant au delà stationnaire, pour ne plus tendre qu'à décroître, se réparer et disparaître; — l'épithéliome, inversement, consistant en une lésion à développement lent; — n'atteignant qu'au prix de mois l'importance que prend le chancre en deux ou trois semaines; — affectant, enfin, une croissance continue, permanente, infinie.

2° Avec le chancre, adénopathie pour ainsi dire immédiate, nettement formulée dès le second septénaire; — avec l'épithéliome, adénopathie faisant longtemps défaut, et n'entrant en scène qu'après plusieurs mois.

III. — Enfin, une troisième lésion simule parfois le chancre facial, mais seulement au niveau du menton et des joues, du menton plus spécialement C'est le *sycosis* tubéreux, d'origine soit purement inflammatoire, soit trichophytique.

Quelquefois, en effet, le sycosis aboutit à former de grosses lésions qu'il n'y a pas exagération à qualifier

1. V. page 64.

du terme de *tumeurs* dermiques; — tumeurs surélevées au-dessus des téguments voisins en forme de mamelon, de plateau, de « tête de champignon », etc.; — variables comme proportions entre le volume d'une noisette, d'une olive, d'une demi-noix, et celui d'une moitié d'abricot, voire d'un segment de pêche; — rouges, très rouges, ou d'un brun foncé, violacé; — rénitentes, fermes; — à surface érodée, sub-ulcéreuse ou ulcéreuse, quelquefois enfin recouverte de croûtes, etc..

On conçoit que des tumeurs de cette importance et de cet aspect soient de nature à donner le change. Plusieurs fois on a été sur le point de les prendre et même on les a prises pour des chancres exubérants. Ainsi, Dubreuilh a relaté le cas d'un malade trichophytique qui portait sur la moitié gauche du menton « une volumineuse tumeur de ce genre, large comme une pièce de cinq francs en argent, arrondie, surélevée en plateau d'environ un centimètre, présentant des bords verticaux, couverte d'une croûte jaune, et, de plus (remarquez au passage cette particularité plus qu'insidieuse), flanquée d'un ganglion sous-maxillaire. Cette tumeur, dit en propres termes l'auteur de l'observation, ressemblait beaucoup au chancre hypertrophique de la syphilis ».

Il y a là, en effet, une similitude objective vraiment indéniable et qui, pour ma seule part, m'a frappé plus d'une fois. Cependant une analyse attentive des symptômes éclairera bientôt le diagnostic. Car :

1° Le tubercule sycosique se présente toujours avec une allure inflammatoire, disons même phlegmoneuse, laquelle fait défaut avec le chancre.

2° Pressé entre les doigts, il laisse généralement sour-

dre du pus par une multiple série d'orifices dont il est criblé « en écumoire ».

3° A sa surface, les poils ont perdu toute adhérence. On les cueille à la pince plutôt qu'on ne les arrache, à ce point que, suivant l'expression consacrée, ils semblent « implantés dans du beurre ».

4° Au pourtour du tubercule sycosique on trouve presque toujours soit de petites pustules à base rouge, soit des plaques de pityriasis alba.

5° Le microscope, enfin, dans le cas de sycosis parasitaire, révèlera facilement les éléments caractéristiques du trichophyton.

Facilement constatables, ces divers signes sont de nature à ne pas laisser de doute sur le diagnostic. Tout est, seulement, de songer à les rechercher, le cas échéant, sans se laisser influencer par un aspect objectif qui, je le répète, peut être absolument trompeur, non plus que par l'adénopathie qui, nous venons de le voir, sert quelquefois de cortège à ces formes inflammatoires du sycosis.

III. — Enfin, à titre de rareté excessive, voire extraordinaire, je signalerai le *chancre simple* facial[1].

Jamais, pour ma part, je n'ai rencontré le chancre simple au visage, et cependant j'ai conscience de l'y avoir cherché assez scrupuleusement pour oser croire qu'il ne m'aurait pas échappé. Mais d'autres ont été plus heureux que moi. C'est ainsi, à ne citer qu'un exemple, que le Dr Jeanselme a publié récemment une observation de *chancre simple du menton*, observation irrécusable, où la qualité de la lésion a été doublement démontrée et par l'examen bactériologique et par les

1. V. au Musée de Saint-Louis, la pièce n° 1744 (Collect. génér.).

résultats positifs d'une auto-inoculation[1]. On dit aussi avoir rencontré ce chancre sur diverses autres régions de la face (lèvres, joue, front, région sourcilière).

Certes, en raison de son caractère tout à fait exceptionnel, le chancre simple facial pourra courir grand risque d'être méconnu; on ne songera même pas le plus souvent à le mettre en cause. Mais, si l'on y songe, il sera toujours facilement déterminé. En ce qui nous concerne, on le distinguera sûrement du chancre syphilitique de même siège de par toute la série des signes suivants : 1° Objectivité spéciale (entaillure de bords; — fond inégal; — coloration jaunâtre); — 2° absence d'induration de base; — 3° absence d'adénopathie, tout au moins d'adénopathie répondant au type du bubon satellite; — contrôle bactériologique, mettant en évidence le bacille de Ducrey; — et surtout, par-dessus tout, *auto-inoculabilité*, constituant en l'espèce le critérium pratique par excellence, non moins que le critérium formel, distinctif, pathognomonique.

CHANCRES DE L'OREILLE.

Les chancres du pavillon de l'oreille ne sont que des raretés. La preuve en est que je n'en ai pas observé un seul exemple dans ma clientèle de ville. A l'hôpital même je n'en ai encore rencontré que 4 cas, dont la relation a été fournie par mes élèves, MM. Hulot, Hermet, Perrin et Lavergne. — Quelques autres cas de

1. V. *Contribution à l'étude du chancre mou céphalique*, Gazette hebdom. de médec. et de chir., 1893, p. 581.

même ordre ont été produits par MM. Cullerier, Gailleton, Huguet, Jullien, Rasori, Duncan Bulkley, etc.

Étiologie. — L'étiologie de ces chancres n'est autre que celle des chancres du visage. Elle procède de conditions diverses, à savoir :

1° Soit du *baiser*, comme dans un cas du Dr Hermet. « Une femme, qui était affectée d'un léger eczéma du sillon auriculo-temporal, fut embrassée en ce point par son mari, lequel portait alors des plaques muqueuses sur les lèvres. Quelques semaines plus tard, il se produisit, et cela exactement au point susdit, un chancre fissuraire, qui se déversa plus tard sur le pavillon et la région mastoïdienne[1] ».

2° Soit de *morsure* in situ. Le cas de MM. Perrin et Lavergne est relatif à un malade de nos salles qui, dans une rixe avec un lutteur de fêtes publiques, fut cruellement mordu à l'oreille par son adversaire. La morsure avait détaché du coup, racontait le blessé, un « gros morceau de l'oreille ». Néanmoins la plaie guérit tout d'abord en quelques jours. Puis, quatre semaines plus tard, elle se rouvrit, s'encroûta, s'ulcéra, et finit, comme je le dirai dans un instant, par dégénérer en un vaste chancre phagédénique[2].

3° En d'autres circonstances, la contamination a paru résulter d'un transport du contage à l'oreille par les doigts souillés de pus syphilitique.

1. V. P. Hermet, *Leçons sur les maladies de l'oreille*, 1892, p. 258. — V. au Musée de l'hôpital Saint-Louis, pièce n° 404, Collect. partic. — V. aussi la pièce n° 307 (Coll. partic.), représentant un chancre situé exactement au devant du tragus. Ce chancre résultait également d'une contamination par le baiser.

2. V. Mémoire cité, *Annales de derm. et de syph.*, 1884, p. 336. — La reproduction de ce chancre se trouve au Musée de l'hôpital Saint-Louis, dans ma Collection particulière (Pièce n° 404).

Righter a rapporté le cas d'un chancre syphilitique qui se développa sur une brûlure de l'oreille après application d'un morceau de taffetas d'Angleterre qui avait été humecté de salive par un sujet affecté de syphilides buccales.

Dans un autre cas, le percement du lobule de l'oreille, opération très généralement abandonnée aux bijoutiers, a été l'origine d'une contagion spécifique.

4° D'autres fois, enfin, l'origine de la contamination est restée mystérieuse[1].

Siège. — Dans les quelques cas qui sont à notre connaissance, les chancres de l'oreille se sont originairement développés sur divers points, tels que le tragus, l'hélix, l'anthélix, le méat auriculaire, ou bien encore (mais plus rarement) le sillon auriculo-temporal.

Symptômes. — L'histoire clinique des chancres de cette région ne saurait encore être tracée. Il est permis de croire toutefois, d'après le peu que nous en savons, qu'à cela près d'une seule particularité elle ne présente rien de spécial.

Toujours, en effet, ces chancres ont été ce qu'on eût pu les supposer à priori, c'est-à-dire : des lésions érosives ou ulcéreuses (plus souvent toutefois ulcéreuses qu'érosives) ; — moyennes d'étendue ; — sujettes à s'encroûter alors qu'elles sont abandonnées sans pansement à leur évolution propre ; — rouges de fond, dès qu'elles ont perdu leurs croûtes ; quelquefois cependant jaunâtres ou d'un jaune fauve, comme sur l'une

1. On n'a pas encore observé, que je sache, de cas bien authentique de contamination par les plaques de téléphone. Mais il faut s'attendre à constater un jour ou l'autre des contagions de cet ordre.

des pièces de notre musée[1]; — devenant rapidement surélevées et papuleuses; — enfin, toujours flanquées d'une adénopathie satellite bien accentuée, laquelle même (notez encore ce point qui est d'observation si commune avec les chancres céphaliques de tout siège) atteint fréquemment un développement plus ou moins considérable, en même temps qu'elle affecte parfois plusieurs régions ganglionnaires. Ainsi, dans le cas de MM. Lavergne et Perrin, « les régions sous-maxillaire, parotidienne, sterno-mastoïdienne et occipitale étaient devenues le siège d'une *énorme* pléiade, à la fois tangible et visible ».

La seule particularité afférente à la symptomatologie de ces chancres, c'est l'absence usuelle d'une induration nettement appréciable, ce qu'explique facilement la dureté propre du tissu cartilagineux qui leur sert de base.

Enfin, ces chancres seraient-ils plus disposés que d'autres à la déviation phagédénique? On ne saurait le dire, vu le petit nombre de cas dont on dispose encore. Mais toujours est-il que, sur ce petit nombre, deux fois on a observé un véritable phagédénisme serpigineux. Tel a été l'un des cas dont je vous parlais à l'instant. En quelques jours, racontait le malade, la plaie s'était élargie rapidement « en mangeant tout ce qui était autour d'elle ». Déjà, quand nous le vîmes pour la première fois, ce chancre avait profondément ulcéré le tragus, la moitié supérieure du lobule et toute la région moyenne du pavillon. Il se déversa bientôt sur la partie postérieure de l'oreille, pour envahir ensuite l'apophyse mastoïde, puis le sillon auriculo-temporal,

1. V. Pièce n° 404 (Collect. partic.).

puis les téguments crâniens, où il constitua une zone ulcérative en forme de croissant sur une largeur de deux à trois centimètres.

Dans un autre cas, j'ai vu tout le pavillon (à l'exception de la moitié inférieure du tragus) être transformé sur ses deux faces en une énorme ulcération, mesurant de six à sept centimètres en hauteur, sur une largeur de deux à trois centimètres. Épaissie, amplifiée de volume et modifiée comme configuration, l'oreille était devenue presque méconnaissable[1]. L'iodoforme fit merveille pour enrayer ce phagédénisme, et la cicatrisation s'accomplit d'une façon vraiment assez rapide, eu égard à l'étendue de l'ulcération, mais non sans laisser, bien entendu, sur tout le pavillon des crénelures et des délabrements du plus disgracieux aspect.

Dans l'un et l'autre de ces cas, le phagédénisme se compliqua de divers accidents locaux et même généraux, dont quelques-uns ne laissèrent pas de nous inspirer de réelles alarmes, à savoir : d'une part, douleurs névralgiques très violentes dans tout le côté correspondant de la tête; — otite externe; — puis myringite, otite moyenne suppurée, avec perforation du tympan; — — d'autre part, frissons répétés; élévation de la température et accélération du pouls; accès fébriles irréguliers; — retentissement sur les grandes fonctions; — inappétence; — crises de diarrhée sans cause; — céphalée, insomnie, troubles nerveux, perte des forces, voire accablement; — amaigrissement rapide; — pâleur, facies grippé, etc. — Ce véritable *orage infectieux* persista quelques semaines, puis s'atténua et disparut, en même temps que l'état local se modifiait.

1. V. au Musée de Saint-Louis, pièce n° 427 (Collect. partic.).

CHANCRES DU CUIR CHEVELU.

Ceux-ci ne sont plus seulement des raretés, mais des exceptions, et des exceptions telles que nombre de mes collègues m'ont dit n'en avoir jamais rencontré un seul exemple. — On n'en connaît que quelques cas, qui ont été relatés par Kaposi, Gluck, Pellizzari, Vaughan, Mauriac. Je n'en ai observé que deux cas, pour ma part, dans toute ma pratique.

Quelques mots suffiront donc ici, relativement à l'étiologie et à l'aspect clinique de ces accidents.

I. — Dans l'un des cas qui me sont personnels, la contagion avait bien sûrement résulté du *baiser*. Il s'agissait d'une femme mariée, de moralité au-dessus de tout soupçon. Son mari, affecté de syphilis et notamment de syphilides buccales, ne l'embrassait plus « par précaution » que sur les cheveux. Ce fut donc par un baiser, sans aucun doute (car aucune autre cause ne put être révélée par l'enquête étiologique), que ledit mari transmit la contagion à sa femme, et cela sur la ligne médiane du cuir chevelu, exactement au niveau de la ligne de coiffure dite vulgairement « la raie ».

Dans un autre cas que j'ai entendu raconter par M. Ricord, la contagion aurait dérivé, suivant toute vraisemblance, d'un transport du contage par « les doigts souillés de pus syphilitique ».

L'observation de Pellizzari est un exemple de contagion médiate. Elle est relative à un jeune enfant qui fut contagionné au cuir chevelu par un *peigne*, lequel

venait de servir à un autre enfant affecté de syphilides pustuleuses du cuir chevelu[1].

Dans le cas de M. Mauriac, « un gros chancre syphilitique du cuir chevelu, situé sur la tempe, était survenu à l'endroit précis où le malade s'était piqué, quelques semaines auparavant, avec une épingle à cheveux de sa maîtresse[2] ».

II. — Le seul chancre du cuir chevelu dont il m'a été donné de suivre l'évolution a consisté en ceci : une lésion papulo-érosive, presque régulièrement orbiculaire, et du diamètre d'une pièce de deux francs; — surélevée de deux à trois millimètres au-dessus des parties saines et formant plateau; — absolument lisse et unie de surface; — superficiellement excoriative; — offrant une coloration uniforme d'un rouge brun, un peu foncé; — tendant à s'encroûter et même s'encroûtant en quelques heures dès qu'on venait à la laisser sans pansement; — absolument indolente, mais devenant prurigineuse à la suite de grattages ou d'irritations déterminées par le peigne; — enfin, fournissant aux doigts une sensation très nette d'épaississement et de dureté lamelleuse, quand on venait à la saisir aux deux extrémités d'un même diamètre, en essayant de soulever le cuir chevelu.

Cette lésion guérit facilement sous l'influence de quelques très simples pansements à la vaseline. Mais elle

1. Dans le cas de Vaughan, la contagion fut rapportée, sans grandes preuves, à un traumatisme dérivant d'une rixe.

Deux cas de Grunfeld et Poncelet sont relatifs à des chancres du cuir chevelu contractés par des enfants nouveau-nés « au contact des parties génitales pendant la parturition ». Mais on sait combien reste controversable le principe même de la contamination dite « *au passage* ». Je ne fais donc que citer ces deux faits, sans pouvoir dire quel degré de créance il convient de leur accorder.

2. Traitement de la syphilis, p. 771.

laissa après elle un plateau dur, rouge de surface, qui ne s'assouplit et ne s'affaissa qu'en trois à quatre mois. — J'ignore, ayant perdu de vue la malade, si les cheveux ont repoussé sur l'emplacement occupé par le chancre.

CHANCRES DU COU, DU TRONC

ET

DES MEMBRES.

Les chancres extra-génitaux dont il me reste à vous parler sont tous (à l'exception d'un seul groupe) des chancres *cutanés*, affectant diverses régions du cou, du tronc et des membres.

Or, en tant que lésions cutanées, tous ces chancres se ressemblent plus ou moins d'une région à une autre. D'autre part, au point de vue étiologique, ils relèvent tous (à cela près de quelques-uns qui dérivent d'origines spéciales) de causes ou identiques ou analogues. De même ils comportent presque tous les mêmes indications thérapeutiques. J'ai donc pensé que, pour ces motifs et d'autres encore, il y aurait avantage à les comprendre dans une description commune, en vue d'éviter les continuelles redites auxquelles m'eût exposé une série de descriptions particulières. Ainsi procéderai-je dans ce qui va suivre.

I

Fréquence relative. — La fréquence relative des divers groupes de chancres extra-génitaux dont nous avons à nous occuper actuellement se trouve exprimée dans ma statistique personnelle par les chiffres suivants :

I.	Chancres du cou		3
II.	Chancres du thorax		22
	Se décomposant ainsi :		
	Chancres du sein	19	22
	— de la région antérieure du thorax	1	
	— — postérieure du thorax	1	
	— de l'aisselle	1	
III.	Chancres de l'abdomen		16
IV.	— de l'aine		3
V.	— des fesses		4
VI.	Chancres du membre supérieur		57
	Se décomposant ainsi :		
	Chancres de l'épaule	1	57
	— du bras	9	
	— de l'avant-bras	1	
	— de la main	46	
VII.	Chancres du membre inférieur		5
	Se décomposant ainsi :		
	Chancres de la cuisse	4	5
	— de la jambe	1	
	Total		110

Voilà ce que dit la statistique.

Or, certains des résultats sus-énoncés sont vraiment assez inattendus et assez surprenants pour réclamer immédiatement quelques commentaires. Ainsi :

1° Entre toutes ces multiples et si diverses localisations du chancre, celle qui se place au premier rang comme fréquence, et à longue distance de toutes les autres, est constituée par le groupe des *chancres du membre supérieur*, lesquels, à eux seuls, forment plus de la moitié de la somme totale de tous les autres (57 sur 110).

C'est donc le membre supérieur qui, de toutes les parties du corps (après la tête, bien entendu), est le plus exposé aux contagions extra-génitales de la syphilis.

Singulier, voire extraordinaire au premier abord, ce résultat devient tout naturel alors qu'on examine les choses de près. On le voit, en effet, dériver de deux causes qui expliquent tout aussitôt cet excès de fréquence, à savoir : 1° la *vaccination*, d'où dérive la syphilis pour un certain nombre de cas; et 2° *les contagions de la main*, souvent infectée soit par attouchements avec les organes génitaux, soit, plus fréquemment encore, par inoculations professionnelles, médicales. On sait, en effet, que le chancre des doigts est par excellence un chancre médical, et que quantité de médecins, de chirurgiens, d'étudiants, de sages-femmes, de dentistes même, etc., ont contracté la syphilis par les doigts dans l'exercice de leur profession[1].

1. Aussi bien les chancres des membres supérieurs rétrogradent-ils au second rang dans les statistiques d'*hôpital*, alors qu'ils occupent le premier dans les statistiques *de ville*.

Inversement, ce premier rang est conquis par les chancres du sein dans les statistiques d'hôpital, alors qu'ils n'occupent que le second dans les statistiques de ville.

Il est à cela une double explication des plus simples, que je ne crains pas de répéter ici :

1° Le gros contingent des chancres du membre supérieur est formé par les chancres de la main, lesquels se rencontrent surtout chez les médecins. Or, le médecin malade va consulter non pas à l'hôpital, mais chez un collègue de ville.

2° Les chancres du sein se rencontrent, pour l'énorme majorité, chez

Or, défalcation faite des chancres vaccinaux et des chancres de la main, les contaminations qui affectent le membre supérieur redeviennent ce qu'*a priori* on pouvait les supposer, c'est-à-dire des accidents particulièrement rares et vraiment exceptionnels.

2° Au second rang, toujours par ordre de fréquence, viennent les *chancres thoraciques* dans la statistique précédente, et cela pour un chiffre de 22.

Résultat, certes, non moins inattendu que celui dont je parlais à l'instant. Mais ici encore s'impose une remarque de même ordre que la précédente. Cette fréquence vraiment surprenante, les chancres du thorax ne la doivent qu'aux *chancres du sein*, chancres communs et d'origine toute spéciale. Car, de 22 retranchez 19 (nombre qui représente les chancres du sein dans la statistique précédente), il ne reste plus que le chiffre 3

les nourrices. Or, les nourrices sont de pauvres femmes qui vont consulter non pas en ville, mais à l'hôpital.

A ce double titre, il sera curieux de placer en regard de la statistique qui précède (dressée d'après des observations de la clientèle *de ville*) la statistique suivante, recueillie dans nos salles, à l'*hôpital Saint-Louis* :

I.	Chancres du cou		10
II.	Chancres du sein		40
III.	Chancres de l'abdomen		9
IV.	Chancres de l'aine		1
V.	Chancres du membre supérieur		23
	Se décomposant ainsi :		
	Chancres de l'épaule	1	
	Chancres du bras	5	23
	Chancres de la main	17	
VI.	Chancres du membre inférieur		10
	Se décomposant ainsi :		
	Chancres de la cuisse	7	10
	Chancres de la jambe	3	
	Total		93

comme expression de fréquence du chancre thoracique.

Donc, en réalité, les chancres du thorax proprement dit ne sont encore (comme les chancres du membre supérieur) que des accidents de toute rareté.

3° En troisième ligne prennent place les *chancres abdominaux*, pour cet autre chiffre assez respectable de 16 sur 110. Mais ici encore il faut noter que cette fréquence procède pour une large part des *chancres sus-pubiens*, variété commune des chancres péri-génitaux. La plupart, en effet, des chancres abdominaux ne sont que des chancres sus-pubiens, c'est-à-dire des chancres affectant une région toute voisine des organes génitaux et dérivant de contagions génitales.

En sorte qu'au total, vous le voyez, les contaminations syphilitiques qui peuvent affecter le tronc et les membres restent tout à fait rares, alors qu'on en déduit celles qui y sont importées par les conditions et les causes toutes spéciales que je viens d'indiquer.

Mais n'importe. Si rares soient-elles et le seraient-elles même davantage, les contaminations de ce genre n'en sont pas moins faites pour exciter l'étonnement. On conçoit bien la possibilité de certains de ces chancres, tels que ceux du cou, par exemple, ou de la partie supérieure du thorax, parce qu'on en devine sans peine et la cause et le mode de transmission. Mais on est bien en droit de trouver déjà plus singuliers les chancres du dos ou de la région supérieure de l'abdomen. Puis il y a vraiment lieu à réelle surprise en face de chancres allant prendre siège sur l'ombilic ou la jambe. Finalement, la surprise devient de la stupéfaction vis-à-vis de chancres affectant le coude, l'aisselle ou les orteils.

Et cependant de tels chancres, « paradoxaux » à force

d'être extraordinaires, ont été observés d'une façon bien authentique. Ils sont irrécusables. Sans doute même ils seraient moins exceptionnels, s'il n'était dans leur essence de rester le plus souvent inaperçus. En tout cas, ils existent, et c'est là ce qu'il nous faut enregistrer pour la pratique.

Or, quelles raisons peuvent leur donner naissance? Comment, par quel mécanisme le contage spécifique peut-il être transporté sur les divers sièges dont je viens de parler? Tel est le sujet qu'il nous faut actuellement aborder.

II

Étiologie. — I. Un premier point, qui ne vous surprendra guère, c'est qu'assez fréquemment l'origine de ces chancres à siège insolite, bizarre, extraordinaire, reste absolument mystérieuse, impénétrable. Pour bon nombre de cas, le pourquoi et le comment de tels chancres se dérobent absolument, et cela en dépit d'enquêtes sérieuses, minutieuses, aussi complètes que possible.

Je ne ferai à ce propos que citer un spécimen du genre, car tous les autres cas que je pourrais produire ne seraient que la répétition de celui-ci.

Il y a quelques années, j'ai eu à traiter en ville un jeune homme affecté d'un *chancre de la cuisse,* chancre situé à la partie postérieure et moyenne du membre, chancre typique, irrécusable, qui d'ailleurs a été suivi, à échéance normale, de l'explosion secondaire la plus classique. Or, jamais ni le malade ni moi n'avons pu découvrir l'origine de cette contagion, et cependant

mon client n'était pas homme à rien cacher. J'ai examiné sa maîtresse, à laquelle il n'avait pas fait la moindre infidélité depuis deux ans, et je l'ai trouvée saine. J'ai examiné son valet de chambre (en vue de la possibilité de quelque contagion médiate), et je l'ai trouvé sain. Vainement le malade et moi avons-nous fatigué notre imaginative à chercher une explication plausible à cette contagion; peines perdues. En fin de compte et faute de mieux, mon client a fini par s'arrêter à cette « hypothèse » qu'il avait peut-être bien contracté son mal « en s'asseyant, dans une maison de bains, sur le rebord d'une baignoire », situation dans laquelle, en effet, il aurait pu être contagionné à la face postérieure et moyenne de la cuisse, au cas où ladite baignoire aurait été souillée de pus spécifique par un devancier. Mais ce n'était là, comme il le disait lui-même, qu'une « supposition en l'air », à laquelle manquait l'ébauche même d'une démonstration.

Eh bien, il en est de la sorte assez fréquemment. Et, d'ailleurs, rien que de très naturel à cela. Puisque les chancres en question sont extraordinaires de siège, c'est que forcément ils dérivent d'une cause extraordinaire, donc très difficile, sinon impossible à retrouver.

Ou, plutôt encore, n'est-il pas vraisemblable que l'origine de tels chancres reste le plus souvent ignorée pour cette simple raison qu'ils dérivent de contagions purement accidentelles, toutes fortuites, qui, de nature, se dérobent à toute analyse, à toute investigation rétrospective?

Il n'en est pas toujours ainsi, cependant; loin de là. Ainsi, pour un certain nombre de cas, on arrive à découvrir les origines de la contagion, et cela soit du premier coup, soit après enquête, comme vous allez le voir.

II. — Exclusion faite de certaines causes spéciales (telles que l'allaitement, la vaccination, les contaminations professionnelles, etc.) dont nous parlerons en temps et lieu, l'étiologie des chancres qui nous occupent actuellement correspond à celle des chancres de toute autre région et peut être distribuée, comme d'usage, sous les trois chefs suivants : contamination directe; — contamination indirecte; — contamination médiate.

I. *Contagion directe.* — Alors que la contagion directe intervient pour porter le contage spécifique sur quelque point du cou, du tronc ou des membres, elle procède presque toujours soit des organes génitaux, soit plus habituellement encore de la bouche.

A. — Quand elle procède des organes génitaux, c'est le plus souvent de l'homme à la femme qu'elle s'exerce.

La verge, en effet, a parfois des « égarements » variés. Rien d'étonnant, donc, à ce que, dans ses pérégrinations anormales, elle puisse porter la contagion sur les points les plus divers. C'est ainsi qu'on l'a vue contaminer par contact direct : les régions périgénitales, l'abdomen, les fesses, les lombes, les cuisses, la main, les seins, voire (ce qui est plus extraordinaire) le jarret et l'ombilic. — Un exemple du genre, comme spécimen.

J'ai eu à traiter en ville une femme galante, remarquablement obèse, pour un *chancre ombilical*, figurant une sorte d'entonnoir érosif. Or, cette femme ne fit aucune difficulté pour m'avouer que ce chancre était le résultat d'une contagion *directe* qu'elle devait à son « amant », lequel, à cette époque, était traité pour un chancre de la verge à l'hôpital du Midi[1].

De même, mais d'une façon bien plus rare, la con-

1. V. un cas exactement semblable, rapporté par le Pr Leloir dans ses *Leçons sur la syphilis* (1886), p. 45.

tagion a pu être portée directement sur l'homme par les organes génitaux féminins. Exemples :

Un de mes clients a contracté un *chancre de la cuisse* par contact direct avec la vulve, et cela de la façon que voici. Sa maîtresse s'étant dite « malade », mais sans spécifier le genre de maladie dont elle était affectée, il continua, tout en s'abstenant de rapports, à faire lit commun avec elle et à « dormir enlacé avec elle, l'une de ses cuisses touchant la vulve ». Il s'inocula de la sorte un chancre sur cette cuisse par contact avec un chancre vulvaire, dont je constatai plus tard la cicatrice et l'induration.

Un autre de mes clients a pris la syphilis pour avoir fait danser sur sa cuisse une jeune femme qui était affectée à cette époque de nombreuses plaques muqueuses vulvaires et péri-vulvaires. Comme les deux acteurs de cette scène joyeuse se trouvaient dans un costume tout à fait primitif, l'inoculation se fit aisément de la vulve à la région crurale antérieure.

Dans tous les cas précités la contagion a dérivé de rapprochements érotiques. Mais en voici d'autres où elle s'est produite dans des conditions toutes différentes et non moins curieuses, bien au contraire. Or, ces derniers surtout sont essentiels à connaître pour la prophylaxie privée. J'en citerai donc quelques exemples.

Une jeune femme avait la garde d'un tout jeune enfant issu de parents syphilitiques, syphilitique lui-même et présentant aux fesses des accidents secondaires en pleine suppuration. Comme il lui arrivait fréquemment de prendre cet enfant dans ses bras, alors même qu'il était sans pansement, et de le porter sur son avant-bras *nu*, elle contracta de la sorte un *chancre*

de l'avant-bras, et cela exactement au point où, dans cette attitude, les fesses de l'enfant reposaient sur la région moyenne de la région radiale.

Dowse a raconté l'histoire toute semblable d'une fillette de neuf ans qui, s'étant prise d'amitié pour un petit enfant étranger, contracta de lui la syphilis dans les conditions suivantes. Elle jouait avec lui « à la petite maman », le tenant constamment dans ses bras comme une nourrice tient son nourrisson. Or, son avant-bras fut souillé par le pus de plaques muqueuses que l'enfant avait à l'anus, et devint le siège d'un *chancre de l'avant-bras*, lequel fut l'origine d'une effroyable syphilis maligne suivie de mort[1].

Encore deux autres spécimens d'un genre différent.

Deux ouvriers fumistes faisaient lit commun par raison d'économie, quand l'un d'eux vint à être affecté d'un chancre syphilitique du méat uréthral. Or, le lit étant très étroit, l'un des co-locataires avait l'obligation de coucher sur le côté. Dans cette situation, il arriva plusieurs fois que la verge du malade se trouva en contact avec la hanche ou la cuisse de son camarade. Si bien que ce dernier fut inoculé à la cuisse, exactement au niveau du *grand trochanter*. Il se produisit là un chancre des plus typiques, fortement induré, que nous avons dûment constaté et longtemps traité dans nos salles.

Histoire plus singulière encore. Un acrobate fut contaminé *à la nuque* par des plaques muqueuses vulvaires, en portant à califourchon sur ses épaules une jeune artiste de sa troupe. On conçoit, en effet, que, dans cette situation où la vulve était pesamment appliquée

1. V. *The Lancet*, 1877.

sur le cou, la contagion trouvait pour s'exercer les conditions les plus propices.

Et ainsi de suite pour tant et tant d'autres exemples de ce genre, que vous trouverez relatés dans les journaux périodiques et les monographies spéciales.

B. — Mais, d'une façon bien plus fréquente, c'est la *bouche* qui, dans l'ordre de cas que nous étudions actuellement, sert d'agent de transmission.

La bouche, en effet, est plus vagabonde encore que la verge, et l'on ne connaît pas de limites à ses excursions. Elle va partout. Aussi bien a-t-elle transmis la contagion, peut-on dire, à *tous* les points du corps, et cela *de la tête aux pieds*. De la tête aux pieds, littéralement; car, d'une part, je vous ai déjà signalé des chancres du cuir chevelu dérivant du baiser, et, d'autre part, il existe quelques cas de chancre ayant affecté le pied. M. le P^r^ Leloir, par exemple, a relaté l'observation d'un jeune étudiant qui fut contaminé au pied, entre le quatrième et le cinquième orteil (sur un point où existaient des crevasses d'eczéma), « par les ardents baisers d'une jeune femme, habituée du bal Bullier[1] ».

Et, quant aux intermédiaires entre ces deux points extrêmes, on ne compte plus les cas où ils ont subi les dangereuses souillures de la bouche.

C'est ainsi, pour préciser, que vous trouverez dans la littérature médicale quantité d'observations de chancres transmis par le baiser au cou, à la nuque, à la partie antérieure du thorax, au sein, à l'aisselle, au dos, à l'abdomen, à l'ombilic, aux fesses, aux aines, à la cuisse, à la jambe, au jarret, etc. Au hasard, je citerai comme spécimens :

1. V. *Leçons sur la syphilis*, p. 46.

Un cas de mon éminent collègue et ami le Dr Besnier, relatif à un *chancre thoracique* (région sous-claviculaire) qui fut transmis à un jeune homme par la bouche d'une femme;

Un cas de *chancre abdominal*, de même provenance;

Un cas de *chancre du cou*, transmis à une jeune fille par un baiser de son prétendu, lequel portait des plaques muqueuses aux lèvres, à la langue et aux amygdales[1];

Un cas de chancre de la partie supéro-interne de la *cuisse*, observé sur une jeune fille et dérivant aussi du baiser. (Cette malade m'a raconté plus tard, relativement à l'origine de son chancre, que, pendant plusieurs années, elle avait été exploitée par sa mère, qui « la livrait vierge à de riches clients, mais avec contrat formel de respecter sa virginité. »)

D'autre part, la bouche n'est pas seulement dangereuse par ses tendresses. Elle peut l'être aussi de deux autres façons très différentes, à savoir : par *morsure* et par *succion*.

Nous avons eu dans nos salles, ces dernières années, un malade affecté d'un *chancre du bras* résultant d'une morsure. Ce chancre s'était produit sur la cicatrice même de la morsure, quatre à cinq semaines après le traumatisme.

J'ai relaté jadis l'observation d'un jeune homme qui fut mordu au *cou* par une femme syphilitique dans un transport amoureux. Survint là, exactement au niveau de la morsure, c'est-à-dire cinq ou six centimètres au-dessous du lobule de l'oreille, un chancre des plus

1. V. Pièce n° 155, Collection particulière (Musée de l'hôpital Saint-Louis).

typiques, flanqué de son adénopathie satellite et bientôt suivi d'accidents secondaires[1].

De même le Dr Richard (d'Aulnay) a cité le cas d'une femme qui fut affectée d'un chancre syphilitique du creux poplité pour avoir été mordue en ce point par une autre femme au cours d'une scène amoureuse[2].

Quant à un spécimen de chancre par succion, je n'en connais guère de plus démonstratif que le suivant.

Dans un souper du « monde où l'on s'amuse », une bouteille de champagne non encore débouchée fut projetée à terre et vint faire explosion entre les jambes d'une belle dame dont le mollet fut atteint par un éclat de verre. La blessure était des plus insignifiantes. Mais, la dame jetant les hauts cris et prétendant qu'un fragment de verre pouvait lui être resté dans la peau, un des convives se proposa pour pratiquer la succion sur la petite plaie et aspirer ainsi les corps étrangers. L'offre fut acceptée, et l'aspiration dura dix minutes. Malheureusement, les lèvres du galant ventouseur étaient à cette époque (comme je l'ai su plus tard) affectées de plaques muqueuses. Si bien que, quatre semaines après, apparaissait sur le mollet de la dame, au point lésé par l'éclat de verre, un « bouton croûteux » qui s'élargit, s'ulcéra, et devint un des chancres les plus typiques que j'aie jamais rencontrés.

II. *Contagion indirecte.* — Dans un second groupe de cas, la contagion est portée sur les téguments d'une façon indirecte, et cela de façons très diverses, à savoir :

1° Le plus habituellement *par les doigts* souillés du contage spécifique. — Exemple du genre :

1. *Annales de dermat. et de syph.*, 1876.
2. *Journal de médec. de Paris*, 1895, p. 425.

Un ouvrier se fait à l'*avant-bras* une blessure légère, qu'il dédaigne même de panser. Dans cet état, il va passer une nuit avec une fille. Quelques semaines plus tard il se trouve affecté : 1° d'un chancre syphilitique de la verge et 2° d'un chancre syphilitique de l'avant-bras, au siège même de son ancienne blessure. Or, nul doute que cet homme ne se soit inoculé lui-même ce dernier chancre avec ses doigts souillés de sécrétions vulvaires; car, spontanément, il disait se souvenir très bien qu'à plusieurs reprises, au cours de la nuit qu'il avait passée avec la femme en question, « il s'était plusieurs fois gratté et écorché sa petite blessure de l'avant-bras ».

C'est de la même façon, très vraisemblablement, qu'un de nos malades s'est inoculé un chancre syphilitique au *coude*, exactement au niveau de l'olécrâne. Il était tombé dans un escalier et s'était fait plusieurs excoriations à un coude, lorsqu'il lui arriva, dans les jours qui suivirent cet accident, d'avoir rapport avec deux femmes plus que suspectes. Quelques semaines plus tard, il fut affecté au coude, juste au niveau d'une de ses érosions antérieures, d'une lésion qui n'était autre qu'un chancre. Or, lui aussi se souvenait très bien qu'ayant négligé de panser ses plaies, qui étaient devenues irritées et prurigineuses, « il se les grattait très souvent jusqu'à les écorcher ».

Des contaminations de cet ordre, c'est-à-dire dérivant d'un transport par les doigts, ne manqueraient pas de se produire, voire d'abonder dans nos services spéciaux, si nous n'avions le soin de nous laver *systématiquement* les mains après avoir exploré une plaie syphilitique ou seulement suspecte de syphilis. Jugez, en effet, de ce qui pourrait arriver si, après avoir ma-

nipulé un chancre ou des plaques muqueuses, nous portions nos doigts sur une plaie ou une érosion quelconque, voire sur une dermatose mal protégée par un épiderme malade ou desquamant, voire, peut-être aussi, sur des téguments sains! Bien heureusement je n'ai pas sur la conscience un seul désastre de ce genre survenu dans nos salles.

2° D'autres fois, c'est la *salive* qui a transmis la contagion par l'intermédiaire de baudruches, de toiles, de taffetas, de toutes étoffes agglutinatives *par humectation*. On conçoit le danger d'un tel pansement, car le dépôt de salive contaminée sur une plaie équivaut rigoureusement à une inoculation faite avec un pus spécifique. Or, des contagions de ce genre se sont plusieurs fois produites. J'en ai observé un exemple irrécusable que voici.

Un petit bébé de quatre ans jouait aux Tuileries avec sa bonne. En courant, il tombe, et se fait une légère éraflure à un genou. Une dame (restée inconnue), qui se trouvait là, tire de son porte-monnaie un morceau de « taffetas d'Angleterre », le mouille *dans sa bouche* et le colle sur le genou de l'enfant. Deux jours après, la petite plaie était sèche. Mais, quatre semaines plus tard, elle se rouvrait et dégénérait en un chancre, qui fut suivi d'accidents généraux.

3° C'est encore une contagion de même ordre, exactement, que réalise le TATOUAGE. Insister sur ce point ne sera pas superflu, comme vous allez en juger.

Quantité d'exemples de transmission de syphilis par le tatouage ont été déjà relatés par divers observateurs, notamment par Hutin, Pétry, Josias, Maury et Dulles, Robert, Wilcox, Carleton, Leckie et Carlton, Moffet,

Barker, Whitehead, Cheinisse, etc.[1] L'ombre d'un doute ne saurait donc subsister sur l'authenticité de ce mode de contamination.

Or, comment la contagion s'exerce-t-elle dans l'opération du tatouage? Presque invariablement par l'intermédiaire de la *salive*[2]. L'agent de transmission, c'est la salive, la salive d'un opérateur en état de syphilis; et la transmission se fait ou bien parce que ledit opérateur porte à sa bouche l'aiguille à tatouer; — ou bien (ce qui paraît plus fréquent) parce qu'il délaie ses couleurs avec sa salive, — ou bien encore parce qu'il essuie avec sa salive le dessin qu'il est en train de tracer sur la peau, alors que ce dessin vient à être masqué par le sang; — ou bien enfin par le concours de plusieurs de ces conditions.

Un exemple du genre a été observé et raconté dans ses menus détails par un médecin militaire, le Dr Robert. Le voici sommairement :

Un cavalier au 9e chasseurs est tatoué sur les avant-bras par un ancien marin, qui venait journellement mendier à la porte de la caserne en même temps que recruter des clients à tatouer. — D'abord, sur l'un des avant-bras se produit un phlegmon, qui nécessite une longue et profonde incision. — Puis, sur l'autre, se manifestent *huit chancres,* disséminés sur le trajet d'un dessin représentant un chasseur à cheval. — Consécutivement, accidents usuels de syphilis. — On recherche alors le tatoueur, on l'arrête, et on le trouve affecté de plaques muqueuses multiples sur la bouche

1. V., pour la bibliographie de ces divers cas, le livre de Duncan Bulkley (*Syphilis in the Innocent*), p. 231.

2. Exceptionnellement, la transmission a paru se faire par l'intermédiaire d'une aiguille non essuyée, qui, après avoir servi à tatouer un sujet syphilitique, est portée sur un sujet sain.

et les commissures labiales. — Quant à son procédé de tatouage, il était plus primitif qu'antiseptique. Car, d'après les déclarations de plusieurs soldats qu'il avait tatoués (et dont deux autres furent également infectés de la même façon), ce singulier opérateur « se servait de sa salive pour délayer l'encre de Chine qu'il employait pour son dessin »; et, de plus, il avait coutume, alors que le sang venait à masquer son dessin, « de cracher à plusieurs reprises sur la peau, afin de nettoyer la place à tatouer »!

Les mêmes détails sur le procédé opératoire des tatoueurs se trouvent consignés dans une foule d'autres cas. Vous citer ces observations ne serait que reproduire à peu près textuellement ce que vous venez d'entendre. Je m'en abstiendrai; mais, en revanche, j'appellerai toute votre attention sur le point suivant.

Si le tatouage était sporadique (passez-moi l'expression), il ne ferait pas grand nombre de victimes. Mais c'est que tel il n'est pas précisément. Bien au contraire, il est essentiellement *épidémique*. Au régiment, quand un soldat se fait tatouer, il est de règle que plusieurs, que bon nombre de ses camarades se fassent tatouer également, et cela par esprit d'imitation, par entraînement; on n'ose pas ne pas faire « comme les amis ». Bref, il en est du tatouage comme de la vaccine; l'un et l'autre procèdent *par fournées*. De là cette conséquence qu'une contamination par le tatouage reste bien rarement isolée. Presque toujours elle fait un certain nombre de victimes. Ainsi, dans le cas précité du Dr Robert, trois cavaliers du même régiment, sur un nombre de huit tatoués, furent infectés de syphilis. En d'autres cas, on a compté 3, 5, 9, 9, 12, 15 et jus-

qu'à 26 contaminations de syphilis dans une « fournée » de tatouage. Additionnons ces quelques chiffres pris au hasard; ils nous fourniront, pour 8 cas, 82 sujets infectés de syphilis.

Aussi bien — soit dit incidemment — serait-il temps en vérité de réagir contre cette sotte pratique du tatouage, qui ne survit plus guère aujourd'hui que dans l'armée et la marine. Le tatouage ne réalise rien d'utile, ne répond à rien. Ses prétendues « illustrations » ou « décorations » de la peau ne sont que des stigmates niais, ridicules, tout au plus dignes des sauvages. D'autre part, il est loin d'être inoffensif. Plus d'une fois il a déterminé des lymphangites, des érysipèles, des phlegmons, et divers accidents graves, comme dans un cas de Hutin qui faillit aboutir à une amputation. Maintes fois aussi il a été l'occasion d'infections syphilitiques. Pourquoi donc les autorités militaires, toutes puissantes en l'espèce, ne se décideraient-elles pas à en finir une fois pour toutes avec cette pratique stupide et dangereuse? Quelques règlements comminatoires, au besoin quelques punitions en viendraient, ce me semble, facilement à bout. C'est donc là, à coup sûr, une mesure de prophylaxie qui s'impose.

4° Mentionnons enfin le danger peu connu des GREFFES.

La greffe, alors qu'elle consiste dans le transport d'un lambeau cutané d'un sujet sur un autre, peut devenir l'origine d'une contagion. A preuve le cas de Deubel, se résumant en ceci :

Un homme était affecté d'une vaste ulcération consécutive à un érysipèle gangréneux. La plaie tardant à

guérir, on résolut d'en activer la cicatrisation par la méthode des greffes épidermiques. Cette opération faite, tout marchait pour le mieux, lorsqu'un mois après l'application des premières greffes on vit se produire, au sein de tissus en pleine réparation, une ulcération nouvelle, étrange d'aspect, creusée en godet, extensive, progressive, etc. Bref, cette plaie singulière n'était rien autre qu'un chancre, un chancre syphilitique, qui fut suivi, à normale échéance, d'une explosion secondaire irrécusable, sous forme de roséole et de plaques muqueuses. Alors on ouvrit une enquête, et l'on découvrit que le fils du malade, à la peau duquel plusieurs greffes avaient été empruntées, se trouvait, à cette époque même, en pleine syphilis secondaire[1].

Qu'y a-t-il donc de contagieux dans une greffe? Le contage est-il transmis par le sang ou bien par les éléments organiques de transplantation? Cela, nous l'ignorons encore. Mais n'importe pour la pratique. Pour nous, praticiens, l'essentiel est de savoir qu'une greffe empruntée à un sujet syphilitique peut transmettre la syphilis et de nous souvenir du fait à l'occasion.

III. *Contagion médiate.* — Il est certain — et cela ressortira pour vous, je l'espère, de ce qui va suivre — que la contagion médiate prend une large place dans l'étiologie des chancres qui nous occupent pour l'instant. Nombreux, très nombreux, en effet, sont les cas où des chancres du tronc ou des membres, ne trouvant leur raison d'être ni dans la contagion directe, ni dans la contagion indirecte, ne peuvent rationnelle-

1. V. *Gazette médic. de Paris*, 1881.

ment qu'être imputés par voie d'exclusion à la contagion médiate.

Seulement, ici, il ne faut pas vouloir l'impossible, c'est-à-dire exiger qu'une contagion médiate se produise toujours avec son certificat d'origine. Et, en effet, pour la grande majorité des cas, on ne fait guère que constater une contagion de cet ordre sans pouvoir remonter à son origine, sans pouvoir établir une démonstration péremptoire sur la source d'où elle procède. Des présomptions résultant du rapprochement de diverses circonstances, et des présomptions renforcées par l'absence de toute autre cause de contamination, voilà seulement ce que la clinique peut fournir en pareille matière. Lui demander plus, réclamer d'elle, par exemple, la reconstitution de la scène qui a déposé le contage là où le contagionné est venu le prendre, c'est la mettre en demeure de produire un témoignage qui, par la nature même des choses, lui fait presque nécessairement défaut.

Je m'explique, en prenant pour exemple un cas de contagion médiate hospitalière que nous avons observé ici-même ces dernières années.

Un malade entre dans nos salles pour un large eczéma symétrique des avant-bras et des mains. On le traite tout d'abord par des enveloppements à la toile de caoutchouc, puis, dans un stade ultérieur, par des poudres sèches, etc. L'affection suit son cours usuel, sans rien présenter de spécial. Six semaines plus tard, se trouvant presque guéri, le malade réclame son exeat et nous quitte, cela un peu malgré nous. A cette époque, en effet, venaient de se produire sur le territoire de l'ancien eczéma deux petites érosions, une au niveau de chaque coude. Ces érosions, je confesse humblement

que, sans y prêter grande attention, je les pris pour de simples îlots eczémateux en voie de recrudescence; vous allez voir ce qu'elles étaient en réalité.

Six semaines plus tard, le malade revient nous trouver, cette fois en pleine éruption de syphilis secondaire (roséole, bientôt suivie de plaques muqueuses, d'adénopathies, etc.). Étonnés, nous recherchons l'origine de cette syphilis, et nous ne la trouvons nulle part, du moins nulle part ailleurs que sur les coudes où les deux érosions susdites étaient devenues des chancres typiques, chancres doublés d'une induration bien manifeste et flanqués dans chaque aisselle de leur bubon satellite.

Alors nous ouvrons une enquête sur ces deux chancres de si singulière localisation. Très certainement, d'abord, la contagion s'est produite à l'hôpital, puisque nous avons vu naître ces deux chancres alors que le malade était dans nos salles depuis sept semaines. Mais comment la contagion a-t-elle pu se porter là, et de quelles causes a-t-elle pu dériver? Pas de contagion vénérienne à invoquer, étant donné le siège des accidents. Pas de contagion indirecte à suspecter par le fait de nos doigts, étant donnés les soins d'antisepsie qui sont d'observation rigoureuse dans nos services. Rien autre à supposer qu'une contagion médiate, mais de quelle provenance? Bref, après avoir épuisé une foule d'hypothèses dont je vous fais grâce, nous avons fini par aboutir à ceci : ou bien le malade s'est inoculé par ses placards de caoutchouc qu'il faisait imprudemment sécher sur le poêle de la salle, lequel aura pu être accidentellement souillé par quelque pansement, quelque linge, quelque instrument; — ou bien, ce qui s'accorderait mieux avec l'exacte symétrie des lésions, il s'est inoculé en s'accoudant, les bras nus, sur une table, sur

une table de nuit, sur un poêle, etc. On conçoit, en effet, que de telles contagions ne soient pas impossibles, en dépit de tous les soins et de toute la surveillance de nos dignes Religieuses, dans un service où surabondent non seulement des syphilitiques à suppurations dangereuses, mais des sujets ignorants, insouciants, voire dédaigneux de toute propreté, de toute hygiène.

Or, pour en revenir à notre point de départ, voilà un cas où toutes les conditions se trouvent réunies pour donner la quasi-certitude d'une contagion médiate. Mais, enfin, pouvons-nous la démontrer, cette contagion médiate? Pouvons-nous dire d'où elle est partie, quel intermédiaire a servi de réceptacle au contage, et quelle voie a suivie ce contage pour parvenir jusqu'aux téguments de notre malade? Non, bien manifestement. Tout cela reste dans l'ombre, et nous sommes impuissants, sur toute cette partie du complexe problème en question, à faire la preuve de ce qui s'est produit, de ce qui n'a pu manquer de se produire.

Eh bien, soit dit à l'avance, il en est de même pour la très grande majorité des contagions médiates dont nous allons parler. Et cependant les contagions de ce genre n'en sont pas moins authentiques et irrécusables. Cliniquement, elles s'imposent; et, d'ailleurs, en bonne logique, l'impossibilité de démontrer un fait n'exclut en rien ce fait.

Cela posé, rentrons dans le domaine de la clinique, et voyons quels intermédiaires peuvent servir ici d'agents à la contagion médiate.

Sur ce point, nul embarras. Et, en effet, tout intermédiaire, quel qu'il soit, est susceptible de transmettre la contagion. Qu'il soit ceci ou cela, un linge, une

pièce de pansement, un vêtement, un métal, une planche, un siège de latrines, un instrument de chirurgie, un crayon de nitrate d'argent, un gant à frictions, etc., etc., en l'espèce peu importe. Cet intermédiaire peut être *quelconque*, à la double condition d'avoir reçu le contage en dépôt et d'être mis plus tard en rapport avec les téguments.

Aussi bien, après vous avoir cité — comme je vais essayer de le faire — tous les agents qui, dans les faits connus jusqu'à ce jour, ont servi d'intermédiaires à la contagion médiate, serai-je bien certain de n'en avoir pas épuisé la liste. Car tel ou tel, auquel je n'aurai même pas songé, pourra bien demain transmettre une contamination d'ordre jusqu'alors ignoré. Je précise par un exemple.

Je n'ai pas observé jusqu'à présent un seul cas de contamination par le plancher de nos salles d'hôpital. Eh bien, je gage que vous ou moi observerons quelque jour une contamination de ce genre, étant donnée la déplorable habitude qu'ont nos malades (quoi que nous puissions dire et faire) de marcher *pieds nus* dans nos salles, dont le plancher n'est que trop souvent souillé par la chute de linges, de pansements, de compresses sales, de liquides sales, de crachats, voire quelquefois par du pus en nature.

Et de même pour d'autres exemples que j'aurais pu tout aussi bien choisir.

Cependant, et cela d'une façon toute naturelle, il est tels intermédiaires qui plus souvent que d'autres servent d'agents à la contagion médiate. Citons surtout les suivants :

1° *Linge de corps*, c'est-à-dire ensemble des vêtements qui sont en rapport direct avec la peau : che-

mises, caleçons, pantalons de femmes, corsages de femmes, etc. — Exemples :

Un cas de Barbantini est relatif à une petite fille qui fut infectée par la chemise de sa mère.

Un cas de Dzondi concerne une femme de quatre-vingts ans (on n'est plus guère suspect à cet âge), qui prit un chancre de l'aine pour s'être servie des « vêtements de dessous » d'une femme syphilitique.

Une observation de Taylor se résume en ceci : Deux femmes, qui faisaient chambre commune, changèrent de pantalon par mégarde. L'une, qui était syphilitique, se trouvait affectée à ce moment d'ulcérations spécifiques sur les cuisses. L'autre, qui était saine, contracta un chancre de la face interne d'une cuisse.

2° *Vêtements d'occasion, vêtements d'emprunt.* — De vieux pantalons, souillés par leurs premiers propriétaires, ont transmis plus d'une fois la syphilis, assure-t-on, et cela par des inoculations portant non pas seulement sur les parties génitales[1] (qui ne sont pas en cause pour l'instant), mais aussi sur les fesses, les cuisses et les jambes. Quoi d'étonnant à cela, alors que chaque jour de nombreux malades nous présentent, non pansée et ballante dans leur pantalon, leur verge affectée de lésions syphilitiques en pleine suppuration?

En ce moment vous pouvez voir dans le service une jeune femme qui est affectée d'un chancre syphilitique indéniable sur la région de l'*épaule*, au niveau de l'acromion. Comment a-t-elle contracté ce chancre? Très vraisemblablement elle le tient d'une *robe* qu'elle avait prêtée à une de ses amies affectée de syphilis et criblée de syphilides pustulo-crustacées, notamment au niveau

1. Observations de Clerc et de Bondet, par exemple.

de la partie supérieure du tronc. Cette robe, elle l'a reprise pour son compte, alors que son amie l'avait portée six semaines, et c'est un mois plus tard environ qu'elle a vu poindre sur son épaule un « bouton croûteux » qui est devenu le chancre actuel.

3° Tous *objets de literie* : draps, oreillers, couvertures, etc.

Il est actuellement de notoriété commune que, pour certaines affections auto-inoculables (telles que le chancre simple, le favus, la gale, l'impétigo contagiosa, etc., etc.), les draps de lit sont des agents de dissémination et de propagation d'un point du corps à un autre. De cela vous venez d'avoir sous les yeux un exemple des plus probants qu'il me suffira de vous rappeler en quelques mots. Un malade entre dans nos salles pour des chancres simples multiples de la verge et un bubon chancreux. Quelques semaines plus tard, nous le trouvons affecté de deux nouveaux chancres simples siégeant sur l'un des jarrets, chancres simples typiques, qui d'ailleurs ont été auto-inoculés avec résultat positif. Or, enquête faite, ces chancres du jarret ne pouvaient manifestement reconnaître comme origine qu'une inoculation transportée là par les draps, lesquels (comme confirmation) étaient absolument sales et criblés de macules purulentes[1].

Or, s'il en est ainsi, pourquoi le contage syphilitique ne serait-il pas susceptible, lui aussi, d'être transporté de la même façon par des objets de literie ? Rien d'étonnant, donc, à ce qu'il puisse être transmis à un sujet sain par des draps souillés de pus syphilitique.

1. De même, une très belle pièce déposée au Musée de Saint-Louis par mon savant collègue et ami le Dr Hallopeau (n° 1026, Collect. génér.) montre une série confluente de chancres simples accidentellement inoculés à la jambe, sur une surface eczémateuse.

Plusieurs cas de ce genre, en effet, ont été déjà observés.

Ainsi, nous avons eu dans nos salles, il y a quelques années, une vieille femme de soixante-dix ans affectée d'un chancre syphilitique de la région moyenne et externe de la *jambe*. D'où lui venait ce chancre? Elle ne s'était exposée depuis plus de vingt ans, affirmait-elle, à aucun risque de contagion vénérienne, et d'ailleurs son âge, sa caducité et sa laideur offraient à ce point de vue de suffisantes garanties. Misérable, logeant dans des bouges de dernier ordre, où les draps, racontait-elle, « n'étaient jamais changés », elle n'avait pu guère gagner son mal qu'au contact d'un lit malpropre.

M. le Dr Gastou a présenté à la Société de dermatologie un « *chancre géant de l'abdomen* », qui, sans doute, relevait d'une cause identique, opinion qui du reste n'a rencontré de contradiction de la part d'aucun membre de notre Société. Le malade affecté de ce chancre affirmait n'avoir eu « aucun rapport depuis dix ans ». Lui aussi était un misérable, réduit à coucher dans des hôtels infects, où les « draps de lit étaient sordides et noirs ». En outre, il était criblé d'une phthiriase confluente, dont les multiples éraillures constituaient autant de portes ouvertes à la contagion[1].

A fortiori, le *lit commun*, le coucher en commun réalise-t-il des dangers supérieurs encore. « Il n'est pas rare, dit le Dr Jullien, de voir des enfants s'infecter près de leurs parents, lorsque la misère rassemble dans un même lit plusieurs membres d'une même famille. » De même aussi des enfants se sont-ils infectés en venant jouer le matin dans le lit de leurs parents.

1. V. *Annales de dermat. et de syph.*, 1893, p. 1308.

Des contaminations de ce genre ont été citées par Trousseau, Ricord, Rollet, Lancereaux et d'autres que j'oublie. Parfois même elles ont donné lieu à des actions médico-légales. A preuve un cas de M. Gailleton, relatif à une petite fille de quatre ans qui prit la syphilis en couchant dans le même lit que son père affecté de syphilis. On crut d'abord à un attentat criminel; mais l'expertise, habilement dirigée par M. Gailleton, vint décharger le père de l'horrible accusation qui pesait sur lui.

4° *Linges de bain*, *peignoirs*, *gants de crin* servant aux frictions, etc.

Duncan Bulkley a relaté tout au long l'observation d'un de ses clients qui, suivant toute vraisemblance, contracta la syphilis dans une maison de bains, par l'intermédiaire de linges contaminés. Il ne s'était exposé de vieille date à aucun risque de contagion, lorsqu'un jour, à propos de la recrudescence d'un eczéma chronique du sillon interfessier, il alla prendre un bain, à la suite duquel il se frotta vigoureusement et jusqu'à s'écorcher la région malade avec des linges qu'on lui avait fournis dans la maison. Quelques semaines plus tard, et sans intervention de nulle autre cause suspecte, il se trouva affecté d'un chancre syphilitique dans la *rainure interfessière*.

De même un de mes clients, qui présentait un chancre de la *cuisse*, soutenait, avec toutes les protestations et tous les serments du monde, qu'il ne s'était exposé à aucun risque de contagion et que, « très sûrement, il n'avait pu prendre ce chancre que dans une maison de bains, pour s'être frictionné avec un peignoir malpropre ».

De même encore j'ai traité en ville, avec le concours

de MM. Hardy et Besnier, une dame d'une respectabilité absolue qui, très certainement, a été contagionnée, dans l'un des grands établissements hydrothérapiques de Paris, par un *gant de crin* servant aux frictions. Le chancre, d'abord, qui siégeait à la partie supéro-externe de la cuisse gauche, près de la hanche, était absolument indéniable; il fut suivi d'ailleurs, à normale échéance, de l'explosion secondaire la plus classique. D'autre part, quel pouvait être le mécanisme d'une telle contagion? D'une très longue et très scrupuleuse enquête, dont je vous épargnerai les détails, il résulta ceci pour mes collègues et pour moi (qui ne sommes pas, certes, des crédules en fait de contagions spécifiques) que cette dame avait été très vraisemblablement infectée par le gant de crin commun, le gant *qui sert à tout le monde* dans les maisons d'hydrothérapie, à la façon du rasoir chez le coiffeur. Sa masseuse, en effet, lui avait, par de trop rudes frictions, éraflé et presque érodé la peau çà et là, notamment au jarret et à la hanche gauche; or, ce fut en ce dernier point précisément que s'implanta le contage.

5° *Le triage, le raccommodage et le blanchissage du linge des sujets syphilitiques* sont naturellement des opérations dangereuses qui, plus d'une fois, ont transmis la syphilis aux ouvriers ou ouvrières des hôpitaux, aux employés de buanderie, etc.

Une statistique de Calderini (de Milan) attribue 31 cas d'infection syphilitique à des linges contaminés de syphilis.

6° *Contagion par les latrines.* — Celle-ci est très différemment appréciée par les médecins, ainsi que j'ai pu m'en convaincre par de nombreuses conversations avec mes confrères sur ce sujet. Les uns, en effet, sans

la récuser en principe, ne la considèrent en fait qu'au titre d'une « échappatoire », d'une « excuse commode à la décharge de gens désireux de masquer une faute ». Certains même la tournent absolument en dérision, ou plutôt tournent en dérision « les naïfs, les crédules » qui l'acceptent. D'autres inversement — et de ce nombre sont spécialement les gens du métier, les syphiliographes — l'agréent absolument comme un mode de contagion non pas seulement possible et admissible en théorie, mais authentique, irrécusable de par l'observation clinique.

Eh bien, je vous l'affirme avec pleine conviction, la vérité n'est pas ici du côté des sceptiques et des rieurs.

Sans doute, nous le savons de reste, la contagion par les latrines a pu être exploitée soit par des femmes infidèles, trop heureuses de dissimuler ainsi une contamination d'un autre ordre, soit même (ce qui est moins croyable, mais je parle preuves en mains) par des hommes, par des puritains hypocrites, en vue de laisser intacte, même vis-à-vis du médecin, leur « respectabilité ». Quel est le praticien qui n'a pas entendu invoquer une telle étiologie, alors qu'elle était le moins acceptable? Et même que de fois n'est-il pas arrivé à tel ou tel d'entre nous de feindre d'y croire, voire d'y prêter les mains, ne serait-ce que dans le but, par exemple, de sauvegarder ce qu'on appelle « la paix des ménages »?

Mais le mensonge des uns n'exclut pas la sincérité des autres. Si tel altère à son profit la vérité, il ne suit pas de là que tel autre, en alléguant le même fait, n'exprime pas un fait vrai, de pleine authenticité.

Eh bien, je le répète, je suis ici du nombre des « croyants ». J'accepte absolument la possibilité d'une

contamination spécifique par les latrines; et je vais même plus loin, en disant avec W. Taylor: « Ce qui m'étonne, ce n'est pas que les latrines puissent être l'intermédiaire de contaminations syphilitiques, mais bien qu'elles n'en produisent pas plus qu'elles n'en semblent produire ».

Je vous dois les preuves de cette conviction, qui, croyez-le, n'a rien de théorique. Or, ces preuves, je les trouve d'abord dans les deux arguments que voici.

I. — A supposer que le siège de latrines où l'on s'assied soit souillé par des sécrétions syphilitiques (pus de chancre ou pus de plaques muqueuses, par exemple), est-il possible, oui ou non, que ces sécrétions, éminemment virulentes ou microbiques (à votre choix), déterminent une inoculation sur les téguments de sujets sains venant à s'asseoir sur ces latrines?

Réponse formelle : Oui, incontestablement oui, et cela au nom des analogies, au nom du bon sens.

En l'espèce même, dirai-je (en vous priant de m'excuser pour de tels détails), l'inoculation a d'autant plus de chances de s'exercer qu'elle a pour s'exercer un contact non pas seulement direct et plus ou moins prolongé, mais un contact pesant, un contact de tout le poids du tronc entre le siège des latrines et les téguments.

II. — D'autre part, le siège des latrines et tout particulièrement des latrines publiques, des « chalets de nécessité », comme on les appele vulgairement, est-il exposé, oui ou non, à être souillé par des sécrétions syphilitiques?

Certainement, oui encore, et cela pour des raisons multiples. A savoir :

1° Est-ce que les sujets syphilitiques affectés, par

exemple, de plaques muqueuses anales, périanales, périnéales, vulvaires, etc., ou bien de syphilides suppuratives des fesses ou des cuisses, s'abstiennent de fréquenter les latrines et les latrines publiques? — Non.

2° Est-ce que, les fréquentant et, comme conséquence, pouvant les infecter, ils prennent de suffisantes précautions pour les purifier et les asepsier, c'est-à-dire pour les rendre non dangereuses alors qu'ils les ont rendues dangereuses? — Réponse inutile, n'est-ce pas?

3° Est-ce que même du pus en nature ne peut pas s'écouler ou de la verge ou de la vulve sur le siège des latrines? — Certes oui.

4° Puis, encore, il est une chose à savoir, qu'ignorent peut-être les médecins « encyclopédistes », mais que nous n'ignorons pas, nous « spécialistes », et cela parce que nos clients se chargent de faire notre éducation sur ce point. C'est que nombre de sujets syphilitiques, ayant besoin de se panser au cours de la journée, vont se panser précisément dans les latrines, soit dans des latrines particulières (celles de leur patron, celles de la maison de commerce à laquelle ils sont attachés, etc.), soit dans les latrines publiques.

Journellement, par exemple, j'entends des malades me dire : « Mais, docteur, vous me prescrivez trois ou quatre pansements par jour sur mon chancre ou sur mes plaques muqueuses. Impossible! Je ne suis chez moi que le matin et le soir.... Enfin, puisque que cela est nécessaire, je m'arrangerai ». Et ils s'arrangent, en effet. Comment? En allant renouveler leur pansement dans les lieux d'aisances. C'est-à-dire que, là, ils déposent sur le siège et précisément à l'endroit où l'on s'assied tout leur petit arsenal de pansement, ce qui est inoffensif, mais aussi, ce qui est grave, toutes les pièces

de leur pansement antérieur, à savoir bandes, compresses, plumasseaux de charpie imbibés de pus, etc. — Pas plus tard que ces derniers jours, un de mes clients affecté d'un large chancre syphilitique du fourreau me racontait que, par économie de temps, il allait faire son pansement du milieu du jour « dans un kiosque de nécessité voisin de ses bureaux ».

Allez donc soutenir après cela que les latrines ne sont pas capables de transmettre des contaminations syphilitiques!

Pour ma seule part, j'ai observé dans ma clientèle plusieurs contaminations de ce genre, et cela sur des malades en qui j'ai toute confiance pour des motifs divers, soit parce que ce sont des hommes, des célibataires, des jeunes gens, qui n'ont rien à cacher, soit parce que plusieurs d'entre eux, que je connais personnellement, me semblent au-dessus de toute suspicion de mensonge. — D'ailleurs, des faits de même ordre se sont produits également sur de jeunes mariées [1], sur des jeunes filles, voire sur des enfants. Fitzgibbon, par exemple, a relaté le cas d'une jeune fille de quatorze ans qui fut infectée par les latrines dans une gare de chemin de fer. — Inutile donc, je crois, d'insister davantage sur un mode de contagion dont l'authenticité n'est vraiment pas contestable.

1. J'ai observé, il y a deux ans, avec mon collègue et ami le Dr Sevestre, un cas de cet ordre sur une jeune femme qui, suivant toute vraisemblance, contracta la syphilis de cette façon quelques jours après son mariage et dans son voyage de noces. Il va sans dire qu'une enquête des plus scrupuleuses et des plus approfondies fut établie sur les causes possibles d'une telle contagion. De cette enquête il finit par résulter que la seule cause acceptable, probable, possible, était une contamination par des latrines d'hôtel. Le mari, qui protestait énergiquement de son innocence, voulut être examiné, fut examiné par nous à diverses reprises et toujours trouvé indemne de syphilis.

7° *Contagions instrumentales*, *contagions médicales*. — En principe, tous les instruments, tous les ustensiles, tous les objets utilisés dans un but thérapeutique, peuvent servir d'intermédiaires à des contagions médiates et porter de la sorte la syphilis sur le corps ou les membres. En fait, nombre d'entre eux ont été déjà signalés comme ayant servi d'origine au moins vraisemblable à des contaminations de cet ordre.

Citons comme tels : bistouris, lancettes, stylets, scarificateurs, ciseaux, canules, bassins, verres à ventouses, serres-fines, aiguilles de seringue à injections hypodermiques, diachylon, caoutchouc, emplâtres, porte-caustiques, crayons de nitrate d'argent, pinceaux, tous objets de pansements, tels que charpie, compresses, éponges, voire, a-t-on dit, brosse électrique, etc., etc.

Les exemples, ici, seraient innombrables à citer. J'en produirai seulement quelques-uns à titre de spécimens.

Köbner a relaté un cas dans lequel on vit un chancre syphilitique succéder à l'incision d'un abcès de l'aisselle.

Dans un autre cas, ce fut un furoncle de la fesse qui, incisé à la lancette, se transforma, quelques semaines plus tard, en un chancre syphilitique. — De même Lang (je cite ce fait, bien qu'il ait trait à une région autre que celles dont nous parlons actuellement, mais n'importe) a vu un chancre syphilitique succéder à l'ouverture d'un furoncle du front.

Je tiens d'un médecin qui occupe une très haute situation dans la science (mais qui m'a prié de ne pas le citer) qu'il est « malheureusement *certain* d'avoir transmis la syphilis à l'un de ses malades par une seringue de Pravaz qui avait servi récemment à plusieurs sujets syphilitiques ».

La *saignée* a été plusieurs fois l'origine de contaminations spécifiques, surtout à l'époque où cette opération etait confiée à de simples barbiers, coutume qui, paraît-il, se conserve encore en certains pays, à en juger par le cas suivant :

« En 1876, un barbier d'Autriche saigne trois malades, deux sur ordonnance de médecin et le troisième de son chef. Sur les trois opérés des signes locaux de syphilis se manifestent au siège même de la saignée et sont suivis, à normale échéance, d'accidents généraux. — Le barbier est poursuivi, jugé, et condamné à quatorze jours de prison avec amende[1]. »

Bonorden a relaté de même un cas dans lequel un large chancre se produisit au niveau de la piqûre d'une saignée.

Mais, chose curieuse et sans doute inattendue de vous, c'est la pratique des *ventouses* qui a fourni le plus fort contingent à l'ordre des contaminations qui nous occupent pour l'instant.

C'est ainsi que, sans parler des cas isolés, le ventousage a déterminé de véritables *épidémies* de syphilis. Si peu croyable que cela soit, cela est. Ainsi Duncan Bulkley, avec l'admirable érudition qui lui est familière, n'a pas collectionné moins de *treize* épidémies de syphilis résultant de contaminations par les ventouses, à savoir : sept dans les siècles qui ont précédé le nôtre, et six dans le dix-neuvième siècle, celles-ci toutes en Russie.

Et ce n'est pas sans raison qu'il les a qualifiées du nom d'épidémies; car le nombre des victimes, dans les

1. V. *British medical Journal*, 1876.

cas où il a pu être fixé, s'est élevé, paraît-il, aux chiffres exorbitants que voici : 11; — 14; — 14; — 17; — 20 à 30; — 70 à Nuremberg, en 1599; — 70 à Windsheim (Bavière), en 1624; — 80 à 90 à Topparla (Finlande); — 180 à Brunn (Moravie); — et enfin 200 à Hakola (Finlande)!

De telles monstruosités ont leur explication cependant. D'une part, en effet, le ventousage comporte une instrumentation complexe et des dangers d'infection multiples dérivant des verres, des rasoirs, des scarificateurs, des éponges, des linges, du sang des opérés antérieurs, des eaux de lavage, sans parler des doigts de l'opérateur. — D'autre part, les ventouses constituaient autrefois, comme encore aujourd'hui dans les basses classes, une médication très populaire, très accréditée, mise en œuvre à tout propos (non moins d'ailleurs que hors de propos) contre une foule de maladies. — Puis, enfin et surtout, à qui était confiée jadis, à qui est confiée encore aujourd'hui dans certains pays à civilisation attardée, la pratique opératoire du ventousage? Non pas aux médecins, non pas aux chirurgiens, mais aux barbiers, aux garçons barbiers, parfois même à des « barbiers ambulants », à de véritables empiriques promenant de village en village leur baraque de saltimbanques. Je laisse à penser si de telles gens étaient toujours de bien rigoureux observateurs — je ne dirai pas de l'antisepsie, ce serait leur faire trop d'honneur — mais de la plus élémentaire propreté. C'est ainsi que la célèbre épidémie de Brunn (Moravie) dériva d'un barbier ventouseur, lequel n'eut rien de plus pressé, au premier soupçon formulé contre lui, que de déguerpir avec une précipitation significative. De même l'épidémie d'Hakola, qui ne fit pas moins de 200 victimes

en 1858, procéda d'une femme syphilitique qui exerçait le métier de ventouseuse et qui avait pour habitude de « laver ses verres avec sa salive! »

J'arrive enfin dans cette revue à un mode de contamination médiate qui n'est généralement pas connu et sur lequel en conséquence je me ferai un devoir d'insister tout particulièrement.

Je crois, je suis persuadé que des infections syphilitiques peuvent résulter des *cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent*, telles qu'on les fait usuellement, c'est-à-dire avec un crayon *banal*, servant à tout le monde, et continuant à servir de la sorte tant qu'il n'est pas absolument usé. Si ce crayon a touché une plaie syphilitique, je le tiens pour suspect, pour dangereux, et m'est avis qu'il peut transmettre la syphilis.

Cette conviction, je la dois à un certain nombre de cas que j'ai observés en ville (car c'est surtout dans la clientèle de ville qu'on est en situation de surprendre et de suivre des faits de ce genre) et dont voici le résumé.

D'abord, j'ai vu plusieurs fois des plaies simples de la verge se transformer en chancres syphilitiques après des cautérisations au nitrate d'argent, et cela dans des conditions où cette transformation n'était explicable par aucune cause, par quoi que ce soit d'autre que l'attouchement de la plaie par le crayon. Spécimen du genre :

Un jeune homme est affecté d'un herpès typique du prépuce qu'il vient me montrer. Je lui prescris un traitement topique des plus simples. Mais, ne guérissant pas assez vite à sa guise, il croit hâter sa délivrance en allant se faire cautériser plusieurs fois dans l'une de ces

officines qui se flattent, à la quatrième page des journaux, de guérir les maladies vénériennes à brève échéance. Cinq semaines plus tard, il me revient, mais cette fois avec un chancre induré non moins typique que l'herpès primitif, chancre qui s'est développé exactement sur l'emplacement de cet herpès. Or, d'où pouvait provenir ce chancre? D'abord, il y avait *six mois* que le malade n'avait touché de femme quand s'est produit l'herpès. D'autre part, depuis les cautérisations, aucun rapport, aucun contact suspect, de n'importe quelle nature. De même, enquête restant absolument négative sur toute cause ayant pu servir d'intermédiaire à une contagion. Une *seule* source d'infection restait donc possible à incriminer rationnellement, à savoir l'attouchement de l'herpès par le crayon de nitrate d'argent.

En second lieu, j'ai dans mes notes plusieurs cas de chancres anaux et périanaux qui se sont produits dans des circonstances telles qu'ils ne pouvaient guère être expliqués que par une contamination accidentelle dérivant de cautérisations au crayon de nitrate d'argent. D'une part, en effet, les chancres en question s'étaient produits sur des sujets à propos desquels une contagion directe n'était guère admissible, par exemple sur une bonne vieille dame veuve et des plus respectables. D'autre part, ces chancres s'étaient invariablement produits dans les mêmes circonstances, à savoir : toujours sur d'anciennes lésions anales ou périanales (eczéma, fissure, fistule, hémorrhoïdes, érosions hémorrhoïdaires, etc.); — toujours à la suite de cautérisations au crayon; — et toujours (notez ce point) avec l'incubation usuelle à la syphilis. — Donc, dans ces divers cas, tout un ensemble de considérations semblait bien, comme pour

les cas précédents, incriminer le crayon argentique et le dénoncer comme auteur de la contagion.

Mais enfin, je l'avoue, tous ces cas — auraient-ils même été plus nombreux — prêtaient le flanc à des objections diverses et ne contenaient pas les éléments d'une démonstration véritable, lorsque enfin s'offrirent à moi deux observations bien autrement probantes qui fixèrent mes convictions. Les voici.

Un de nos confrères, célibataire, n'avait eu depuis plus de *six mois* « aucun rapport sexuel, aucun contact vénérien de n'importe quel genre », lorsqu'il lui arriva d'être affecté à la verge, dans la rainure glando-préputiale, de deux minuscules érosions de balano-posthite, consécutives à une absence forcée de soins d'hygiène pendant un très long voyage en chemin de fer. Il eut alors la malheureuse idée, pour hâter la cicatrisation de ces deux petites plaies, de les cautériser, et il les cautérisa. Les plaies se fermèrent presque aussitôt. Mais, quelques semaines plus tard (et cela en l'absence de tout rapport, de tout contact vénérien), il se produisit sur leur emplacement deux lésions nouvelles, lesquelles devinrent des chancres syphilitiques indéniables, d'ailleurs suivis, dans les délais classiques, de symptômes d'infection générale. Or, notre confrère s'était servi, pour cautériser les plaies en question, de *son* crayon de nitrate d'argent, crayon avec lequel il avait eu l'occasion « quelques semaines et quelques jours auparavant, de cautériser plusieurs lésions syphilitiques de forme érosive ou ulcéreuse ».

Second cas. Un jeune homme se fait une brûlure au doigt médius, le 8 août (notez bien les dates, c'est essentiel en l'espèce). — Peu après il est appelé à faire ses vingt-huit jours de service militaire. La plaie tardant à se

cicatriser, on la cautérise dans un hôpital militaire, le 27 août, et on la cautérise (le malade est très formel et très affirmatif sur ce point, qu'il dit avoir positivement remarqué) avec un crayon de nitrate d'argent « qui venait de servir à cautériser la bouche de plusieurs soldats syphilitiques et affectés à la bouche de lésions syphilitiques ». — La plaie cependant s'améliore et paraît tendre à se cicatriser; puis, tout à coup, elle se modifie, se transforme. Bref, le malade nous arrive ici en octobre avec un chancre du doigt, chancre syphilitique des mieux caractérisés et bientôt suivi d'accidents généraux[1].

Dans ce cas, donc, nul doute possible. C'était bien d'une cautérisation au nitrate d'argent que dérivait la contagion. Mon éminent collègue le Dr Besnier, à qui je fis part de ce fait en lui montrant le malade, partagea absolument mon avis, d'après la chronologie morbide, sur l'origine de la contagion.

Un cas de même ordre a été observé par le Dr W. Taylor[2].

Donc, le fait paraît hors de contestation. Positivement, *l'infection syphilitique peut dériver d'un crayon infecté de syphilis*. Enregistrons bien cela en nos souvenirs, messieurs, car de là découlent pour la pratique des indications majeures dont nous parlerons dans un instant.

Mais, avant d'aller plus loin, une question se présente à discuter : Dans une cautérisation infectieuse de ce genre, d'où procède l'infection? Car le crayon se compose de deux pièces : 1° le nitrate d'argent, la pierre

1. V. Leloir, *Leçons sur la syphilis*, p. 63.
2. V., de plus, Duncan Bulkley, ouv. cité, p. 193.

infernale, et 2° le porte-crayon ou, pour mieux dire, la pince qui soutient le crayon. Or, du caustique ou du porte-caustique, lequel est le coupable en l'espèce, j'entends lequel transmet le contage?

Est-ce le crayon? Cela, théoriquement, paraît peu vraisemblable, étant données les qualités chimiques du nitrate d'argent, corps destructeur des molécules organiques. Il est vraiment peu probable que le contage syphilitique, virus ou microbe, puisse se conserver inaltéré sur un tel corps, y subsister et y vivre, pour émigrer ensuite avec toutes ses qualités pathogènes sur un organisme sain.

Est-ce donc le porte-crayon? Probablement oui, et cela dans les deux conditions où ce porte-crayon peut être mis en contact avec la plaie au moment de la cautérisation, à savoir : 1° lorsque l'instrument est promené obliquement ou presque horizontalement sur la plaie; — 2° lorsque le crayon est très court, usé et réduit à un simple tronçon qui dépasse à peine l'extrémité de la pince. — On conçoit, en effet, que sur cette pince, faite d'un métal indifférent, le virus ou le microbe puisse se conserver sans décomposition, c'est-à-dire en état de *viabilité* propice à une transmission.

Donc, vraisemblablement et sous toutes réserves, c'est le porte-caustique surtout et peut-être bien le porte-caustique *seul* qui est dangereux en l'espèce.

Mais, au surplus, peu importe; car cette dernière question n'est que d'ordre secondaire. L'essentiel, c'est le fait en lui-même, à savoir le danger de transmission syphilitique par les cautérisations au crayon.

Eh bien, ce danger — vous me pardonnerez la digression qui va suivre en raison du haut intérêt pratique

qu'elle comporte — ce danger, il nous faut y parer. Comment? Par un moyen aussi radical que simple, consistant en ceci :

Nous imposer comme règle, en pratique, de *ne jamais cautériser une plaie qu'avec un crayon absolument vierge et un porte-crayon asepsié.*

Donc, proscrire absolument, dans nos services hospitaliers comme dans notre pratique de ville, le dangereux crayon de nitrate d'argent; proscrire ce crayon banal, commun, qui, servant à tout le monde et à toutes lésions, établit d'un sujet à un autre une dégoûtante et périlleuse promiscuité; — et le remplacer ou bien par des cautérisations faites avec un pinceau d'ouate hydrophile imbibée d'une solution argentique à saturation, pinceau qui ne servira qu'une fois et sera jeté tout aussitôt; — ou bien, ce qui serait l'idéal en l'espèce, par un crayon *vierge* monté sur un porte-caustique sans valeur (tel qu'une plume d'oie, par exemple), qui pourrait être sacrifié après une seule cautérisation.

Je le répète, cette très simple, mais très salutaire réforme s'impose. D'autant que, si la syphilis se transmet comme je viens de le dire, elle n'est pas, en toute vraisemblance, la seule maladie qui se transmette de la sorte. Qui nous dit qu'il n'en est pas de même pour la diphthérie, la septicémie, la tuberculose, etc.?

Nos connaissances nouvelles sur la qualité microbique d'une foule de maladies, sur le mode et la facilité de leur transmission par des transports jusqu'alors inconnus, nous créent des *devoirs prophylactiques nouveaux*, devoirs qu'un mot suffit à résumer, à savoir : ANTISEPSIE, antisepsie rigoureuse et absolue, relativement à tout ce qui peut servir aux contages de support et de véhicule d'un sujet à un autre.

III

Étude clinique. — J'en ai fini avec l'étiologie des chancres de siège insolite que nous étudions actuellement. A coup sûr, cette étiologie est le chapitre le plus intéressant de leur histoire ; car, au point de vue clinique et diagnostique qu'il me reste à aborder maintenant, ces chancres ne présentent rien de particulier, comme vous allez le voir, rien que je n'aie eu déjà l'occasion de vous signaler à propos de chancres cutanés d'autres sièges.

D'abord, ce sont tous, nécessairement, des chancres *cutanés*.

Conséquemment, ce sont des chancres qui presque toujours, alors qu'ils n'ont pas été traités, alors qu'ils sont restés sans pansement, se présentent sous la *forme croûtelleuse* ou *croûteuse*, laquelle nous occupera tout d'abord.

I. — Dans ce premier ordre de cas, ce qu'on voit est ceci, purement et simplement :

Une lésion *circonscrite*, bien délimitée; — se produisant *à froid* et sans réaction sur des téguments sains; — généralement *arrondie* ou *ovalaire*, quelquefois même très correctement orbiculaire; — variable comme étendue (réserve faite pour certains cas plus rares dont nous parlerons dans un instant) entre les dimensions d'une pièce de cinquante centimes et celles d'une pièce d'un franc; — *incrustée* de surface, c'est-à-dire couronnée par un exsudat croûteux plus ou moins épais, solide, compact, de teinte ou jaune brun ou jaunâtre,

mais d'un jaune toujours un peu foncé, ou même brunâtre, brun sanguin, presque noirâtre (alors surtout que la lésion siège dans un point où elle est exposée aux frottements, par conséquent à de petits traumatismes ayant pour résultat d'introduire dans la croûte une certaine quantité de sang).

Jusqu'ici, rien de bien spécial, comme vous le voyez, et nombre de dermatoses croûteuses (eczéma, impétigo, furoncle, herpès, voire traumatismes) sont susceptibles de présenter un aspect de ce genre.

Mais, en l'espèce, deux signes interviendront presque toujours pour donner l'éveil au médecin et conduire au diagnostic de la lésion, à savoir :

1° Une certaine *induration* de base, induration d'autant mieux perceptible que la lésion peut toujours être saisie entre les doigts et facilement explorée quant à son degré de rénitence. — Le plus souvent aussi, c'est sous le type lamelleux, parcheminé, le type dit « en carte de visite », que se présente l'induration des chancres du cou, du tronc et des membres. Il est beaucoup plus rare d'observer avec ces chancres des indurations profondes, nodulaires, massives.

2° Une *adénopathie*, offrant les caractères bien connus du bubon satellite.

II. — Dans le second ordre de cas, alors que le chancre n'a pas « fait croûte », comme on dit en langage technique, ou bien alors qu'après avoir fait une croûte il l'a perdue pour une raison quelconque, il constitue une plaie *à découvert*, laquelle affecte, objectivement, telle ou telle des trois modalités suivantes :

Modalité érosive;

Modalité ulcéreuse;

Modalité papuleuse.

Voyons comment il se présente dans chacune de ces variétés.

1° Assez souvent, surtout alors qu'il reste notablement petit, le chancre se borne à effleurer les téguments, sans les entamer. Ce qui le caractérise dans cette forme essentiellement bénigne (et conséquemment trompeuse), n'est rien autre qu'une simple *érosion* cutanée; — érosion tout à fait superficielle, « à fleur de peau »; — petite, c'est-à-dire mesurant un diamètre variable entre celui d'une pièce de vingt centimes et celui d'une pièce de cinquante centimes; — généralement arrondie; — sans bords; — lisse de surface; — rouge et très souvent (notez bien ceci) d'un beau rouge « chair musculaire », presque dénonciateur; — enfin, légèrement parcheminée de base.

J'ai plusieurs fois observé ce type bénin à la région du cou et à la portion supérieure, sous-claviculaire, du thorax[1]. — Les deux seuls chancres de l'épaule et de l'aisselle que j'aie observés jusqu'à ce jour répondaient de même à cette modalité érosive.

2° Plus commune, notamment aux membres inférieurs et à l'abdomen, est la *modalité ulcéreuse*.

Dans cette forme, le chancre est *entamant*, plus ou moins creux, et constitue une ulcération vraie dont les bords descendent en pente douce vers le fond, de façon que l'ensemble de la lésion figure assez bien un godet, une cupule (chancre dit *cupuliforme*).

Le fond de cette cupule est généralement lisse, égal, uni (caractère très essentiel à noter, parce qu'il constitue fréquemment un *bon* signe différentiel entre le chancre

1. V., comme type, la pièce n° 1664 du Musée de Saint-Louis, Collect. génér.

syphilitique et le chancre simple, comme aussi, et mieux encore, entre le chancre syphilitique et les ulcérations gommeuses). — Ce fond est variable d'aspect, tantôt rouge, tantôt d'un jaune gris, assez souvent aussi polychrome, c'est-à-dire à la fois rouge et jaunâtre, à la fois rougeâtre, gris ou grisâtre par places.

Inutile d'ajouter que ce chancre ulcéreux est sous-tendu par une induration notable, en général lamelliforme et parcheminée.

Comme type de cette variété, je recommande à votre attention les deux pièces suivantes du musée de Saint-Louis : pièce n° 155 de ma collection particulière, représentant un chancre du cou, observé sur une jeune fille et dérivant d'un baiser de son fiancé; — et pièce n° 1341 (Collection générale), reproduisant un très beau chancre cupuliforme de la jambe.

3° Souvent encore, ce qu'on observe est la *modalité papuleuse* du chancre, trop de fois décrite dans ce qui précède pour que j'aie besoin d'y insister à nouveau.

C'est là un type des plus communs. Et, en effet, quelle que soit la forme initiale qu'ils affectent, les chancres du tronc et des membres ont une réelle tendance à se transformer en lésions papuleuses à un moment donné de leur évolution, surtout dans leur étape terminale. On les voit alors s'élever, s'exhausser en plateau ou en mamelon convexe. Simultanément ils prennent une teinte rouge ou rougeâtre. De sorte que, sous cet aspect, ils rappellent absolument la physionomie des papules érosives secondaires, de ce qu'on a appelé les *plaques muqueuses de la peau.*

J'insiste sur ce dernier point parce qu'il a trait à une erreur diagnostique plus que facile à commettre.

Alors que le chancre devient ainsi papuleux, il court grand risque d'être pris pour une lésion secondaire, à savoir pour une papule érosive. De même aussi, lorsqu'il s'encroûte légèrement, il prend la physionomie d'une syphilide papulo-croûteuse. On dira avec toute raison que son caractère de lésion *unique* pourra suffire très généralement à donner l'éveil et à le différencier de manifestations secondaires essentiellement multiples. Sans doute. Mais notez, d'autre part, que cet élément diagnostique fera défaut si le malade se présente à une époque où, l'invasion secondaire s'étant déjà produite, la peau s'est couverte de syphilides; auquel cas le chancre est exposé à disparaître au milieu de lésions plus ou moins confluentes et d'aspect véritablement analogue, si ce n'est même identique, comme apparences dermatologiques. Tel a été précisément le cas de notre malade au chancre de l'épaule. Quand nous avons vu cette femme pour la première fois, elle avait la peau criblée d'une syphilide polymorphe, à larges papules sèches ou papulo-croûteuses. En sorte que son chancre ne semblait être qu'un élément de cette poussée secondaire, avec laquelle il a bien failli rester confondu. Nous n'avons été amenés à en suspecter la qualité chancreuse que par l'évolution chronologique, la malade nous le signalant avec insistance comme le « premier en date » de tous ses accidents. Puis, nous l'avons formellement reconnu pour chancre de par son adénopathie satellite siégeant dans l'aisselle et de par les commémoratifs que je vous ai racontés précédemment[1].

Telle est la caractéristique objective de ces chancres,

1. V. page 300.

laquelle, vous le voyez, ne présente absolument rien de spécial, rien qui ne s'observe d'une façon courante avec les chancres cutanés de tout siège, notamment avec les chancres du fourreau de la verge, du scrotum ou des grandes lèvres. Aussi en ai-je abrégé, dans la mesure du possible, la description symptomatologique.

Deux particularités, seulement, me restent à signaler pour en achever l'histoire clinique.

1° Ce sont des chancres parfois susceptibles d'une singulière *multiplicité*.

Certes, on peut poser comme règle, tout au moins comme fait usuel, que les chancres du cou, des membres et du tronc sont *uniques*, solitaires, à l'instar de ce qu'est le plus habituellement le chancre syphilitique de tout siège.

Mais ce fait comporte d'assez nombreuses exceptions.

Ainsi, d'abord, on constate quelquefois, sur les sièges en question, des chancres *doubles*. Exemple :

Un de mes malades portait deux chancres sur la région du *cou*.

Un autre présentait un chancre à chacun de ses *coudes*.

La pièce n° 1664 de notre *musée* (Collection générale) reproduit deux chancres qui sont situés, l'un au niveau de la clavicule droite, et l'autre sur la partie la plus inférieure de la région cervicale, à gauche. — Et ainsi de suite.

Mais ce n'est pas tout, et voici le fait curieux à signaler. C'est que ces mêmes chancres se présentent quelquefois avec une singulière *multiplicité*, qui n'est pas médiocrement faite pour donner le change.

Ainsi, chose bizarre, les chancres de la partie infé-

rieure de l'abdomen, les chancres sus-pubiens semblent offrir une réelle tendance à la multiplicité. En plusieurs cas, on en a compté trois, quatre, cinq et jusqu'à six. De sorte que, groupés les uns à côté des autres sur une surface peu étendue, ces chancres multiples donnent assez bien l'idée d'une pléiade de syphilides secondaires ou tertiaires. J'ai vu cette erreur faite par un de mes confrères, médecin cependant fort instruit, dans un cas où cinq chancres croûteux des régions sus-pubienne et sus-inguinale avaient été pris par lui pour un groupe de syphilides pustulo-crustacées.

On a encore noté une multiplicité semblable à propos des *chancres vaccinaux* et des chancres dérivant du *tatouage*. Ainsi, dans le cas de Cheinisse, un tatouage infectieux avait déterminé *cinq* chancres sur l'avant-bras d'un forgeron. Dans le cas de Robert, *huit* chancres s'étaient produits sur l'avant-bras d'un soldat à la suite d'un tatouage, etc. Mais, en l'espèce, rien d'étonnant, la multiplicité des traumatismes servant d'explication naturelle à la multiplicité des chancres.

2° Second point : Plus souvent, à coup sûr, que les chancres génitaux, les chancres du tronc et des membres sont remarquables par leur *grande étendue*. En autres termes et plus simplement, on observe plus souvent (toutes proportions gardées) de grands chancres sur le tronc et les membres que sur les organes génitaux.

C'est surtout au niveau de l'abdomen que l'on rencontre ces grands chancres, comparables comme surface à une pièce de cinq francs (en argent), voire mesurant cinq, sept, huit centimètres de diamètre. Comme exemple, le chancre abdominal dont M. Gastou a entre-

tenu la Société de dermatologie mesurait six centimètres de diamètre transverse contre quatre centimètres verticalement[1].

Toutefois, pour s'observer à l'abdomen plus fréquemment qu'ailleurs, cette exagération d'étendue n'a rien de spécial à la région. On a cité également de grands chancres du thorax (région antérieure). De même pour les membres. Exemples :

Un chancre du coude, dont l'observation a été relatée par M. De la Nièce[2], dépassait l'aire d'une pièce de cinq francs.

Un chancre de la jambe, observé par M. Veslin sur un garçon de dix-sept ans, avait une étendue à peu près semblable[3].

Un chancre de la cuisse, sur un malade de nos salles, mesurait au minimum cinq à six centimètres de diamètre.

Enfin, un chancre de la région inguinale, décrit par un autre de mes élèves, le Dr Meneault, s'étendait sur toute cette région avec une étendue transversale de *douze centimètres* et un diamètre vertical variant entre deux et cinq centimètres suivant les points. C'était là, véritablement, un *chancre géant*, à tendance phagédénique[4].

Adénopathies. — Les adénopathies satellites de ces divers chancres se localisent de la façon suivante :

1° Pour les chancres du cou, dans les ganglions cervico-latéraux et sus-claviculaires ;

1. V. photographie n° 119, Collect. partic.
2. V. *Annales de dermat. et de syph.*, 1886, p. 225.
3. V. *Annales de dermat. et de syph.*, 1890, p. 318.
4. V. *Annales de dermat. et de syph.*, 1886, p. 420.

2° Pour les chancres de la partie supérieure du tronc, dans les ganglions axillaires;

3° Pour les chancres de la partie inférieure du tronc, dans les ganglions inguinaux;

4° Pour les chancres du membre supérieur, dans les ganglions épitrochléens et axillaires;

5° Pour les chancres du membre inférieur, dans les ganglions poplités et cruraux.

Rien à dire relativement à la symptomatologie de ces diverses adénopathies, qui se présentent toutes avec les caractères classiques du bubon satellite.

A noter, seulement, deux particularités assez curieuses d'ordre anatomique :

1° Les chancres situés à peu près à mi-hauteur du tronc se traduisent ou peuvent se traduire à la fois par des bubons axillaires et inguinaux. Cela, en raison des anastomoses extrêmement nombreuses du réseau lymphatique de la région, lesquelles permettent au virus (ou au microbe, n'importe) d'irradier à la fois vers l'aine et l'aisselle.

2° Les chancres qui, situés à ce dernier niveau (mi-hauteur du tronc), occupent de plus la région médiane du tronc, peuvent donc, de ce fait, avoir *quatre bubons*, à savoir un pour chaque aine et un pour chaque aisselle.

Tel est le chancre de l'*ombilic*, célèbre par ses quatre bubons. Nous avons eu ici deux cas de cet ordre avec quadruple adénopathie[1], dont l'un a été relaté par M. Veslin. Toutefois, en deux autres cas je n'ai constaté que des adénopathies inguinales, les ganglions axillaires restant indemnes.

1. V. *Ann. de dermat. et de syph.*, 1890, p. 318.

Traitement. — La thérapeutique locale des chancres que nous venons d'étudier ne prête à aucune considération particulière. Elle est celle de tous les chancres cutanés, n'importe le siège. Il me suffira donc de la résumer en deux mots.

A coup sûr, l'*occlusion* constitue ce qu'il y a de mieux, de plus commode, de plus pratique et de plus actif.

Un pansement occlusif sera donc appliqué sur le chancre, et renouvelé matin et soir, trois fois par jour au plus, dans le cas (ce qui est rare) de suppuration un peu abondante.

Ce pansement sera fait « à la Chassaignac » (suivant l'expression consacrée), c'est-à-dire avec une série de petites bandelettes entre-croisées et imbriquées à la façon des tuiles d'un toit, et non, comme on y procède souvent par négligence, avec un seul placard de toile emplastique. Un seul placard, en effet, s'applique mal, « gode », et ne réalise pas l'occlusion.

Le pansement devra recouvrir toute l'étendue du chancre, en le débordant tout au plus d'un à deux millimètres. — Il sera immobilisé par une compresse et, suivant la situation du chancre, soit par quelques tours de bande, soit par un bandage de corps.

Le topique qui m'a paru préférable en l'espèce est encore le taffetas de Vigo, mais le taffetas de Vigo moderne, où l'emplâtre est étalé en très mince couche sur une étoffe de soie fine, souple, flexible. — Il importe que ce taffetas soit de préparation récente pour conserver intactes ses propriétés adhésives.

Parfois, cependant, le taffetas de Vigo paraît être quelque peu irritant. On le remplacera alors par le taffetas à l'iodoforme, par le taffetas à l'oxyde de zinc

ou au salol, ou même par le sparadrap simple; car, en l'espèce, c'est l'occlusion surtout qui agit, je crois, plutôt que le topique.

Ajoutons, comme complément : des lotions, à chaque pansement, avec une décoction émolliente ou avec quelques antiseptiques (eau boriquée, par exemple, bien préférable, soit dit au passage, aux lotions phéniquées, qui sont toujours irritantes et souvent même tout à fait nuisibles); — et surtout, ce qui fait toujours bien, des bains tempérants (un bain d'une demi-heure à trois quarts d'heure, voire une heure, tous les deux ou trois jours).

Telle est la thérapeutique qui convient le mieux au chancre pendant ses périodes d'augment et d'état.

Mais cette thérapeutique doit être modifiée à l'époque où le chancre commence à se réparer, et alors surtout qu'une zone cicatricielle s'inaugure à sa périphérie. Prolonger l'occlusion aux bandelettes de Vigo ne constituerait plus dorénavant qu'une mauvaise pratique. L'occlusion, en effet, à cette époque, semble ramollir les tissus et alanguir le processus cicatriciel; en tout cas, elle n'agit plus favorablement, et il y a avantage véritable à lui substituer une médication topique différente.

Ce qui m'a paru le mieux réussir, dans les périodes tout à fait avancées du chancre cutané, consiste dans les topiques *pulvérulents*, appliqués comme il suit :

Deux pansements par jour, seulement. — Matin et soir, avant le pansement, lotions avec eau boriquée, ou bien liqueur de Labarraque coupée d'eau (au cinquième environ), ou bien encore vin aromatique étendu d'eau, etc.; — assécher la plaie; — puis la saupoudrer d'une poudre porphyrisée (oxyde de zinc, sous-nitrate de bismuth, calomel, talc, peu importe); — et, finale-

ment, la recouvrir d'une couche d'ouate, en ayant soin d'assurer une complète immobilisation du pansement.

Si la cicatrisation paraît languir, on peut l'activer soit par un pansement à la poudre d'iodoforme, soit par quelques cautérisations légères au nitrate d'argent.

Il va sans dire que nombre d'autres traitements ont été expérimentés en l'espèce, à savoir : des pansements au vin aromatique, avec les corps gras, avec des pommades de tout genre (notamment pommade au calomel, à un gramme pour vingt), avec toutes sortes de poudres, avec la teinture d'iode, avec l'iodoforme, etc., etc. Tous ces topiques, assure-t-on, comptent des succès. Je le crois sans peine. Le propre du chancre syphilitique, en effet, n'est-il pas de guérir alors qu'on ne l'empêche pas de guérir, c'est-à-dire qu'on ne fait rien pour l'irriter, l'exciter, l'enflammer?

En l'espèce, tout est de *ne pas nuire*. Or, il est plus facile, certes, de nuire au chancre que de lui être secourable. Et fréquemment il arrive qu'on lui devienne préjudiciable avec les meilleures intentions du monde, cela surtout de par les deux pratiques suivantes que je ne perdrai pas l'occasion de condamner une fois de plus, à savoir :

1° Pansement du chancre avec de prétendus « modificateurs locaux », lesquels ne le modifient que défavorablement en raison de leurs qualités irritantes. Tels sont l'alun, le sulfate de cuivre, l'acide pyrogallique, le perchlorure de fer, le sublimé, etc., etc.

2° Cautérisations au nitrate d'argent. C'est un usage banal, c'est une « mode » de cautériser le chancre. La preuve en est qu'il nous arrive assez rarement, à nos consultations, de rencontrer des chancres qui n'aient pas été soumis à une ou plusieurs cautérisations au nitrate

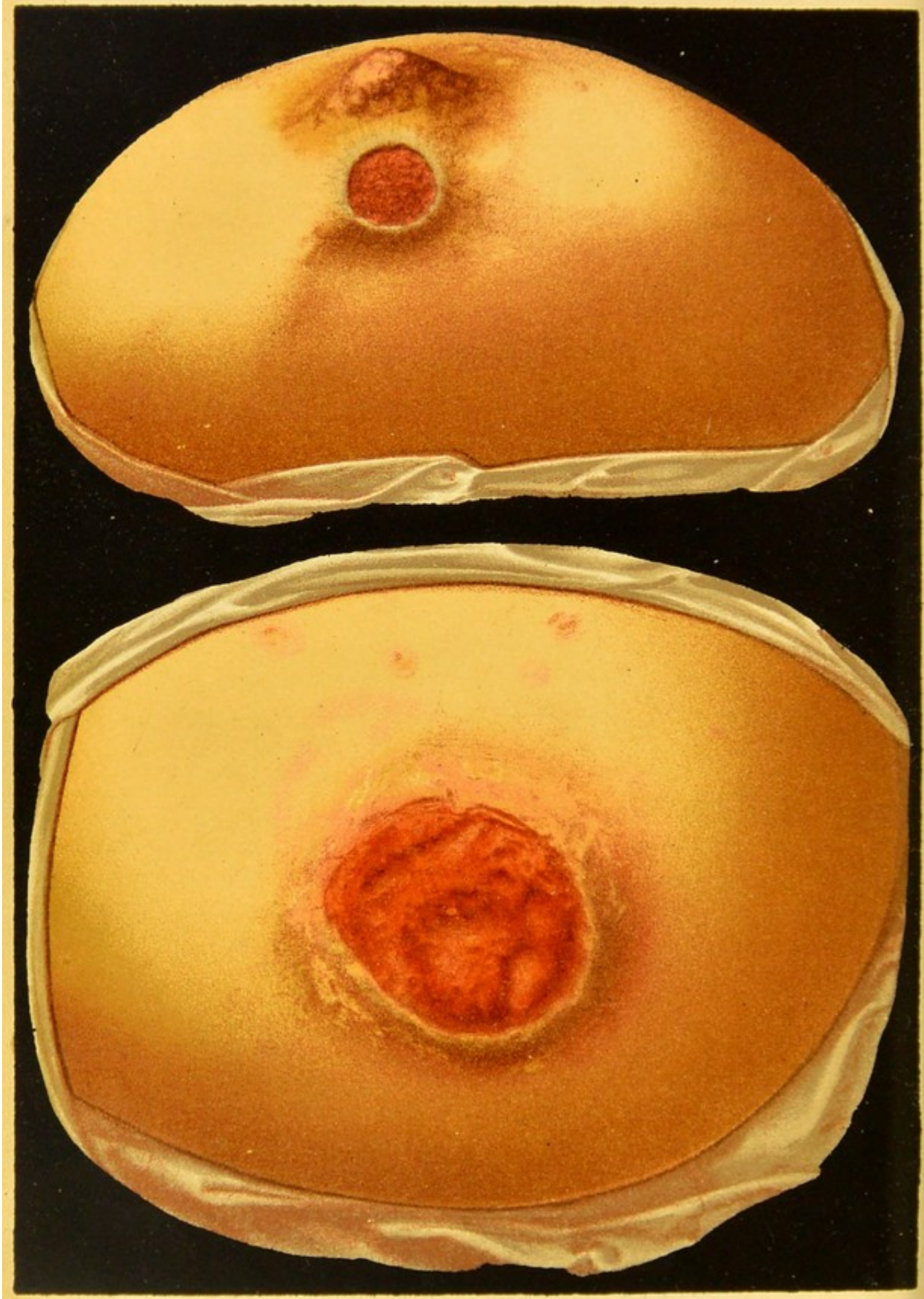
d'argent dans l'arrière-boutique de quelque pharmacie. Eh bien, je n'hésite pas à dire que ces cautérisations à tout propos sont huit ou neuf fois sur dix absolument *nuisibles*, parce qu'elles sont faites hors de propos.

Pour le nitrate d'argent comme pour tout remède il est des indications et des contre-indications auxquelles il importe de satisfaire, sous peine de nuire. Or, tout compte fait, je ne trouve guère, de par la clinique, que deux conditions où des cautérisations argentiques soient capables, ici comme ailleurs, de réaliser quelque effet utile, à savoir :

1° Un état *torpide* du chancre à sa dernière période. Très souvent, au sortir de sa période d'état, le chancre « languit », comme on dit vulgairement, en ce sens qu'il reste ce qu'il est, qu'il subsiste immobile, qu'il ne finit pas de se cicatriser. Ah! alors, oui, une ou quelques cautérisations (pratiquées tous les trois ou quatre jours, et non pas tous les jours, comme on le fait quelquefois) ont vraiment une influence pour activer le processus réparateur et favoriser la cicatrisation.

2° De même (mais ceci n'est plus que de l'empirisme), les cautérisations ne sont pas dépourvues de quelque action utile contre les gros chancres à néoplasme exubérant. Il n'est pas rare que de tels chancres restent pendant quelques semaines absolument stationnaires, immobilisés comme évolution, avec une ulcération « de mauvaise mine », n'offrant aucune tendance à la réparation. Dans ces conditions, le nitrate d'argent peut être utile. Comment agit-il alors? Je ne sais; mais toujours est-il que quelques cautérisations, pratiquées en temps opportun, réussissent parfois à tirer de tels chancres de leur torpeur, à les modifier comme surface et à déterminer un processus de réparation cicatricielle.

ROYAL MEDICAL & CHIRURGICAL SOCIETY
6 NOV
1888



Chancre syphilitique du sein (type usuel.)
Chancre syphilitique du sein (forme ulcéreuse.)

CHANCRES DU SEIN.

Fréquence. — La fréquence du chancre du sein est extrêmement variable suivant les milieux où l'on observe. Dans les milieux hospitaliers, elle s'élève au *second* rang parmi les chancres extra-génitaux de tout siège[1]. Tout au contraire elle décline jusqu'au cinquième rang dans les statistiques de ville[2]. Et il est à cela une raison toute simple; c'est que l'énorme majorité des chancres mammaires s'observe sur les nourrices, lesquelles ne fréquentent guère que les consultations d'hôpital.

Les chancres du sein s'observent dans les deux sexes, mais, bien entendu, avec un degré de fréquence extrêmement inégal. Tandis qu'ils sont assez communs chez la femme, ils ne se rencontrent au contraire chez l'homme qu'au titre de rarissimes exceptions. Je n'en ai vu chez l'homme que trois cas dans toute ma pratique, contre des centaines chez la femme.

Inutile d'ajouter qu'ils sont encore plus exceptionnels chez l'enfant. Je ne connais guère comme spécimen du genre qu'un cas de Cooper, relatif à un chancre du mamelon observé sur un enfant de deux ans et demi[3].

Tout l'intérêt du sujet que nous allons étudier se concentre en conséquence sur le chancre mammaire *de*

1. V. ma statistique de l'hôpital Saint-Louis, page 10.
2. V. page 9.
3. V. *Ann. de dermat. et de syph.*, 1891.

la femme. Eh bien, pour n'avoir plus à nous occuper que de celui-ci, commençons par déblayer le terrain en disant du chancre mammaire de l'homme le peu que nous avons à en dire.

I. — *Chancre mammaire chez l'homme.*

Ce chancre, je le répète, est une rareté, une curiosité. On n'en a guère publié plus d'une demi-douzaine de cas, auxquels je puis en ajouter trois autres encore inédits qui me sont personnels.

I. — Son étiologie est précise. Il dérive d'une cause unique, cause vénérienne, au sens étymologique du mot. Toujours, en effet, il reconnaît comme provenance les caresses locales d'une bouche féminine, caresses le plus souvent accompagnées de succion. — Deux exemples.

M. le Dr Hérard a relaté *in extenso* le cas d'un homme qui contracta un chancre de la base du mamelon à la suite de caresses féminines *in situ*[1]. — Cet homme, soit dit au passage, était âgé de soixante-trois ans; ce qui démontre qu'en l'espèce l'âge est loin d'être une sauvegarde contre des contaminations de ce genre; tout au contraire il y prédisposerait peut-être. A preuve, du moins, cet autre cas.

Un de mes clients, également avancé en âge, a été contagionné exactement de la même façon, mais à un centimètre et demi environ du mamelon. Comme il

1. *Ann. de dermat. et de syph.*, 1887, page 36.

ne pouvait faire erreur sur l'origine de sa contagion, n'ayant pas eu de rapports depuis fort longtemps, il m'amena la femme qui s'était livrée sur lui aux caresses en question. J'examinai cette femme et la trouvai en pleine évolution de syphilis secondaire, avec des plaques muqueuses sur les amygdales.

II. — La symptomatologie du chancre mammaire masculin ne paraît jusqu'ici se différencier en rien de ce qu'elle est chez la femme. J'en renvoie donc l'étude au chapitre qui va suivre.

Un seul détail mérite ici d'être relevé, et il a trait au diagnostic de la lésion. C'est la possibilité — très inattendue sans doute, mais authentique — d'une confusion avec l'herpès de même siège et de même origine.

L'herpès mammaire, on le sait, est d'une prodigieuse rareté. Cependant — et ce sont mes clients qui ont fait mon éducation sur ce point — il peut résulter d'une excitation déterminée *in situ* par la bouche féminine. On voit parfois des succions prolongées sur le sein avoir pour résultat l'explosion au pourtour du mamelon d'un bouquet d'herpès confluent, et d'un herpès à grosses vésicules, je dirai même, pour certains cas, à véritables bulles. De cela j'ai déjà eu la preuve plusieurs fois, entre autres dans le cas suivant.

A la suite d'une excitation de ce genre, laquelle, paraît-il, « n'avait pas duré moins d'un quart d'heure », un *vieux* monsieur (toujours un *vieux* monsieur, notez ce point) vint me trouver avec un énorme bouquet d'herpès qui couvrait toute une région mammaire. Il y avait là environ une quinzaine de grosses vésicules, d'un volume variable entre une tête d'épingle et un petit pois, turgescentes, tendues, gorgées d'une sérosité transparente. Quatre de ces lésions représentaient de véri-

tables bulles, comparables à de belles noisettes. Inutile de dire si le patient était épouvanté d'une telle lésion; aussi bien s'empressa-t-il de me raconter dans les moindres détails la particularité étiologique à laquelle, non sans raison, il croyait devoir la rapporter.

Or, de deux choses l'une, en pareil cas :

Ou bien le malade vient se présenter au médecin alors que l'éruption herpétique bat son plein, c'est-à-dire se trouve en pleine efflorescence vésiculeuse ou bulleuse; — et, alors, nul embarras; le diagnostic se trouve écrit sur la peau, l'herpès est formel.

Ou bien le malade n'arrive que plus tard, à une époque où les vésicules crevées ont dégénéré en incrustations cutanées. Or, des croûtelles, des croûtes de ce siège, succédant à des lésions aussi larges que celles dont je viens de parler, peuvent facilement en imposer pour des chancres croûteux. Cela n'est pas une supposition, car j'ai vu cette erreur faite dans un cas de cet ordre, où vraiment il y avait plus que matière à hésitation.

En général, toutefois, le diagnostic sera facilement établi sur les données suivantes : d'abord, de par le *bouquet* herpétique, composé de lésions multiples, trop multiples pour ne pas exclure la possibilité de lésions chancreuses; — puis, de par l'absence d'induration; — et, enfin, de par l'absence d'adénopathie axillaire. — Ajoutons aussi que la poussée d'herpès suit à brève échéance (quelques jours en moyenne) l'excitation mammaire, tandis que le chancre ne se produit jamais qu'après une incubation de quelques semaines.

II. — *Chancre mammaire chez la femme.*

Chez la femme, le chancre mammaire s'observe dans deux conditions très différentes, à savoir : au cours de l'allaitement, et en dehors de l'allaitement.

Ces deux ordres de cas sont extrêmement inégaux comme fréquence. Le chancre mammaire est rare en dehors de l'allaitement. Il est commun, au contraire, extrêmement commun comme conséquence de l'allaitement. Faut-il parler en chiffres, pour mieux préciser? Je trouve dans mes statistiques la proportion suivante : un cas de chancre mammaire développé en dehors de l'allaitement contre quinze cas de chancre mammaire sur des femmes qui nourrissaient.

Étiologie. — I. L'étiologie du chancre mammaire, chez la femme qui ne nourrit pas, se réduit presque à une cause unique : contagion portée au sein par la *bouche* de l'homme. C'est là ce que Ricord appelait plaisamment « la contagion par nourrisson adulte ».

Quelques exemples :

Nous avons eu ici, il y a quelques années, une toute jeune fille, âgée de 16 à 17 ans, qui présentait un chancre typique, situé en dehors de l'aréole, chancre qui a été suivi de la poussée secondaire classique. Or, cette malade, qui était vierge, disait tenir et ne pouvoir tenir la contagion que de « son prétendu, qui, une seule fois, lui avait embrassé le sein ». Ledit prétendu fut examiné par nous et trouvé en pleine évolution de sy-

philis secondaire, avec de nombreuses plaques muqueuses labiales, linguales et amygdaliennes.

Autre cas, dans lequel j'ai pu de même instituer une confrontation démonstrative. — Un jeune homme du grand monde, que je traitais pour des plaques muqueuses buccales incessamment récidivantes (entretenues qu'elles étaient par un abus formidable de la cigarette), a l'imprudence de courtiser une jolie veuve, de ses parentes. Se sachant contagieux, il croit suspendre à temps ses entreprises amoureuses après avoir embrassé les seins de sa parente au sortir d'un bal. Résultat : six semaines plus tard, il m'amène cette jeune femme, sur laquelle je découvre *quatre chancres mammaires*, deux sur chaque sein, et tous situés au pied du mamelon, c'est-à-dire sur le sillon virtuel qui sépare le mamelon de l'aréole.

Ce fut de même par l'intermédiaire du baiser qu'une malade de nos salles reçut de son amant (qui était syphilitique) 1° un chancre de la lèvre inférieure, et 2° un chancre du sein gauche.

Il va sans dire que la *morsure* peut faire ce que fait le baiser. Mon distingué collègue et ami le Dr Balzer a relaté l'observation d'un chancre induré mammaire consécutif à la morsure d'un sujet affecté de syphilis.

Tel serait l'unique mode de contamination mammaire en dehors de l'allaitement, si je n'avais à citer ici une turpitude, relative à la contagion possible du sein par les organes génitaux.

Ricord a relaté un cas de cet ordre. J'en ai observé un tout semblable sur une prostituée qui, affectée d'un chancre du globe mammaire, ne faisait aucune difficulté pour avouer qu'elle avait dû vraisemblablement être contaminée par un contact intermammaire.

II. — Chez les femmes qui allaitent, le chancre mammaire dérive : ou bien de l'allaitement lui-même, c'est-à-dire d'une contamination transmise par un enfant syphilitique; — ou bien de diverses pratiques afférentes à l'allaitement.

1° Parlons d'abord des contaminations dérivant de l'allaitement.

L'infection des nourrices par les enfants syphilitiques est un fait d'observation si fréquent et si manifeste qu'il ne pouvait manquer de frapper les cliniciens non aveuglés par des préoccupations doctrinales. Aussi ce fait a-t-il été signalé presque dès les premiers temps du Mal français. Dès 1497, par exemple, Gaspard Torrella écrivait ceci, en propres termes : « ... Sæpius vidi infantem infectum hoc morbo multas nutrices infecisse »[1]. De même, en 1554, Amatus Lusitanus produisait une curieuse histoire de ce qu'on eût appelé de nos jours une vérole *à ricochets*, issue d'un enfant syphilitique, histoire se résumant en ceci : Une femme syphilitique met au monde un enfant syphilitique, lequel transmet la syphilis à sa nourrice; — celle-ci la transmet à son mari; — puis, elle la transmet encore à deux autres enfants; — puis, chacun de ces enfants infecte sa mère, etc.

Ici encore doit trouver place la fameuse observation d'A. Paré, tant de fois et si justement citée. Une nourrice syphilitique arrive dans une maison, où naturellement elle infecte l'enfant qu'on lui confie. Celui-ci, qui tétait également sa mère, infecte sa mère, laquelle à son tour « baille » le mal à son mari, lequel le « baille » à ses deux autres petits enfants qu'il faisait ordinairement

1. Gasparis Torrellæ, *De dolore in Pudenda grá Dialogus.* — *Aphrodisiacus*, p. 504.

boire et manger, voire coucher avec lui. Paré est mandé pour soigner toute cette maisonnée. « Lors, dit-il, déclaray au père et mère qu'ils estoyent *tous* entachés de la vérolle, ce qui estoit provenu par la nourrice; lesquels j'ay traicté, et furent tous guaris, reste le petit enfant qui mourut; et la nourrice eut le foüet sous la custode, et l'eust eu par les quarrefours, n'eust esté la crainte de déshonnorer la maison[1] ».

Que de victimes, depuis quatre siècles, a dû faire de la sorte l'allaitement!

Et, en effet, l'allaitement est pour la femme une source active et puissante de contamination syphilitique. Cela pour des raisons multiples et diverses : parce que, d'abord, la syphilis infantile est fréquente, bien plus fréquente certes qu'on ne le croit généralement, et parce qu'on ne s'en défie pas comme il conviendrait de s'en défier; — en second lieu, parce que cette syphilis infantile compte au nombre de ses manifestations les plus communes et presque essentielles le jetage nasal et les ulcérations de la bouche, deux ordres d'accidents des plus contagieux; — parce qu'enfin la contagion trouve en l'espèce, pour s'exercer, tout un ensemble de conditions éminemment favorables, à savoir : contact répété et prolongé des lèvres de l'enfant avec le sein; humectation des parties par la salive; structure érectile et délicate du mamelon; prédisposition de cet organe aux fissures, aux excoriations, aux gerçures, toutes portes d'entrée ouvertes au contage, etc. A tel point que les risques d'inoculation sont certes bien mieux réalisés par l'allaitement que par le coït, pris comme terme de comparaison. On échappe fréquem-

1. *Dix neufiesme livre, traictant de la grosse Verolle*, ch. II.

ment, comme le démontre l'expérience, à la contagion du commerce sexuel ; je n'ai vu que bien peu de nourrices échapper à l'infection après avoir allaité un certain temps un nourrisson syphilitique.

Aussi rencontre-t-on en pratique quantité de femme infectées par le fait de l'allaitement. Et c'est pitié, véritablement, que de voir tant de malheureuses nourrices contracter une détestable maladie dans l'exercice de la plus honnête et la plus utile des fonctions, dans une fonction de *maternité* ! — Mais poursuivons.

Quelle est, pour les nourrices, l'origine de cette contamination mammaire?

Réponse précise, déduite d'innombrables observations : La syphilis mammaire des nourrices procède — mais avec une énorme inégalité de fréquence relative — soit de l'*enfant hérédo-syphilitique*, soit de l'*enfant à syphilis acquise* après la naissance.

Pour l'énorme majorité des cas, elle procède d'enfants nés avec la syphilis et tenant cette syphilis de leurs ascendants (père et mère syphilitiques, père *ou* mère syphilitique).

Pour un très petit nombre de cas, au contraire, elle est le résultat d'une syphilis acquise par l'enfant, syphilis dérivant, par exemple, d'une contamination par l'allaitement, ou par le vaccin, ou par une cause accidentelle quelconque.

Et cette inégalité de fréquence n'a rien que de très naturel. Car, forcément, la syphilis acquise n'est qu'une éventualité d'exception pour l'enfant, tandis que la syphilis héréditaire est des plus communes.

Corollaire : De *quel ordre d'accidents* dérivent les

contaminations mammaires des nourrices? — Pour l'énorme majorité des cas, d'accidents de forme secondaire (plaques muqueuses buccales, sécrétions nasales, etc.); — pour quelques cas seulement, du chancre, c'est-à-dire de l'accident initial inaugurant chez l'enfant une syphilis acquise.

Donc, *pour les nourrices, le danger vrai, le danger par excellence, c'est l'hérédo-syphilis.*

C'est de l'hérédo-syphilis que dérivent les contaminations de nourrices qui sont si prodigieusement communes et dont nous avons ici en permanence de si lamentables exemples.

C'est l'hérédo-syphilis qui, en particulier, constitue un fléau pour ces malheureuses nourrices auxquelles l'Administration de l'Assistance publique est forcée de confier les enfants abandonnés dont la protection lui incombe et dont elle a charge vis-à-vis de la société. Or, on a tout fait, certes, on s'est ingénié de toutes façons en vue de conjurer les dangers qui menacent ces nourrices de la part d'enfants à père et mère inconnus. A Paris, nos collègues examinent soigneusement ces enfants, les mettent en observation un certain temps, établissent entre eux une sélection scrupuleuse, et retiennent à l'hôpital non pas seulement les « malades » avérés, mais les « *suspects* » (c'est-à-dire ceux qui donnent lieu à la moindre suspicion de syphilis), qu'ils font nourrir ou par des ânesses ou par le biberon au lait stérilisé. Les « valides », les « *non suspects* » seuls sont envoyés en province pour être allaités au sein. De plus, en province, ces enfants sont soumis à une nouvelle et assidue surveillance de la part de médecins choisis et délégués *ad hoc*. Eh

bien, en dépit de tout cela, en dépit de toutes ces précautions accumulées, des hérédo-syphilitiques parviennent encore à échapper, à passer (si je puis ainsi dire) à travers les mailles de tous ces filets de surveillance, et à contaminer les nourrices auxquelles ils sont confiés. Si bien (c'est à n'y pas croire, mais je parle chiffres en mains, je parle avec des chiffres officiels), si bien qu'en cinq ans et quelques mois cent trente-six de ces enfants expédiés en province *après examen* (notez bien cela, Messieurs, après examen) ont été reconnus syphilitiques et ont contaminé QUATRE-VINGT-SIX nourrices! Oui, quatre-vingt-six nourrices, à ne parler même que de celles dont l'infection a été constatée officiellement, de par les trop justes revendications qu'elles ont exercées contre l'Assistance publique.

2° D'autres fois — mais avec une fréquence qui n'a plus rien de comparable à celle des cas précédents — la contagion mammaire a dérivé de pratiques diverses afférentes à l'allaitement, à savoir : soit du dégorgement des seins par succion, soit du « façonnement des bouts de sein ».

Quelques mots à ce double propos :

1. — Une pratique très répandue dans le monde des nourrices consiste dans le *dégorgement du sein par la bouche d'un adulte,* alors que, pour une raison ou pour une autre, le sein vient à être distendu par un excès de lait. Une nourrice a-t-elle un enfant qui tette d'une façon insuffisante, ou vient-elle à perdre son nourrisson, ou bien même croit-elle à tort ou à raison avoir « trop de lait », elle ne manque guère, si elle n'a pas un autre enfant sous la main, d'avoir recours « pour se débarrasser » à la bouche d'une amie, d'une

camarade, d'une voisine, voire d'un homme quelquefois. Or, si la bouche qui pratique la succion est contaminée, inutile de dire ce qui ne manque guère d'arriver.

Exemple : Une de nos malades actuelles, qui était nourrice, avait un nourrisson qui « tétait mal ». Un jour, ayant les seins gonflés, elle se fit téter par une femme de ses amies, laquelle, affectée à ce moment de plaques muqueuses labiales, la contagionna naturellement au sein.

II. — C'est exactement le même mode de contagion qui s'exerce dans la pratique dite « façonnement du bout de sein ».

Nombre de femmes qui ont le bout du sein mal formé ou non formé, voire certaines femmes qui s'imaginent l'avoir tel, se prêtent, avant l'accouchement ou peu après, à des manœuvres de succion ayant pour visée de rendre le mamelon apte à l'allaitement. Que l'opérateur ait quelque lésion contagieuse à la bouche, vous préjugez le résultat.

C'est ainsi qu'a été infectée l'une de nos malades actuelles, jeune villageoise qui, peu de temps avant ses couches, se désolait « de n'avoir pas de bouts de sein » pour nourrir son enfant. Voyant son chagrin, son beau-père lui proposa de lui « faire ses bouts de sein, comme il les avait faits autrefois à sa femme ». Malheureusement, cet homme, qui venait de contracter la syphilis, portait des plaques muqueuses à la bouche. Il contamina sa belle-fille aux deux seins.

M. le Dr Feulard vient de relater récemment un fait calqué sur celui-ci. Il s'agit de même, dans le cas de notre confrère et ami, d'un beau-père qui, voulant façonner les seins de sa bru, lui inocula, de par des

plaques muqueuses buccales dont il était alors affecté, trois chancres mammaires.

Les contaminations de cet ordre resteraient isolées et au total peu nombreuses, si une condition toute particulière ne les produisait quelquefois *par fournées*. C'est qu'en effet on a vu plus d'une fois dans des villages — et même en de petites villes de province — des commères, des matrones se poser en « *spécialistes pour le traitement des seins avant et après l'accouchement* », se recruter une nombreuse clientèle, et aboutir, le jour où elles contractaient la syphilis, à la disséminer sous forme épidémique. A preuve la célèbre épidémie de Condé, en 1825, qui a été racontée de la sorte par le Dr Bourgogne.

« Dans une ville de province, à Condé, une femme prêtait son ministère soit pour former par la succion le mamelon des nouvelles accouchées, soit pour dégorger leur sein d'une surabondance de lait. Cette femme vint à *contracter la syphilis* et fut affectée, entre autres accidents, d'*ulcérations buccales*. Mandée à cette époque près d'une dame récemment accouchée, qui était affectée d'une fissure au sein et dont les mamelles étaient distendues par une grande quantité de lait, elle exerça la succion sur elle plusieurs jours de suite. La fissure au sein ne tarda pas alors à se transformer en un ulcère rebelle, qui emporta le mamelon ; puis, quelques semaines plus tard, se manifestèrent des symptômes non douteux d'une syphilis plus avancée. Une autre dame qui, également affectée d'une fissure au sein, avait fait appeler la même femme pour se débarrasser de son lait, fut affectée d'ulcères aux mamelons et plus tard d'éruptions pustuleuses de la peau, d'ulcérations de la gorge, etc. Mes doutes sur l'origine de ces deux infections s'étant changés en certitude par le rapprochement de ces deux faits, et sachant que cette femme était très répandue dans la ville et aux environs de Condé pour donner des soins aux nourrices, je crus devoir donner à la découverte que je venais de faire toute la publicité possible, afin de donner l'éveil aux personnes qui s'en serviraient et à celles qui auraient pu la faire appeler. Il était temps de prendre cette mesure ; car j'avais à

peine fait connaître tout ceci que *huit nourrices* se présentèrent presque au même instant chez moi. Toutes avaient souffert que cette femme appliquât ses lèvres impures sur leurs seins, et toutes avaient été plus ou moins contagionnées. Appelé dans quelques maisons, je fus à même de voir que la contagion ne s'était pas arrêtée à la quantité de personnes que je viens d'indiquer. Je puis porter au nombre de *douze* ou *quatorze* les femmes qui ont été infectées par la succion des seins; six ou huit autres échappèrent à la contagion[1]. »

Et n'allez pas croire que ce soit là seulement une histoire du vieux temps, non susceptible de s'être reproduite depuis lors. Car, en 1881, c'est-à dire de nos jours, une épidémie toute semblable a été importée à Tourcoing par une matrone s'intitulant « tireuse de seins ». Ayant contracté la syphilis d'une de ses clientes, cette singulière praticienne ne manqua pas de la communiquer à un certain nombre de dames tourquenoises (dont l'une même, soit dit incidemment, succomba, dès la première année de l'infection, à des accidents de syphilis cérébrale)[2].

N'oublions pas d'ailleurs, à un autre point de vue non moins important, que les syphilis contractées de cette façon ont le sort de toutes les syphilis « des innocents » (*syphilis insontium*); c'est-à-dire qu'elles sont exposées plus que d'autres à « faire tache d'huile », à se disséminer, à créer des foyers, à constituer de véritables petites *épidémies locales*[3], et cela précisément parce

1. F. Bourgogne, *Considérations générales sur la contagion de la maladie vénérienne des enfants-trouvés à leurs nourrices, suivies de la relation d'une affection syphilitique communiquée à plusieurs femmes par la succion du sein*, Lille, 1825.

2. Voir les détails de cette petite épidémie dans les *Leçons sur la syphilis* du Pr Leloir, 1886, p. 54.

3. De très nombreuses épidémies locales de syphilis ont résulté de contaminations par l'allaitement, et quelques-unes même, en raison du

qu'elles restent ignorées, méconnues un certain temps, parce que pour un certain temps on ne s'en méfie pas, on ne se tient pas en garde contre elles. Ainsi, une femme contagionnée au sein par une « tireuse de seins » allaite sans défiance son enfant et le contagionne; puis, toujours sans défiance, elle confie cet enfant à une nourrice quand elle ne peut plus l'allaiter; puis, avec une égale inconscience, elle se livre à son mari, elle embrasse ses autres enfants, ses proches, etc., etc. Et ainsi de suite. De sorte que, grâce à ces ricochets multiples de contagion, une petite localité peut se trouver infectée en peu de temps.

C'est là ce qui, précisément, se produisit à Condé. Car, ainsi que nous l'apprend l'historien de cette petite épidémie : « 1° presque toutes les femmes qui gagnèrent ainsi la syphilis la communiquèrent à leurs *enfants ;* — 2° quelques-uns de ces enfants transmirent le mal, avant qu'il fût découvert, à des *nourrices* auxquelles on les avait confiés; — 3° plusieurs de ces nourrices gâtèrent également leurs propres *enfants,* à qui elles donnaient le sein concurremment avec le nourrisson infecté; — 4° bien plus, enfin, des *enfants* sains, qui se servirent des vases que les nouveau-nés infectés avaient touchés de leurs lèvres, contractèrent également cette dégoûtante maladie ».

De même, à Tourcoing, il y eut plus de vingt personnes infectées du fait de la « tireuse de seins », à parler seulement de celles qui se firent connaître.

nombre des sujets infectés, se sont élevées au rang de véritables *sinistres* publics. Ce serait sortir de mon sujet que de les relater ici; mais je dois au moins les signaler au passage. — On en trouvera une nomenclature complète dans ce livre auquel il faut toujours revenir et qui est dû à Duncan Bulkley, *La syphilis des innocents.*

Étude clinique[1]. — Le chancre du sein n'a rien de spécial en tant que symptômes. C'est un chancre cutané, presque identique à tant d'autres que je vous ai décrits précédemment.

Et cependant c'est là un accident sur lequel j'ai devoir d'insister et de longuement insister près de vous. Car il s'y rattache un intérêt *pratique* considérable, sans parler même de l'intérêt médico-légal. Ce n'est pas tout d'ailleurs; car à la syphilis mammaire ressortissent encore de nombreuses questions relatives à la prophylaxie des nourrissons et, par ricochet, des nourrices elles-mêmes. Puis encore, à un autre point de vue qui nous est personnel, jugez quelle situation peut créer à un médecin un chancre mammaire méconnu; jugez quelle devient l'attitude du médecin vis-à-vis d'une famille dont l'enfant a pris la vérole de par un chancre mammaire qui n'a pas été dépisté et diagnostiqué en temps opportun.

Eh bien, ce chancre mammaire, je n'hésite pas à le dire, n'a été bien étudié que dans l'époque contemporaine, surtout depuis les importants travaux qu'a suscités la célèbre question de contagiosité des accidents secondaires. Si vous vous reportez, en effet, à une période quelque peu antérieure, vous ne trouverez, relativement à ce chancre, que des notions absolument confuses, insuffisantes, et même erronées. Le professeur Velpeau, par exemple, dans l'ouvrage important qu'il a publié sur les maladies du sein, en 1858, ne donnait pour caractéristique de ce chancre que « l'aspect nummulaire, la teinte cuivrée de la peau (!), le fond gris ou excavé des ulcères, leurs

1. V., au Musée de l'hôpital Saint-Louis, notamment dans ma Collect. part. toute une nombreuse série de chancres du sein.

bords aigus (!), la matière sanieuse, aqueuse, d'odeur nauséeuse (!), qui en suinte, etc. ». Or, malgré tout le respect dû à l'une des gloires de la chirurgie française, que penser d'une telle symptomatologie? Ce n'est plus, certes, à de tels caractères que nous reconnaissons aujourd'hui le chancre mammaire, comme vous allez le voir.

Localisations. — I. — D'abord, la contagion syphilitique peut s'exercer ou bien sur un sein ou bien sur les deux seins à la fois.

De ces deux cas, le premier est notablement le plus fréquent. Je relève dans la thèse d'un de mes élèves, le Dr Dimey[1], la statistique suivante :

132 observations où la contagion a affecté un seul sein;
74 — où elle a porté sur les deux seins simultanément.

II. — Alors qu'elle est monolatérale, la contagion n'a guère de préférence pour tel ou tel sein. Peut-être cependant le gauche est-il un peu plus souvent affecté, mais avec une supériorité de fréquence tout à fait négligeable.

III. — Le chancre peut occuper tous les points de la mamelle, mais avec un degré de fréquence relative très inégal. Ainsi :

1° Son siège le plus habituel et de beaucoup, c'est la *base même du mamelon*, dans le sillon qui sépare le mamelon de l'aréole.

2° Vient au second rang le *mamelon*.

3° Au troisième se place l'*aréole*, pour un nombre

1. *Étude sur le chancre syphilitique du sein*, Thèses de Paris, 1891.

de cas à peu près égal. — Souvent aussi le mamelon et l'aréole sont affectés simultanément.

4° Infiniment plus rares sont les chancres du *globe mammaire*, en dehors de l'aréole; — et ceux-ci sont d'autant plus rares qu'ils s'éloignent davantage de l'aréole.

Incubation. — A quelle échéance apparaît le chancre mammaire à la suite d'une contagion?

Question d'importance majeure, question incessamment agitée à propos des problèmes multiples et divers que soulève la contagion mammaire; — à propos, par exemple, de ces *procès* qui interviennent si fréquemment entre nourrices et familles de nourrissons syphilitiques; — à propos de la réglementation administrative des nourrices; — à propos, plus particulièrement encore, des « *nourrices de retour* », comme on les qualifie en langage technique, c'est-à-dire de ces nourrices, comme il y en a tant, qui vaguent de place en place et qui, venant d'allaiter un enfant, *font retour* à leur Bureau en quête d'un autre nourrisson. Or, de telles nourrices — l'expérience ne l'a que trop prouvé — peuvent être en incubation d'une syphilis contractée dans un allaitement antérieur[1].

On dira peut-être : « Mais pourquoi soulever ici cette question? L'incubation du chancre mammaire peut-elle être autre que l'incubation d'un chancre de n'importe quel siège? Comment et en quoi la localisation mammaire pourrait-elle modifier les lois générales de

1. V., sur cette question : Dr Duvernet, *Note sur la prophylaxie de la syphilis, concernant la contre-visite des nourrices à la Préfecture de police* (*Annales de dermat. et de syphil.*, 1891, p. 387); — A. Fournier, *Nourrices en incubation de syphilis*, Rapport à l'Académie de médecine, 16 juin 1891

l'incubation syphilitique? » — Rien de plus vrai, répondrai-je; mais, en fait de science et surtout à propos de problèmes aussi difficiles, aussi délicats que ceux dont il s'agit en l'espèce, une démonstration directe vaut mieux que les meilleures analogies. Cette démonstration, l'avons-nous? Oui, et la voici :

On a pu se rendre un compte rigoureux de la durée propre à l'incubation de la syphilis mammaire dans toute une série de cas où des femmes saines ont été infectées pour avoir donné le sein à des enfants syphilitiques pendant un très court espace de temps, à savoir : pendant cinq jours, quatre jours, trois jours, un seul jour, voire pour la durée d'une seule tétée. Or, dans ces divers faits, éminemment précieux pour nous en l'espèce, on a constaté ceci :

1° Que la durée usuelle, moyenne, de l'incubation du chancre mammaire est exactement celle du chancre syphilitique de tout siège, c'est-à-dire qu'elle oscille entre trois semaines et un mois;

2° Que parfois elle s'abaisse quelque peu, par exemple à dix-neuf jours, à dix-huit jours; — qu'on l'a même vue (mais une seule fois) descendre à quinze jours;

3° Enfin, qu'en certains cas (ceux-ci tout à fait rares) elle a paru se prolonger quelque peu au delà de trente jours.

Ainsi, précisons par un schéma, pour rendre les choses plus claires :

Une femme saine, je suppose, donne le sein pour une seule fois, aujourd'hui 1er juillet, à un enfant syphilitique. Si cette femme reçoit la syphilis de cet enfant, c'est du 21 au 25 juillet que, conformément aux cas les plus usuels, le chancre mammaire fera éclosion sur elle.

Cependant il sera possible (mais cela est bien moins

fréquent) que ce chancre fasse son apparition un peu plus prématurément, par exemple du 16 au 20 juillet; — comme aussi, inversement, il se pourra qu'il retarde, c'est-à-dire qu'il n'entre en évolution que vers le 28, le 29, le 30 juillet, voire (mais tout à fait exceptionnellement) dans la première semaine d'août.

Éclosion et période initiale du chancre mammaire. — Ici va surgir une seconde question, non moins importante que la première et même tout à fait essentielle pour la pratique, à savoir :

Sous quel aspect, avec quelle physionomie se présente le chancre mammaire naissant, comme aussi dans les premiers jours de son évolution?

Cette question, vous en concevez la portée, relativement surtout aux intérêts que le médecin a le plus à cœur de sauvegarder. Car, au moment où nous nous supposons placés, la contamination de l'enfant peut ne s'être pas encore accomplie. Donc, *l'enfant peut encore être sauvé*, si le médecin, à cette époque, a le soupçon du chancre et si, en raison même de ce soupçon, il suspend l'allaitement.

Or, à cette époque, c'est-à-dire lors de son éclosion et même dans ses deux, trois, quatre premiers jours, le chancre mammaire n'est rien autre (à l'instar du reste des chancres de n'importe quel siège et de même âge) que *la plus petite*, *la plus superficielle*, *la plus bénigne*, *la plus insignifiante* de toutes les lésions possibles.

Ab ovo, ce n'est pas quelque chose, si je puis ainsi parler, c'est « moins que rien », suivant l'expression d'une de mes malades.

Quatre fois, dans ma pratique de ville, il m'est arrivé

de constater le chancre mammaire *naissant*, de le surprendre à son éclosion même, et cela sur des femmes qui, s'étant exposées au contact d'enfants syphilitiques, étaient tenues en observation et, par conséquent, examinées chaque jour. Or, qu'ai-je vu comme exorde, comme premiers rudiments du chancre? Ceci :

Une minuscule lésion, se traduisant à une analyse attentive par les trois caractères suivants :

1° Une très légère élevure cutanée, ronde, moindre qu'une petite lentille comme étendue de surface;

2° Une élevure cutanée rougeâtre, d'un rouge un peu sombre;

3° Une élevure cutanée à centre très rapidement desquamatif et érosif, voire, puis-je dire, à centre presque érosif d'emblée, sous forme d'une abrasion épidermique tout à fait superficielle et d'un diamètre certainement inférieur à celui d'une tête d'épingle.

Et c'est tout. Aucun autre caractère à relever, même à la loupe, même à l'examen le plus méticuleux.

Au surplus, cet aspect de « bouton érosif » est bien celui que nous décrivent toutes les malades assez intelligentes pour rendre compte de ce qu'elles ont observé sur elles comme premiers rudiments de leur chancre mammaire. Interrogez ces femmes, elles vous répondront invariablement ceci : « Cela m'a commencé par un petit *bouton de rien*, par une *rougeur*, par une *écorchure*, par une *gerçure*, par une *crevasse*.... Ce n'était rien de rien, tout d'abord, un petit *bobo*, et voilà tout. Puis, plus tard, cela a grandi, etc. »

Un « *bobo* », voilà le mot par lequel toutes ces femmes qualifient l'exorde de leur chancre mammaire, et nul autre, en réalité, ne saurait mieux traduire ce qu'est ce chancre à ses débuts. Donc, bien loin de

moi, Messieurs, la prétention de dire qu'à cette époque et sous cette forme rudimentaire le chancre mammaire puisse être reconnu et diagnostiqué par un médecin, quel que soit ce médecin, s'appellerait-il Ricord. Tout au contraire, j'affirme qu'à cette époque — et je n'y suis que trop autorisé par expérience personnelle — il n'est *pas de diagnostic possible* sur une telle lésion; j'affirme que cette lésion ou, disons mieux, que cet embryon de lésion ressemble à n'importe quoi, qu'il peut aussi bien être ceci que cela, bref que tout jugement à son égard doit être différé pour un certain temps.

Mais, ce que j'affirme aussi, d'autre part, et non moins énergiquement, c'est qu'une telle lésion, si insignifiante puisse-t-elle paraître, ne doit pas moins être tenue pour suspecte, qu'il convient de s'en méfier, et qu'elle doit toujours *faire peur*. Car, tout est là, en l'espèce. Si cette lésion *fait peur* au médecin, cette salutaire appréhension peut servir de sauvegarde à l'enfant. Pris de peur, en effet, le médecin interrogera, se renseignera, s'informera si la nourrice n'a pas donné le sein préalablement à quelque nourrisson suspect, instituera une enquête, suspendra l'allaitement, en un mot fera tout ce qui est à faire pour conjurer une contagion, s'il en est encore temps.

En pareille occurrence, couper court au risque possible d'une contagion est le but bienfaisant à se proposer comme objectif. Or, ce résultat sera parfois au pouvoir du médecin, si le médecin veut bien se pénétrer de cette vérité maintes fois énoncée, mais bien souvent encore méconnue, à savoir : que le chancre, à ses débuts, n'est rien autre qu'une érosion minime et banale, et que, sous cet aspect, il faut s'en méfier

autant et au même degré que s'il avait sa physionomie de chancre adulte et patent.

Chancre adulte. — Type usuel. — Mais voici le chancre qui a pris sa croissance, qui est devenu adulte (passez-moi l'expression). Examinons-le à cette période, et voyons ce qu'il est.

En sa qualité de chancre cutané, il peut se présenter sous les deux formes qu'est susceptible d'affecter tout chancre de la peau, à savoir : la *forme croûteuse*, et la forme de *plaie à découvert.*

I. — La première est tout à fait rare et ne s'observe guère plus d'une ou deux fois sur vingt cas. Comment un chancre, en effet, pourrait-il rester encroûté au contact de la bouche d'un enfant et dans des conditions d'humectation habituelle? Aussi bien n'affecte-t-il ce type qu'en dehors de l'allaitement ou chez les femmes qui ont cessé de nourrir.

Sous cette forme, il se présente, comme tout chancre croûteux, à l'état de lésion bien circonscrite; — arrondie ou ovalaire; — surmontée par une incrustation plus ou moins épaisse, adhérente, brunâtre, brun jaunâtre, ou d'un gris foncé. — Comme type du genre, voyez au musée de notre hôpital la pièce n° 163 de ma collection particulière.

II. — Bien plus fréquemment, c'est-à-dire dix-huit ou dix-neuf fois sur vingt, le chancre du sein est constitué par une plaie à découvert. Et alors, pour la grande majorité des cas, il offre la physionomie classique du chancre cutané que déjà je vous ai si souvent décrite et dont il va me suffire conséquemment de vous rappeler les principaux traits.

C'est, d'abord, une lésion bien délimitée, bien cir-

conscrite, sans réaction inflammatoire périphérique, et comme déposée à froid sur des téguments sains; — lésion arrondie ou ovalaire; — lésion de petite étendue, comparable comme surface à une pièce de cinquante centimes ou à une amande.

Puis, analysez par le menu la caractéristique de cette lésion, et vous y trouverez les cinq attributs fondamentaux, constitutifs, du chancre. Vous la verrez, en effet, se présenter sous forme :

1° D'une lésion *érosive*, simplement érosive, effleurant les téguments sans les entamer véritablement, sans les ulcérer;

2° D'une lésion *sans bords* à arête, à entaillure, à ressaut, sans bords à pic, en un mot. Tout au contraire, la circonférence, c'est-à-dire la frontière de cette érosion, se continue de plain-pied avec les tissus voisins; ou bien, légèrement surélevée en forme de couronne, elle se raccorde en pente douce avec les téguments sains;

3° D'une lésion à *surface égale*, lisse, unie au point qu'elle en semble presque vernissée (comme sur la pièce n° 108 de ma collection particulière);

4° D'une lésion de teinte *rouge*, souvent même d'un beau rouge « *chair musculaire* », qui la dénonce à l'attention en lui conférant presque le cachet du chancre. — Quelquefois encore, rouge dans toute sa zone périphérique, elle présente un centre ou grisâtre ou d'un brun sépia;

5° Enfin, d'une lésion reposant sur une assise résistante, ferme, constituant une base véritable d'*induration*. — Cette induration est toujours aisément saisissable et bien manifeste. Le sein, en effet, comme l'ont remarqué plusieurs syphiliographes, est « une des

régions du corps où l'induration spécifique se formule le mieux ».

Pour la grande majorité des cas, l'induration affecte sur le sein la forme lamelleuse, *parcheminée*, « en carte de visite ». — Plus rarement, elle se présente sous la forme nodulaire, profonde. — Exceptionnellement, elle se réduit à sa modalité fruste, dite foliacée.

Si j'ajoute encore : 1° que cette lésion sécrète peu et qu'elle suinte de la sérosité louche, pyoïde, plutôt que du véritable pus (au sens clinique du mot, bien entendu) ; — et 2° qu'elle est remarquablement indolente soit spontanément soit même au palper, alors qu'elle reste indemne d'irritations surajoutées ; — vous reconnaîtrez là un ensemble symptomatologique qui répond trait pour trait à la caractéristique usuelle du chancre syphilitique[1].

Eh bien, tel est, six ou sept fois sur dix environ, le chancre mammaire.

Variétés. — Maintenant, à côté du type, il faut reconnaître des variétés. Celles-ci sont nombreuses et, pour plusieurs au moins, très intéressantes.

De ces variétés, les unes sont courantes, communes, et d'autres rares, absolument rares, voire exceptionnelles.

Commençons par les premières, qui, pour la facilité de l'exposition et du souvenir, peuvent être rangées sous quatre chefs, de la façon qui va suivre.

1° *Variétés de forme objective.* — Quelquefois, assez souvent même, le chancre mammaire, au lieu d'affecter la forme érosive précédemment décrite, se présente sous tel ou tel des trois types suivants :

1. Un beau type du genre se trouve reproduit dans mon livre sur la *Syphilis chez la femme*, pl. II, fig. 1.

I. *Chancre papuleux.* — C'est tout simplement le chancre érosif avec un léger exhaussement de surface, exhaussement d'un à deux ou, au plus, trois millimètres. Sous cette forme, il rappelle tout à fait (la comparaison est strictement exacte) l'aspect d'une pastille de chocolat, et cela à la fois comme dimensions et comme configuration d'ensemble.

II. *Chancre exulcéreux.* — Celui-ci encore ne se différencie du chancre érosif que par un seul caractère. Au lieu d'effleurer seulement le derme, il l'attaque, il entame légèrement. Simple nuance.

III. *Chancre ulcéreux.* — Ce type, au contraire, a une individualité plus accentuée en ce que, véritablement, il fait ulcère. Il est creux, excavé d'un à deux millimètres, rarement davantage. Son fond se trouve donc notablement en contre-bas des parties saines. Il se raccorde toutefois avec ces dernières, sans arête et sans entaillure de bords, par une zone circonférencielle obliquement inclinée en pente douce.

Ce chancre se différencie encore des types précédents par sa coloration. Rarement il en offre la teinte rouge, « chair musculaire ». Plus habituellement, son fond est multicolore, couenneux par places, jaunâtre sur quelques points, gris sur d'autres, rougeâtre sur d'autres, etc.

2° *Variétés de configuration.* — Généralement, vous ai-je dit, le chancre mammaire est rond ou ovale. Mais quelquefois il s'écarte de cette configuration, notamment dans les deux variétés suivantes :

1. — Variété dite « en fer à cheval » ou, plus simplement, *chancre semi-lunaire.* — Celle-ci est assez commune au pied du mamelon et sur l'aréole. Elle est le fait de certains chancres qui contournent le mamelon

sans l'encadrer complètement et prennent ainsi diverses formes qu'on trouve décrites dans les observations sous les noms de chancre en C, en croissant, en fer à cheval, en demi-lune, etc. — La pièce n° 156 de ma Collection particulière présente deux beaux spécimens de ces chancres semi-lunaires.

II. Variété dite *chancre fissuraire*. — Celle-ci, commune et importante au point de vue diagnostique, appartient en propre aux chancres qui font élection de siège à la base même du mamelon.

Là, en effet, le chancre affecte assez souvent une forme spéciale, à savoir la forme *effilée*. Se développant en longueur d'une façon prédominante, il contourne le mamelon à sa base sur une étendue variable entre un à deux, voire trois centimètres, mais sans atteindre en largeur une dimension proportionnelle. Si bien qu'il figure, à la base même du mamelon, une longue bande érosive, sub-ulcéreuse ou ulcéreuse, semblable à une rigole semi-lunaire, et cela sur une étendue d'un tiers, d'une moitié ou des deux tiers d'une circonférence.

Dans cette forme, deux modalités possibles, à savoir

1° Une modalité *bénigne*, dans laquelle la lésion reste absolument superficielle. Ce qu'on voit alors, c'est tout simplement une longue *érosion* effilée, qui reste à fleur de peau sans entamer véritablement le derme. C'est là, par excellence, la forme qui simule les fissures simples, les « crevasses » du sein, qui sont si communes au cours de l'allaitement.

2° Une modalité *ulcéreuse*, dans laquelle le chancre pénètre en profondeur le mamelon à sa base, en formant là une sorte d'encoche, d'entaillure, de ravin ulcéreux. A première vue, on ne perçoit qu'une lésion linéaire; mais, si l'on a soin, pour mieux apprécier

l'état des choses, d'incliner quelque peu le mamelon latéralement par une pression légère, on voit alors ce sillon s'entr'ouvrir et présenter une plaie à deux segments qui s'écartent en branches de V. C'est là une des variétés multiples de ces chancres qu'on désignait autrefois sous le nom de « chancres en feuillets de livre » et que, plus justement, on appelle aujourd'hui chancres en V ou chancres en branches de compas.

Lorsque cette sorte de rhagade ulcéreuse offre une certaine étendue, elle décolle le mamelon sur un segment latéral. — On dit l'avoir vue détacher absolument le mamelon. Je n'ai pas jusqu'à ce jour observé de cas de ce genre.

3° *Variétés d'étendue, d'importance.* — Les dimensions usuelles du chancre mammaire peuvent être comparées, comme je vous l'ai dit, à celles d'une amande ou d'une pièce de 50 centimes. Mais il est d'assez nombreux cas où le chancre reste en deçà de ces proportions, comme aussi il en est d'autres (plus rares) où il les dépasse. Ainsi :

D'une part, il est de *petits* chancres mammaires qui n'excèdent pas la dimension d'une pièce de vingt centimes ou de l'ongle du petit doigt. J'en ai observé quelques-uns qui ne mesuraient guère plus de quatre à cinq millimètres de diamètre. Et il en est même, par exception, de plus exigus encore, comme nous le verrons dans un instant.

D'autre part, il est de *grands* chancres mammaires. Voyez comme exemples ces deux pièces de notre musée : l'une représente un chancre qui, rayonnant autour du mamelon comme centre, a bien l'étendue d'une pièce d'un franc; — et l'autre un chancre qui certes n'est

pas inférieur comme surface à une pièce de cinq francs.

4° *Variétés de nombre.* — Le plus habituellement et de beaucoup, le chancre mammaire est unique; bien moins souvent il est multiple. Voilà, sur ce point, les résultats de ma statistique personnelle (d'hôpital et de ville) :

Chancres du sein *uniques*.	61 cas sur 100.
— *multiples*. . . .	39 cas sur 100.

Mais, quand ce chancre est multiple, à quel degré l'est-il?

Presque toujours alors (passez-moi la façon de dire), il est *discrètement* multiple.

Ainsi, ce qu'on observe, c'est : 1° pour la très grande majorité des cas, *deux* ou *trois* chancres, et cela soit sur un sein, soit sur les deux seins; — 2° plus rarement, *quatre* chancres; — 3° plus rarement encore, *cinq* chancres; — 4° exceptionnellement enfin, *six* et au delà (nous reviendrons dans un instant sur cette forme à confluence singulière).

Ces chancres multiples s'observent presque exclusivement chez les femmes contagionnées par allaitement. Et nul doute que leur multiplicité ne dérive des contacts répétés et prolongés de l'allaitement.

Inversement, le chancre mammaire est presque toujours unique alors qu'il résulte d'une contamination par le baiser. — Je vous ai cité cependant un cas où quatre chancres, deux à chaque sein, avaient succédé à une contagion de cet ordre.

Voilà pour les variétés communes du chancre mam-

maire. Quelques mots maintenant, pour terminer ce sujet, sur deux autres variétés incomparablement plus rares.

I. — Variété *confluente* (*Chancres mammaires multiples herpétiformes*). — A l'instant, je vous parlais de cas déjà curieux où l'on a observé sur le sein quatre chancres, cinq chancres, six chancres. Or, il est une forme (infiniment plus rare, à la vérité) où l'infection mammaire se traduit par une véritable pléiade d'accidents primitifs, où le chancre devient, sans exagération, *confluent*.

Keyes, par exemple, a relaté l'observation d'une femme qui fut affectée de *douze* chancres des seins (4 au sein gauche et 8 au sein droit).

J'ai présenté à la Société médicale des hôpitaux une femme qui portait aux seins *vingt-trois* chancres, répartis de la façon suivante : sept sur l'aréole du sein gauche, et seize sur le sein droit[1]. Vous en voyez

1. Voici le résumé de ce cas curieux.

« D... A..., âgée de 26 ans, est admise à l'hôpital Saint-Louis (salle Saint-Thomas, n° 21), le 4 août 1877.

Femme de constitution moyenne. — Santé habituelle excellente. — Aucune autre maladie depuis l'enfance que des indispositions passagères.

Cette femme est accouchée le 14 janvier 1876. Son enfant est vivant et jouit d'une santé parfaite.

Le 8 mars 1876, elle prit un nourrisson qu'elle allaita en même temps que son enfant. Ce nourrisson s'est toujours très bien porté. En ce qui nous concerne, un certificat émané du médecin qui accoucha la femme D... constate que « cette femme n'a jamais présenté d'accidents syphilitiques, non plus que son propre enfant ni l'enfant qui lui a été confié. Ce n'est donc que postérieurement au sevrage de ces deux enfants que la syphilis a pu être contractée. »

Le 24 mars 1877, la femme D..., voulant « utiliser » son lait, prend un nouveau nourrisson. « Celui-ci, dit le certificat du même médecin, après avoir eu un *coryza* assez prononcé et une conjonctivite catarrhale d'une durée assez longue, a présenté sur les membres inférieurs et sur le siège des *éruptions* caractéristiques de syphilis; peu après, il est survenu autour des lèvres buccales des érosions ayant tout à fait le caractère des *plaques*

la reproduction sur la pièce n° 275 de ma collection particulière, au musée de l'hôpital Saint-Louis.

Mon distingué collègue et ami le Dr de Beurmann a observé à Lourcine une nourrice affectée de *vingt-cinq* chancres des seins.

muqueuses. » L'enfant fut alors soumis à un traitement hydrargyrique et parut en éprouver une amélioration notable pour un certain temps. Plus tard, il dut être sevré, et *mourut* quinze jours après que sa nourrice eut cessé de lui donner le sein.

Ce fut en juillet que les premiers symptômes de contagion se manifestèrent sur la malade. Elle fut affectée à cette époque de « boutons » nombreux sur les deux seins. Elle montra ces boutons à un médecin qui, dit-elle, « en méconnut la nature mauvaise », la rassura et lui dit qu'elle pouvait continuer à donner le sein. Le mal persistant, elle alla trouver alors un autre médecin, le Dr G..., qui lui conseilla de cesser aussitôt l'allaitement et me l'adressa.

Je la vis vers la fin de juillet et reconnus sur elle, d'une façon incontestable, l'existence de la syphilis. Sur mes instances, elle se décida à entrer à l'hôpital, où elle fut admise le 4 août.

4 août, *état actuel* : Santé générale satisfaisante. — Intégrité des grandes fonctions. Apyrexie. — L'affection, exclusivement locale (en apparence, bien entendu), consiste dans une série de lésions mammaires se présentant sous l'aspect suivant :

Sur l'aréole du mamelon gauche, *sept* petites érosions, les unes couvertes de minces croûtelles brunâtres, les autres (en moins grand nombre) privées de croûtes et se présentant sous forme d'éraillures ou d'écorchures superficielles.

Sur l'aréole du sein droit, *seize* lésions absolument semblables, la plupart couvertes de croûtelles brunâtres, de couleur chocolat foncé, d'autres à l'état d'érosions.

Toutes ces lésions sont remarquables par leur circonscription bien nette en même temps que par leur petit diamètre. Ce sont, d'une part, des érosions de forme régulière, la plupart arrondies, quelques-unes ovalaires, très distinctes les unes des autres, quoique situées à une faible distance réciproque. D'autre part, ce sont, au moins pour la plupart, des lésions véritablement *minimes*, quelques-unes comparables à une petite lentille, d'autres, en plus grand nombre, inférieures à l'aire d'une lentille et ne mesurant guère que 2 à 3 millimètres de diamètre. Une seule, située sur le sein gauche et résultant selon toute probabilité de la fusion de deux érosions originairement contiguës, offre les dimensions et la forme d'un petit haricot.

Ces érosions sont toutes remarquablement superficielles, et aucune ne mériterait véritablement le qualificatif d'ulcération. Elles effleurent plutôt qu'elles n'entament le derme. Quelques-unes, plus creuses à leur centre

Ces chiffres sont assez éloquents par eux-mêmes pour me dispenser de tout commentaire.

Or, les cas de cet ordre sont intéressants à deux titres :

D'abord, par l'exception étrange, phénoménale, qu'ils

que sur leur partie circonférencielle, présentent l'aspect dit cupuliforme. D'autres sont absolument plates, planes, de niveau avec les tissus sains périphériques.

Leur fond est lisse, uni, poli; ce qui, joint à l'aspect naturellement humide de toute érosion, leur donne une apparence *vernissée*.

Ce fond est uniformément rouge, de couleur *chair musculaire*.

Explorée à sa base, chacune de ces lésions fournit la sensation d'une rénitence lamelleuse sous-tendant la surface érodée. Plusieurs peuvent être dites, suivant l'expression consacrée, *parcheminées* de base; d'autres n'offrent que la variété rudimentaire d'induration dite *foliacée* ou *papyracée*.

Ces petites lésions suintent plutôt qu'elles ne suppurent. Elles ne fournissent qu'une quantité minime de sérosité trouble, tachant la chemise en gris jaunâtre.

Dans les aisselles, plusieurs ganglions durs, indolents, roulant sous le doigt. A gauche un de ces ganglions atteint le volume d'une petite noix.

Rien à la peau; rien sur les diverses muqueuses; et notamment (ce qui était essentiel à constater en l'espèce) aucune trace d'accidents syphilitiques à la vulve, dans le vagin et sur le col. — Vulve absolument saine. — Urèthre sain. — Pas de développement des ganglions inguinaux.

Sans aucune hésitation, nous portons le diagnostic de *Chancres syphilitiques des deux seins*, simplement remarquables par leur multiplicité extraordinaire. — Adénopathies axillaires symptomatiques.

Traitement : Pansement avec pommade au calomel. — Bains tièdes tous les deux ou trois jours. — Une pilule de proto-iodure de 5 centigr.

Réparation et cicatrisation très rapide des lésions mammaires. — Quelques-unes sont guéries dès la première semaine. — D'autres se cicatrisent dans le courant de la semaine suivante. Deux ou trois persistent plus longtemps. — Cicatrisation complète et définitive vers le 24 août.

Toutes ces lésions laissent après cicatrisation quelques petites macules brunâtres, légèrement papuleuses, et parcheminées de base. — Pendant plusieurs semaines, cette induration de base survit d'une façon très nette et très facilement appréciable.

Le diagnostic des lésions locales était assez formel pour qu'il nous fût possible d'annoncer l'invasion prochaine d'accidents secondaires. En effet, trois semaines après l'entrée à l'hôpital, le corps de la malade se couvrait de roséole. Plus tard, diverses manifestations de même ordre se succédaient de la façon suivante : éruptions croûteuses du cuir chevelu; alopécie; ganglions cervicaux; — poussée nouvelle de syphilides papuleuses, rendue dis-

constituent à la loi d'unicité ou de caractère discret du chancre syphilitique.

En second lieu, par la forme anomale, la physionomie insolite de ces chancres si extraordinairement multiples. Et, en effet, dans les cas de cet ordre, les chancres mammaires ne sont pas ce qu'ils sont usuellement. Ils diffèrent de ce qu'on peut appeler le type normal, le type courant, par toute une série de caractères, notamment par les trois suivants :

1° *Exiguïté de proportions.* — Comme dimensions, comme taille, ils restent au-dessous et bien au-dessous de la moyenne. Ils sont, pour la plupart, petits, très petits, voire, pour quelques-uns, minimes et presque nains.

2° *Superficialité.* — Presque toujours aussi ce sont des chancres simplement érosifs, effleurant le derme sans l'entamer, et tendant à se transformer rapidement en de petites lésions croûtelleuses, lesquelles rappellent absolument d'aspect les lésions herpétiques en voie de dessiccation.

3° *Bénignité d'allure.* — De par les deux caractères qui précèdent, comme aussi de par l'ensemble de leurs autres attributs objectifs, ces chancres affectent un air de bénignité vraiment insolite. Leur taille, leur état

crète très certainement par l'influence du traitement; — syphilides papulo-érosives vulvaires; — céphalée; — syphilides érosives des amygdales; — fièvre syphilitique, etc.

Aujourd'hui, 23 novembre, la malade, en bon état, reste en observation dans le service. — On peut encore retrouver sur les seins quelques vestiges de l'affection primitive sous forme de petites taches brunes, dont plusieurs conservent un certain degré de rénitence au palper. »

(V. *Deux cas rares de chancres syphilitiques mammaires.* Note lue à la Société médicale des hôpitaux de Paris. — *Union médicale*, 1878, t. I, p. 193. — V. aussi la reproduction de ce cas si curieux dans mon livre sur la *Syphilis chez la femme*, pl. II, fig. 2).

de surface, leur physionomie générale les constituent à l'état de lésions de type *inférieur* au chancre, si je puis ainsi parler. On les prendrait bien moins pour des chancres que pour des plaques muqueuses ou pour des herpès, et on ne se résout qu'à contre-cœur, pour ainsi dire, à les considérer comme des accidents initiaux de syphilis; de fait, on ne les accepte comme tels que par le raisonnement, l'étiologie, l'adénopathie concomitante, etc.

Bref, un mot résume l'impression qu'ils fournissent, ce sont des chancres *en miniature*.

Notons d'ailleurs que cette forme de chancres rudimentaires n'a rien de spécial à la région. Elle s'observe en d'autres points, notamment aux organes génitaux, où parfois l'infection syphilitique primitive se traduit de la même façon, à savoir par une pléiade de lésions exiguës, superficielles et bénignes. Inutile de rappeler qu'elle a été fort bien étudiée sur ce dernier siège par un médecin distingué, le Dr Dubuc, élève de Bazin, qui l'a décrite sous le nom d'infection syphilitique primitive à « *chancres multiples herpétiformes*[1] ».

Que cette dénomination ne soit pas absolument irréprochable au point de vue d'une stricte nomenclature, je n'en disconviens pas. Mais qu'importe? Déjà elle est consacrée par l'usage et la convention. Conservons-la donc, et disons qu'au sein, comme ailleurs, l'infection syphilitique peut prendre la forme morbide à « chancres multiples herpétiformes ».

Et, en effet, c'est bien là, comme exemple, ce qui a été observé dans le cas de Keyes, où les douze chancres de la malade étaient tous « moins larges qu'un

1. V. *Annales de dermat. et de syphil.*, 1873, p. 241.

demi-pois », et ressemblaient si peu à des chancres que, de l'avis unanime des membres de la Société dermatologique de New-York, ils furent tout d'abord qualifiés de « plaques muqueuses ». Mais trois semaines plus tard, survint l'explosion secondaire, laquelle, pour tout le monde, restitua à ces accidents la qualité de chancres.

C'est là, également, ce qui a été noté sur ma malade aux vingt-trois chancres. Ces vingt-trois chancres étaient, d'une part, tous minimes, « quelques-uns comparables à une petite lentille, d'autres, et en plus grand nombre, inférieurs même à l'aire d'une lentille et ne mesurant guère que deux à trois millimètres de diamètre; tous, d'autre part, remarquablement superficiels et ne faisant pour la plupart qu'effleurer la surface du derme. »

Enfin, quelques-uns de ces chancres offraient bien, en dépit de leur exiguïté, une rénitence parcheminée de base; mais la plupart ne présentaient que la variété d'induration dite foliacée ou papyracée.

II. — *Variété phagédénique.* — Il n'est pas absolument rare de voir le chancre mammaire s'élargir et se creuser plus ou moins, de façon à constituer un grand chancre en même temps qu'un chancre ulcéreux. Mais il est très rare, à coup sûr, de le voir, dans ce processus anormal, dépasser certaines limites au delà desquelles lui devienne légitimement applicable la qualification de phagédénique. Des cas de cet ordre, cependant, peuvent se présenter, et même se présenter sous deux formes, à savoir : celle du phagédénisme en surface, et celle du phagédénisme en profondeur.

1° *Phagédénisme en surface.* — Dans ce mode,

le chancre s'élargit excentriquement, jusqu'à atteindre des proportions plus ou moins considérables, mais en restant superficiel, tout au moins sans entamer sérieusement les tissus en profondeur.

Un bel exemple de ce phagédénisme de surface nous est offert par une pièce qu'a déposée au musée de Saint-Louis notre si regretté collègue le Dr Quinquaud[1]. Vous voyez sur cette pièce un énorme chancre mammaire rayonnant autour du mamelon, à peu près régulièrement circulaire, et mesurant environ cinq à six centimètres de diamètre. Notez que le processus phagédénique s'est fait ici seulement en surface, et que la superficialité de la lésion n'est pas sans contraster avec sa grande étendue.

2° *Phagédénisme en profondeur, phagédénisme térébrant.* — Ce second mode est celui dans lequel, contrairement à ce que nous venons de signaler dans le type précédent, le processus s'étend surtout en profondeur, de façon à excaver les tissus et à constituer un chancre creux, térébrant.

De cela voici un superbe spécimen, recueilli sur l'une de nos malades qui contracta un chancre à chaque sein en allaitant un nourrisson syphilitique. Ces deux chancres prirent rapidement une extension notable et un caractère sérieux. Dans l'espace d'une quinzaine environ, ils acquirent la dimension et l'aspect que reproduit ce moulage[2].

Tous deux, vous le voyez, ont une forme hémicerclée, comparable à un fer à cheval, et encadrent le

1. V. pièce n° 1556, Collect. générale.

2. Pièce n° 156, Collect. particul. Musée de l'hôpital Saint-Louis. — On trouvera cette pièce reproduite dans mon livre sur *la Syphilis chez la femme*, pl. II, fig. 3.

mamelon dans la moitié ou les trois quarts de leur contour. Celui de droite, le plus petit, mesure dix centimètres en largeur, sur un diamètre vertical de deux centimètres environ. Celui de gauche, qui forme une bande presque circulaire autour du mamelon, occupe toute l'aréole, et sa grande circonférence atteint de neuf à dix centimètres. Parvenus aux dimensions reproduites par le moulage, ces deux chancres ont continué plus tard à ronger en profondeur. Si bien qu'à un moment donné celui de droite aurait aisément logé une fève dans son excavation, et que celui de gauche mesurait un à deux centimètres en profondeur.

Rien que par le fait de leur excavation, ces deux lésions méritaient bien le qualificatif de chancres phagédéniques. Mais elles n'en étaient pas moins dignes de par l'état de leurs bords nettement entaillés et, de plus, relevés circulairement en forme de crêtes; — de par leur fond inégal, raviné, blafard, semé d'enduits putrilagineux, pultacés, avec îlots escharifiés et noirâtres; — de par leur aréole étendue et pseudo-érysipélateuse; — de par l'engorgement pâteux qui leur servait de cadre et de base; — et, enfin, de par leur mauvais aspect et leur physionomie vraiment menaçante[1].

1. Voici la relation de ce fait curieux.

« La nommée H. N... est admise, le 28 juin 1877, à l'hôpital Saint-Louis (salle Saint-Thomas, n° 26).

C'est une femme de 27 ans, de constitution moyenne, un peu pâle et amaigrie. Elle dit avoir toujours joui d'une bonne santé jusqu'à ces derniers temps. Elle n'a éprouvé depuis son enfance aucune maladie sérieuse. — Pas d'antécédents et pas de stigmates de scrofule. — Pas de tuberculose dans sa famille.

Mariée il y a quatre ans et demi, elle a eu deux enfants, le dernier en janvier 1875. — Ces deux enfants, qu'elle a nourris, sont, affirme-t-elle, en très bon état.

Après avoir allaité son enfant, elle prit un nourrisson qu'elle rendit le 25 avril dernier. — Ce même jour, elle alla se présenter au bureau de

Adénopathie. — Le chancre mammaire fait son bubon dans l'aisselle ou, pour mieux préciser, dans un groupe de ganglions situés sur la paroi thoracique, à la partie inférieure de l'angle dièdre formé par la

nourrices de la rue de la Victoire, et là reçut un second nourrisson qui devait lui transmettre la syphilis.

Ce dernier enfant, dit-elle, lui parut suspect dès le premier instant où elle le vit. « Il avait le bas du corps, de la ceinture aux pieds, couvert de rougeurs, de boutons enflammés et suppurants; çà et là, sur les fesses, les cuisses, les pieds, il présentait des taches grisâtres et rondes comme un centime. » Aux observations qu'elle fit sur la santé de ce nourrisson il lui fut répondu « qu'il avait été mal soigné par sa première nourrice, qui était sale et buveuse, et qu'on avait dû congédier pour cela. » Elle se contenta de cette réponse, accepta l'enfant et partit avec lui pour Levallois-Perret, où elle habitait avec son mari.

Tout alla bien pendant quelque temps. Mais, vers le 10 mai, la femme N... remarqua que l'enfant avait mal à la bouche. Elle le conduisit alors chez un médecin, qui prescrivit « quelques lotions buccales alcalines et une petite dose d'eau de Vals ».

Aucune amélioration ne s'étant produite sous l'influence de ce traitement, elle consulta, le 14 mai, le Dr Guéneau. Cet honoré confrère lui prescrivit alors formellement de cesser de donner le sein et d'élever l'enfant au biberon. En même temps, il formula pour l'enfant un traitement composé comme il suit : Sirop de Gibert, une cuillerée à café par jour; frictions quotidiennes avec onguent napolitain; bains, etc.

Les jours qui suivirent furent marqués par une aggravation considérable des accidents. L'enfant dépérissait à vue d'œil. Sa bouche devenait de plus en plus malade. Les boutons des fesses et des membres inférieurs s'ouvrirent, s'ulcérèrent, et quelques-uns même, dit la femme N., se creusèrent « au point qu'on y aurait entré le bout du doigt ». Effrayée, elle ramena l'enfant chez sa mère, le 18 au matin. Celle-ci, tout aussitôt, conduisit l'enfant et la nourrice chez M. le Dr Ricord, lequel reconnut la nature syphilitique des accidents, « annonça que l'enfant était menacé d'une mort très prochaine, et que la nourrice serait très probablement infectée de la même maladie ».

Cette double prédiction devait se réaliser à bref delai. Le soir du même jour, l'enfant succombait. Et, de plus, *neuf jours* exactement après la mort du nourrisson, le 27 mai, la nourrice voyait apparaître sur ses seins plusieurs « *rougeurs* ou *boutons* », premiers rudiments des lésions actuelles. Ces boutons, affirme-t-elle, « ne parurent pas plus tôt que le 27; elle en est parfaitement sûre; car, très inquiète de ce qu'avait dit M. Ricord, elle s'observait les seins avec grand soin, plusieurs fois par jour. »

A cette époque, la femme N... était en province. De retour à Paris, elle alla retrouver, le 19 juin, M. Ricord, qui porta le diagnostic suivant

rencontre des muscles pectoraux et du grand dentelé (Testut).

Rien à dire de ce bubon, qui reproduit le type du bubon satellite de par l'ensemble de ses caractères, à savoir comme aphlegmasie, comme indolence, comme dureté spéciale des glandes affectées, etc.

sur les lésions du sein : « *Chancres infectants des deux mamelons*; *adénopathies axillaires symptomatiques* », et prescrivit un traitement mercuriel.

Cependant lesdites lésions, qui déjà présentaient un caractère menaçant, ne firent que s'aggraver. Elles s'accrurent d'étendue et se creusèrent beaucoup. De sorte que, quelques jours plus tard, M. Ricord donnait le conseil à la malade d'entrer dans un hôpital et voulait bien me l'adresser.

Etat actuel, 28 juin. — Pâleur du visage. — Amaigrissement général. — Apyrexie, mais pouls rapide et petit. — Langue un peu blanche; inappétence.

Comme lésions locales, je constate *deux vastes chancres mammaires*, *de forme manifestement phagédénique*. Tous deux ont une configuration hémicerclée, comparable à un fer à cheval, et encadrent les mamelons dans la moitié ou les trois quarts de leur contour. Celui de droite, plus petit, mesure six centimètres en largeur, sur un diamètre vertical de deux centimètres environ. Celui de gauche, qui forme une bande presque circulaire autour du mamelon, occupe toute l'aréole; sa grande circonférence atteint de neuf à dix centimètres. L'un et l'autre offrent à un très haut degré l'aspect des plaies de mauvaise nature. Leur fond est inégal, couvert d'enduits pultacés, bourbillonneux, escharifiés; d'un gris jaunâtre et blafard dans la plus grande partie de son étendue, il présente ailleurs des îlots d'un rouge sombre ou d'un noir verdâtre, etc. Circonscrit par des bords relevés et saillants en forme de crêtes, il est plus ou moins déprimé suivant les points où on l'observe. A droite, l'ulcération n'est pas très creuse, et même, soulevée par l'engorgement des tissus, elle domine comme niveau, au moins sur quelques points, les téguments périphériques. Mais, à gauche, la lésion entame plus profondément. Non seulement (comme du côté opposé) elle a détruit toute la peau et attaqué le tissu cellulo-adipeux, mais, en outre, elle a rongé la couche adipeuse dans une grande épaisseur. Si bien qu'en certains points l'excavation creusée de la sorte mesure jusqu'à un centimètre, un centimètre et demi, voire deux centimètres de profondeur. C'est là, en un mot, un type de chancre *térébrant*.

Ces deux lésions sont encadrées par une aréole inflammatoire étendue, formant autour d'elles une zone rouge de quatre à cinq centimètres de diamètre. Elles reposent sur des tissus engorgés en masse, rénitents au toucher et légèrement douloureux. Au milieu de cet empâtement général, il est très difficile, presque impossible même, de distinguer l'induration chancreuse

Ou plutôt, un seul point à remarquer comme contraste. C'est que le chancre du sein ne détermine presque jamais dans l'aisselle de pléiades ganglionnaires comparables, même de loin, à ces riches pléiades qui accompagnent usuellement le chancre génital. On peut dire *pauvre en ganglions* le bubon satellite du chancre mammaire. Et, en effet, ce que l'on rencontre dans l'aisselle consiste le plus souvent en ceci : deux ganglions, trois ganglions au plus (et encore très inégaux, par exemple un seul volumineux et deux autres petits). Souvent même un *seul* ganglion compose toute l'adénopathie.

Évolution. Durée. — L'évolution du chancre mammaire ne comporte en général aucun incident. C'est l'évolution de tout chancre, composée, comme d'usage,

proprement dite. Cette induration n'est guère appréciable que sur la circonférence même des lésions, c'est-à-dire au niveau de la crête périphérique que nous avons mentionnée précédemment.

Adénopathies axillaires spécifiques, à ganglions durs et indolents. — Bien accusé à gauche, cet engorgement glandulaire est moindre à droite, où l'on ne trouve qu'un seul ganglion du volume d'une noisette environ.

Rien sur la peau. — Rien à la bouche, non plus qu'aux parties génitales. — Aucun signe de syphilis généralisée.

Diagnostic : *Chancres syphilitiques des seins*; *forme de phagédénisme térébrant*.

Traitement : Cataplasmes de fécule, renouvelés toutes les trois heures; bains quotidiens, d'une heure au minimum; — lotions émollientes; — sirop d'iodure de fer, cinq cuillerées. — Repos absolu.

Une huitaine de jours de ce traitement produit une modification notable dans l'état des parties. Si les chancres sont restés ce qu'ils étaient comme étendue et comme profondeur, en revanche l'état inflammatoire s'est amendé; l'aréole pseudo-érysipélateuse qui les circonscrivait s'est rétrécie considérablement et circonscrite à une sorte de liséré mesurant deux à trois millimètres. Le fond des ulcérations est encore blafard, bourbillonneux, presque semblable à celui d'une gomme en voie d'élimination; mais il offre déjà cependant un aspect meilleur sur quelques points.

On cesse les cataplasmes. — Pansements quotidiens avec la poudre

d'une période d'augment, d'une période d'état, et d'une période de réparation cicatricielle.

Sa durée est variable tout naturellement, et cela suivant des conditions multiples d'étendue, de siège, de forme morbide, de traitement, etc.

En moyenne, elle oscille entre cinq, six et sept semaines. — Quelquefois (mais rarement) elle est plus courte. Ainsi, l'on a vu de petits chancres mammaires se cicatriser en quatre semaines. — Bien plus souvent elle est plus longue (deux à trois mois), surtout dans le cas de chancres ulcéreux.

Deux points médico-légaux. — Deux points particuliers intéressent ici la médecine légale, qui a si souvent à s'occuper du chancre mammaire à propos de procès entre nourrices et familles de nourrissons syphi-

d'iodoforme, dont on recouvre abondamment toute l'étendue des parties ulcérées. — Bains tous les deux jours. — Sirop d'iodure de fer.

Du 10 au 15 juillet, une amélioration surprenante se produit. Le fond des ulcérations change absolument d'aspect. Il se déterge, élimine ses enduits pultacés, et offre l'aspect d'une plaie rougeâtre, bourgeonnante.

Le même traitement est continué. — En plus, on commence l'administration du proto-iodure d'hydrargyre, aux doses de 5 à 10 centigr. par jour.

Ultérieurement, l'état des ulcérations ne fait plus que s'amender d'une façon très active. Les deux plaies bourgeonnent rapidement, s'exhaussent et se comblent. Le processus réparateur se continue, et une cicatrisation définitive est obtenue dans les derniers jours du mois.

A cette même époque commencent à se manifester des symptômes d'ordre secondaire : lassitude générale, maux de tête, taches érythémateuses du thorax. — La malade néanmoins, se jugeant guérie, veut absolument nous quitter. Nous essayons vainement de la retenir, et elle sort de l'hôpital le 28 juillet.

J'ai appris, depuis lors, qu'au mois de septembre cette femme était rentrée dans un autre service de l'hôpital avec des accidents graves de syphilis, notamment avec une syphilide ulcéro-croûteuse couvrant toute la face et le crâne.

(V. *Deux cas rares de chancres syphilitiques mammaires*, Note lue à la Société médicale des hôpitaux de Paris. *Union médicale*, 1878, t. I, p. 193.)

litiques. Ces deux points ont trait à la durée de l'induration chancreuse et à la cicatrice du chancre.

Notons ceci, tout d'abord, comme préambule. Dans les procès de ce genre (j'en sais quelque chose pour avoir été mêlé maintes fois à ces sortes d'affaires), l'expertise médico-légale, qui constitue la base du jugement à intervenir entre les parties, arrive presque toujours *en retard* et *trop tard*. Le plus souvent, en raison de circonstances diverses que je n'ai pas à dire, notamment en raison des lenteurs usuelles de la procédure, la nourrice ne se présente à l'expert qu'à l'époque où son chancre est déjà cicatrisé de vieille date. Dans ces conditions, donc, l'expert *ne voit pas* le chancre. Néanmoins lui reste-t-il quelque moyen d'apprécier si un chancre s'est produit sur le sein, et cela de par quelque signe *posthume* de ce chancre? Voilà la question.

Eh bien, *oui* et *non*, suivant les cas. Car le chancre laisse quelquefois à sa suite deux signes « posthumes », à savoir son induration et sa cicatrice.

Mais que valent ces deux signes? Sont-ils constants? Combien de temps durent-ils? Quelle valeur positive s'y rattache? Et, dans les cas où ils font défaut, quelle interprétation donner à leur absence? Tels sont les problèmes qui s'imposent à l'expert en pareille occurrence. Voyons ce que nous apprend la clinique à leur sujet.

I. — Comme fait habituel, l'*induration survit à la cicatrisation* du chancre mammaire, et cela pour un temps plus ou moins long, temps essentiellement variable d'après la forme qu'a affectée le chancre et aussi d'après le degré de développement qu'a atteint le néoplasme.

Ainsi le chancre usuel, dans ses formes érosive, papuleuse et sub-ulcéreuse, laisse à sa suite une indura-

tion parcheminée, laquelle 1° persiste et persiste bien accusée pour plusieurs semaines (cinq, six, huit semaines environ), et 2° peut encore, à un degré plus ou moins atténué, être perçue après trois ou quatre mois.

Au chancre à gros néoplasme (forme beaucoup plus rare, comme nous l'avons vu) succède un noyau d'induration plus volumineux et plus durable, lequel est encore aisément appréciable après plusieurs mois. Je citerai comme exemple le fait d'une de nos malades qui, affectée d'un chancre de cet ordre en février, portait encore au sein dans le mois de juin (donc quatre à cinq mois plus tard) un noyau d'induration parfaitement net, bien accusé, très significatif, et destiné à subsister encore un certain temps.

Cette survie usuelle de l'induration, à divers degrés, peut donc être fructueusement utilisée par le médecin légiste en tant que témoignage posthume du chancre.

Mais, d'autre part, ce qu'il n'est pas moins essentiel d'ajouter, c'est qu'à la suite de certains chancres mammaires, notamment (et rien de plus naturel) à la suite des chancres superficiels et petits, l'induration s'évanouit souvent d'une façon rapide, très rapide, beaucoup plus hâtive qu'on ne serait tenté de le supposer. J'ai vu des cas où, quinze jours après la cicatrisation de tels chancres, il ne subsistait presque plus d'induration, au moins d'induration *significative*, permettant de servir de base à un diagnostic rétrospectif.

II. — Second point. — Toujours le chancre mammaire laisse à sa suite, lorsqu'il vient de se cicatriser, une macule d'un rouge sombre ; c'est forcé. — Or, cette macule s'efface rapidement sur le mamelon et l'aréole. Mais, sur le globe mammaire, elle est bien autrement persistante ; et, de plus, elle dégénère là en une tache

brunâtre, bronzée, puis grisâtre, qui ne s'efface complètement qu'avec une grande lenteur, parfois même au prix d'années.

Quant à un véritable *stigmate* cicatriciel, se traduisant par une empreinte déprimée, avec irrégularités de surface, état chagriné et gaufré de la peau, oui ou non, le chancre mammaire laisse-t-il à sa suite quelque chose de semblable? Voilà ce que demande la médecine légale.

Eh bien, oui et non, suivant les cas. Précisons :

1° *Oui,* pour certains cas qui, à la vérité, ne forment que la minorité en l'espèce, à savoir : cas de chancre phagédénique; — cas où le mamelon a été partiellement détruit; — cas où le chancre a affecté une forme décidément ulcéreuse; — et de même encore pour certains cas assez communs où, bien que n'ayant été ni très étendu ni très creux, le chancre a attaqué le mamelon à sa base en forme de rhagade ulcéreuse. Dans ce dernier ordre de faits (je signale ce point aux médecins légistes), il n'est pas rare de retrouver à la base même du mamelon une petite cicatricule en forme de grain de blé ou de pépin de poire, cicatricule un peu déprimée, légèrement décolorée ou plutôt teintée en rose gris, en rose sombre, et se dénonçant surtout à l'attention par sa *surface lisse* qui fait contraste avec l'aspect chagriné du mamelon. (Je dois prévenir toutefois que cette cicatricule peut ne pas s'imposer à l'œil de prime abord; tout au contraire il faut souvent la chercher avec quelque soin, voire à la loupe, pour la découvrir.)

2° *Non,* pour la grande majorité des cas (7 ou 8 fois sur 10 en moyenne). Le fait de beaucoup le plus usuel est que le chancre mammaire, dans ses types courants, ne laisse pas après lui de cicatrice vraie, de cicatrice avec dépression, état gaufré et irrégulier des téguments.

Sinon immédiatement, sans doute, mais après quelques mois, il s'efface et disparaît. Tout au plus lui survit-il alors une tache, soit légèrement décolorée, soit au contraire quelque peu pigmentée, mais n'offrant dans l'un et l'autre cas aucun caractère de spécificité, et absolument insuffisante au total pour servir de témoignage dans une expertise médico-légale. Quelquefois même l'absolue disparition de tout stigmate cicatriciel est remarquablement rapide.

De cette discussion que résulte-t-il, en somme, pour le médecin légiste commis à titre d'expert dans un procès entre nourrice et famille d'un nourrisson suspect de syphilis? Ceci :

1° qu'il est des cas où ce médecin pourra tirer parti, comme témoignage posthume du chancre mammaire, soit de l'induration, soit d'une cicatrice bien authentique, soit de l'une et l'autre à la fois;

2° mais qu'il en est d'autres, et en bien plus grand nombre, où ces deux signes lui feront absolument défaut. Et ils lui feront surtout défaut, naturellement, alors que l'expertise interviendra tardivement, ce qui, je le répète à dessein, n'est malheureusement que trop habituel, étant donnée la lenteur regrettable des procédures judiciaires dans notre pays.

D'où ce corollaire, à ne pas oublier dans l'intérêt des nourrices, à savoir : que l'absence d'induration et de cicatrice n'exclut en rien la possibilité d'un chancre mammaire, dans une expertise faite, comme d'usage, plusieurs mois après la contamination possible d'une nourrice par un nourrisson syphilitique.

Diagnostic. — Allons droit à ce qui constitue en

l'espèce la difficulté clinique et la difficulté pratique. La difficulté clinique, c'est d'instituer un diagnostic sur le chancre mammaire naissant ou jeune encore; la difficulté pratique, c'est de savoir que faire en présence d'une lésion mammaire naissante ou jeune encore, laquelle peut être un chancre syphilitique.

Je précise par un exemple; et cet exemple, je n'aurai pas à l'inventer, car je ne ferai que reproduire ce qui m'est arrivé maintes fois en clientèle et ce qui vient encore de se présenter à moi ces derniers jours.

Un médecin, je suppose, est mandé dans une famille où un enfant sain, né de parents sains, est allaité par une nourrice, et là on le consulte à propos d'un « *bouton* » (c'est le terme consacré) qui vient d'apparaître tout dernièrement sur le sein de la nourrice. Ce médecin examine ledit bouton, le réexamine, et, après l'avoir regardé à l'œil nu, puis à la loupe, après l'avoir palpé et inspecté de toutes façons, aboutit à cette conviction intérieure (qui a été mienne, par exemple, dans le dernier cas en question) qu'il ne sait pas du tout, mais absolument pas, ce à quoi il a affaire. Cependant la famille inquiète lui demande : « Qu'est-ce donc que ce bouton? » et puis surtout : « Que faut-il faire? »

Eh bien, telle est précisément, Messieurs, la question que je me propose de discuter et de discuter à fond devant vous; car il s'agit là, inutile de vous le faire remarquer, d'une question de *pratique* par excellence. Puis voyez, d'autre part, combien délicate et périlleuse devient la situation du médecin en pareil cas. Ce bouton, peut-être n'est-ce rien du tout, j'entends rien autre qu'une lésion banale et insignifiante; mais peut-être bien aussi est-ce un chancre. Or, à supposer que ce soit

un chancre et que le médecin méconnaisse ce chancre, que va-t-il arriver, et cela nécessairement ou bien peu s'en faut? C'est que l'enfant prendra la vérole. Et alors je vous fais juges de ce que la famille pensera et dira du médecin. Le médecin sera « le coupable » en l'espèce, sera « le pelé, le galeux d'où provient tout le mal ». « Il aurait dû reconnaître ce qu'avait la nourrice; c'est son métier et ce n'est pas chose difficile que de reconnaître un chancre. Eh bien, il n'a rien vu! Sans son ignorance, son impéritie, sa bévue, notre enfant eût été sauvé de la vérole, etc. »

Ainsi se présentent les choses en pratique, Messieurs, je vous l'affirme par expérience, et ce que je viens de vous dire, je l'ai entendu plus d'une fois de la part de parents littéralement furieux et déchaînés contre leur médecin qui n'avait pas reconnu à temps l'infection d'une nourrice. Comment donc nous tirer de situations qui chargent aussi lourdement notre responsabilité?

Ici, comme ailleurs et comme toujours, le *quid agendum* se déduit, bien entendu, du diagnostic. Or, en l'espèce, le diagnostic est possible ou impossible suivant les cas. Examinons donc tout d'abord quels embarras, quelles difficultés il présente, et à quelles incertitudes il peut aboutir.

Certes, il est des cas simples. Alors, par exemple, que le « bouton » en question se présente sous forme d'une petite élevure cutanée bien circonscrite, à base rouge et à sommet suppuratif, pustuleux, le soupçon de chancre se trouve exclu de par ces seules données objectives. Car jamais le chancre syphilitique ne débute sous une telle forme. En ce cas, donc, ce n'est pas d'un chancre, c'est d'une autre lésion, bien sûrement, qu'il s'agit.

Même exclusion forcée du chancre, si l'on a affaire à des lésions croûtelleuses, à contour indécis ou sinueux, de coloration jaunâtre, melliforme, flavescente. C'est un processus d'eczéma ou d'impétigo qui, seul, peut s'inaugurer de la sorte. — Et ainsi de suite.

D'autres cas, en revanche, sont bien plus délicats d'interprétation. A quel diagnostic aboutir, par exemple, à propos d'une érosion petite ou minuscule, plate, à fleur de peau, arrondie ou irrégulière, lisse de fond, rouge, indifférente de base, indifférente aussi comme objectivité? Une telle érosion peut être *n'importe quoi*, ou peu s'en faut. Elle peut être le produit d'irritations banales, le produit de vésicules ou de pustules déchirées d'herpès, d'acné, d'impétigo, de folliculites, de lésions staphylococciques encore innominées, voire une lésion traumatique dérivant de l'allaitement. Mais elle peut bien aussi être le rudiment embryonnaire d'un chancre. « Elle n'a pas, dira-t-on peut-être, les caractères propres du chancre. » Soit, mais qu'importe? Est-ce que le chancre a des caractères propres, spécifiques, dans ses deux, trois ou quatre premiers jours? Le chancre naissant, ainsi que je l'ai dit et répété tant de fois, ressemble à toute érosion. Le chancre naissant n'est pas plus possible à diagnostiquer pour le clinicien qu'un végétal sortant de terre pour le botaniste. — De cela vous voyez les conséquences pour la question à l'étude.

Et ce n'est pas tout. Car il est une lésion spéciale à la région mammaire qui vient encore ici compliquer les difficultés. Cette lésion, que j'ai réservée jusqu'à présent, c'est la *fissure* du sein, lésion commune, très commune, comme chacun sait, et merveilleusement faite pour créer en l'espèce des embarras diagnostiques. La fissure, en effet, est une lésion *chancriforme*, chancri-

forme par excellence, jusqu'à simuler parfois le chancre d'une étrange façon. Et, réciproquement, il est des chancres d'un certain siège (ceux de la base du mamelon) qui simulent parfaitement la fissure, à ce point qu'on les a qualifiés du nom de « chancres fissuraires ». Aussi est-ce là, par excellence, la pierre d'achoppement du diagnostic. Neuf fois sur dix, alors qu'on a méconnu un chancre, on l'a méconnu en le prenant pour une fissure. C'est assez dire l'intérêt que comporte une telle lésion, qui va exiger de nous une étude particulière.

Voyons donc sur quels signes peut être basé un diagnostic différentiel entre la fissure et le chancre mammaire encore jeune.

1. — Est-il à compter ici, tout d'abord, sur les *signes d'objectivité*?

Certes, il est des cas où la fissure s'affirme en tant que fissure de par sa configuration effilée, grêle, *en trait de plume*, si je puis ainsi parler; — de par ses proportions minimes; — comme aussi de par l'absence de toute dureté à sa base, etc.

Mais bien plus souvent, quant à ses signes objectifs, la fissure est pour ainsi dire calquée sur la physionomie du chancre, ou, réciproquement, le chancre dit fissuraire constitue un véritable *Sosie* de la fissure. De part et d'autre, en effet, ce qui se présente à constater est ceci : une érosion bien circonscrite; — érosion petite, allongée, semi-lunaire; — superficielle et sans bords; — lisse de surface; — offrant une teinte d'un rouge vif, carminé, irritatif (irritée qu'est la lésion par la bouche de l'enfant, etc., etc.). Rien ne manque à l'analogie objective, qui devient presque identité. A ce point, je ne me lasse pas de le répéter, qu'il y a des fissures absolument sem-

blables d'aspect au chancre fissuraire, tout comme il y a des chancres fissuraires qui reproduisent exactement la physionomie de la fissure.

II. — D'autre part, est-il à faire plus de fonds sur l'*induration* de base? — Oui, pour certains cas, car il y a des fissures sans induration. Mais, non pour d'autres, car il y a des fissures doublées d'une certaine rénitence de tissus à leur base; — comme aussi, réciproquement, il est des chancres à induration minime, insignifiante, surtout dans leur jeune âge, c'est-à-dire à l'échéance qui se trouve en cause pour l'instant.

III. — Autre signe. On a dit : « la fissure *saigne* pendant la tétée, tandis que le chancre ne saigne pas ». La remarque est juste d'une façon générale, et il faut en tenir compte. Mais, vraiment, rien n'empêche qu'un chancre irrité, mordillé, mordu par la bouche d'un enfant, ne fournisse accidentellement un suintement sanguin. Un chancre *traumatisé* n'est plus seulement un chancre. Il n'y a donc qu'une valeur relative à accorder au signe en question, qu'on a trop facilement donné, je crois, comme rigoureusement « différentiel ».

IV. — Enfin, un signe bien meilleur, à mon avis, ressort de l'élément *douleur*. La fissure du bout du sein, la « crevasse », comme on l'appelle vulgairement, a un renom de douleur très justifié. C'est en effet une affection douloureuse, atrocement douloureuse en certains cas, tandis que le chancre est au contraire remarquablement indolent, au moins d'une façon relative.

Donc, de par ce seul signe, le diagnostic sera quelquefois possible de l'une à l'autre lésion.

Mais il faut bien reconnaître, d'autre part, que certaines fissures ne sont pas notablement douloureuses, surtout quand elles sont toutes jeunes et encore peu

étendues. Inversement, un chancre fissuraire, agacé, excité par la bouche d'un enfant, a bien le droit de devenir sensible et douloureux. En sorte que l'élément douleur est loin d'avoir toujours et dans tous les cas une signification décisive.

Et c'est là tout notre bagage diagnostique. Car, bien entendu, il ne saurait encore être question de l'adénopathie (signe différentiel par excellence entre les deux lésions) à l'époque où se pose le problème que nous étudions.

De sorte, vous le voyez, que, tout compte fait, il est des cas où, de par les signes qui précèdent, la question diagnostique entre le chancre et la fissure pourra être déterminée, jugée, comme il en est d'autres (et ceux-ci assez nombreux) où elle restera indécise de par l'absence d'éléments suffisants.

Voilà pour la partie clinique de la situation dont nous poursuivons l'étude et que je vous rappelle d'un mot, avant d'en aborder l'autre partie (partie *déontologique*), à savoir : Un bouton suspect vient de se produire sur le sein d'une nourrice; qu'est-ce que ce bouton? Et, à son propos, *que faut-il faire?*

Que faut-il faire? Car, notez-le bien, il n'est pas à se dérober à une situation qui s'impose. La famille de l'enfant est là, derrière vous, et, anxieuse, elle attend votre arrêt. De toute nécessité il faut prendre un parti, mais lequel?

Eh bien, de deux choses l'une : ou bien votre examen clinique vous a conduit à un diagnostic positif sur la qualité de la lésion; — ou bien il n'a abouti qu'à l'incertitude. Que faire dans l'une et l'autre de ces alternatives?

Pour la première, rien de plus simple, à savoir : 1° au cas où la lésion n'offre rien de suspect, laisser continuer l'allaitement; — 2° au cas inverse, suspendre séance tenante l'allaitement, sans permettre à la nourrice de donner le sein une seconde de plus; car c'est là la seule façon de sauvegarder l'enfant, s'il en est encore temps.

Mais c'est la seconde alternative qui est bien autrement délicate et difficile, car elle ne comporte rien moins que la nécessité de prendre un parti sur un diagnostic incertain, c'est-à-dire la nécessité, contre toute logique, contre toute raison, d'agir *en ignorance* de cause. Et telle est bien la situation que je n'exagère ou ne fausse en rien. Car, au total, elle se résume en ceci : vous ne savez pas si le « bouton » à propos duquel on vous consulte est ou n'est pas un chancre naissant, et c'est sur cette *ignorance* qu'il vous *faut* prendre un parti.

J'accorde qu'en pareille et si périlleuse occurrence on cherche à se faire une conviction, à défaut des éléments cliniques, sur des données d'un autre ordre, c'est-à-dire en interrogeant les commémoratifs, en fouillant le passé de la nourrice, en scrutant tous les risques de contamination auxquels elle a pu être exposée, en se renseignant (si faire se peut) sur l'état de santé de ses nourrissons antérieurs, etc. C'est ainsi qu'on trouvera des motifs *à défiance* ou *à sécurité* dans des circonstances diverses, telles que les suivantes :

Des *motifs à défiance*, si la nourrice a donné le sein à d'autres nourrissons d'une façon intercurrente; — si elle allaite depuis peu son nourrisson actuel; — si son nourrisson antérieur paraît suspect en quelque point; — s'il a présenté quelques symptômes de l'ordre

de ceux qui sont propres à la syphilis infantile; — s'il est mort, et mort à la façon des enfants syphilitiques, etc., etc.

Des *motifs à sécurité*, si toutes les circonstances précédentes font défaut; — si la nourrice allaite l'enfant depuis un temps supérieur à celui de l'incubation syphilitique, c'est-à-dire depuis plus d'un mois à six semaines; — si elle a été attentivement surveillée; — si, bien sûrement, elle n'a pu donner le sein à un autre enfant. — Il n'est pas même jusqu'à la moralité présumée de ladite nourrice dont il ne faille tenir compte, dans la mesure où il peut être légitime d'en tenir compte, etc.

Rien de mieux que tout cela. Mais tout cela n'aboutit qu'à de simples présomptions, et ne fournit rien de formel. Comment être jamais sûr, par exemple, qu'une nourrice n'a pas donné le sein par aventure à un nourrisson étranger, ainsi que nous voyons tant de nourrices le faire à l'insu de leurs maîtres? Comment être sûr qu'une nourrice ne s'est pas laissé embrasser le sein par un galant, par un « pays », par le valet de chambre de la maison, etc.?

De sorte qu'en définitive, il est de nombreux cas où ni les signes cliniques, ni les signes d'un autre ordre ne parviennent à fixer le diagnostic. Et c'est cependant en de telles conditions que le médecin doit se prononcer sur le *quid agendum*. Voyons ce qu'il peut faire.

Deux partis s'offrent à lui : suspendre ou continuer l'allaitement.

Continuer l'allaitement en dépit d'une lésion suspecte, en dépit d'une lésion qui peut bien être un chancre, c'est là, bien manifestement, ce qu'il faut *ne pas faire*. Car cela équivaut à laisser l'enfant exposé à

un danger grave; parlons net, c'est lui laisser prendre la vérole, au cas où ladite lésion serait un chancre.

Faut-il donc alors *suspendre l'allaitement en congédiant la nourrice*, et cela sur un simple soupçon peut-être illégitime?

Ce parti, sans doute, est radical et séduisant, en ce qu'il coupe court *illico* à tout danger de contagion ultérieure. On a pu s'en louer. Ainsi je connais tel cas où, sur un simple soupçon (car l'on était resté dans le doute, cliniquement, sur la qualité de la lésion), un de nos confrères suspendit l'allaitement séance tenante; et bien lui en prit d'agir de la sorte, car la lésion se transforma quelques jours plus tard en un chancre des plus évidents, origine d'une syphilis non moins irrécusable.

Mais notez que c'est là une résolution grave à assumer, parce qu'elle encourt le risque de nuire aux deux parties sans profit pour personne, au cas où il ne s'agit que d'une lésion simple. Elle peut nuire à l'enfant en le privant de sa nourrice, ne serait-ce que d'une façon provisoire; elle nuit à la nourrice en la privant de son gagne-pain. Puis, enfin, c'est un cas de conscience pour le médecin que de laisser planer sur une brave femme une accusation peut-être imméritée, et de lui faire payer les frais d'une incertitude médicale ou même d'une erreur diagnostique.

Aussi bien, à mon avis, est-il quelque chose de mieux à faire dans l'intérêt de tous, quelque chose qui concilie les intérêts de tous. C'est de *suspendre l'allaitement tout en conservant la nourrice*, et de s'en remettre à l'évolution prochaine de la lésion pour établir le diagnostic. Car le diagnostic, en l'espèce, c'est affaire de jours. Six, huit, dix jours, au plus douze jours suffiront bien certainement à déterminer le diagnostic d'une

façon positive. S'agit-il d'un chancre, la lésion va s'élargir, prendre ses caractères et sa physionomie de chancre, se doubler de l'induration caractéristique, se flanquer de son adénopathie satellite, etc. Au cas contraire, rien de cela ne se produira. Donc, à bref délai, on sera fixé sur la qualité de la lésion en litige, la lumière sera faite, bref, la question sera jugée en tel ou tel sens.

— « Fort bien ! dira-t-on peut-être, mais que deviendront pendant ce temps et l'enfant qu'il faut nourrir, et la nourrice dont les seins vont se gonfler de lait? »

L'enfant, on le nourrira au lait stérilisé. Quelques jours de ce régime — si bien toléré et si propice en général — ne pourront certes lui être préjudiciables.

Et, quant à la nourrice, on assurera la conservation de son lait en même temps que le dégorgement de ses seins soit à l'aide de la téterelle, soit mieux encore en confiant la succion à un jeune animal, tel qu'un petit chien. Procédé excellent, merveilleux en l'espèce, qui m'a toujours réussi, sur lequel j'ai appelé l'attention de vieille date[1], et qui cependant reste moins connu, moins usité qu'il ne mériterait de l'être.

L'an dernier, j'ai agi de la sorte dans un cas de cet ordre, à propos d'une lésion mammaire survenue sur le sein d'une nourrice quinze jours après son admission dans une famille. Cette lésion, située au pied du mamelon, fissuraire, rouge, légèrement engorgée de base, était vraiment de celles sur lesquelles un médecin n'ose pas faire de diagnostic, ou l'ose d'autant moins qu'il a plus d'expérience des erreurs faciles à commettre en pareil cas. J'avoue même qu'à part moi j'inclinais fort à la considérer comme un chancre; et cependant

1. V. A. Fournier, *Nourrices et nourrissons syphilitiques*, Paris, 1878.

ce n'était pas un chancre, ainsi que l'événement le démontra. Or, d'après le soupçon auquel j'avais abouti, je fis suspendre l'allaitement séance tenante. La famille voulait congédier la nourrice; c'eût été une faute, et je m'y opposai. Pendant neuf jours, l'enfant fut nourri au lait stérilisé, et la nourrice tétée par un jeune chien que nous fournit le Jardin d'Acclimatation. Tout marcha pour le mieux; puis, quand je fus définitivement rassuré sur la qualité de la lésion (qui n'était autre qu'une gerçure chancriforme), le sein fut repris par l'enfant, et toutes choses rentrèrent dans leur cours régulier.

Si bien qu'au cas échéant c'est encore ce même parti que je choisirais, comme c'est celui que je vous recommande, si les hasards de la pratique vous mettent jamais aux prises avec la situation délicate que je viens d'étudier.

Voilà, Messieurs, ma digression terminée, et je reviens tout aussitôt à la partie diagnostique de mon sujet, d'ailleurs presque épuisée comme intérêt principal.

I. — On a parlé de confusions « possibles » entre l'*eczéma* et le chancre mammaire adulte (le seul en question pour l'instant). Sans doute, de telles confusions sont possibles à la rigueur, mais possibles seulement si l'on s'en tient, pour instituer le diagnostic, aux caractères d'objectivité.

Et, en effet, un placard eczémateux circonscrit, arrondi, encroûté, est bien capable de donner le change en ce qu'il affecte sous cette forme une physionomie que revêt parfois le chancre; mais que de différences empruntées à des considérations plus sérieuses vien-

dront tout aussitôt restituer le diagnostic sur la droite voie! D'abord, l'eczéma n'est que bien rarement circonscrit et délimité à la façon du chancre. Très habituellement, il est à la fois plus étendu que le chancre, plus diffus, et plus irrégulier de contour. Ainsi, à ce point de vue, presque toujours il s'accuse par une ligne de frontières sinueuse, indécise, « géographique », suivant le mot des dermatologistes. — Et surtout, pour en venir à des signes bien autrement essentiels, il ne présente jamais ni l'*induration* de base qui accompagne presque constamment le chancre, ni l'*adénopathie* qui l'accompagne toujours. — En sorte que l'erreur devient véritablement impossible alors qu'on examine d'ensemble la lésion, en tenant compte de *tous* les symptômes qui peuvent contribuer au diagnostic.

II. — Il est non moins avéré que le chancre mammaire a été confondu avec l'*épithéliome*. Plusieurs observations en témoignent. Le Dr Claude, par exemple, dans un intéressant travail sur la syphilis du sein[1], raconte « qu'en 1884 une jeune femme se présenta à la consultation de l'hôpital Saint-Louis pour être opérée d'une lésion qu'un médecin de la ville avait diagnostiquée épithélioma du mamelon. Le cas ayant paru suspect au chirurgien, la malade fut adressée à notre maître M. Besnier, qui, après avoir examiné la lésion, conclut à un chancre infectant. On fit alors déshabiller plus complètement la malade, et une éruption spécifique de roséole vint confirmer le diagnostic. » — De même le Dr Dimey a relaté l'observation d'un chancre du sein qui avait été diagnostiqué cancroïde par

1. V. F. Claude, *Etude sur la syphilis du sein*, Thèses de Paris, 1886.

un chirurgien et à propos duquel « on avait déjà *proposé une opération*[1] ». — Plus intéressante encore est une observation du Dr Feulard, en ce qu'elle concerne une femme âgée de 65 ans (remarquez l'âge), qui « était considérée comme affectée d'un épithélioma ulcéré du sein, et qui allait être opérée avec d'autant plus de rapidité que les ganglions axillaires venaient de se prendre ». Ce prétendu épithélioma n'était rien autre qu'un chancre syphilitique[2]. — Et de même encore pour deux cas de ma clientèle de ville où des erreurs semblables ont été commises.

Des erreurs de ce genre (à moins d'être expliquées par quelque circonstance individuelle et exceptionnelle, comme dans le cas du Dr Feulard) n'ont vraiment pas d'excuses, disons le crûment. Elles dérivent toujours d'examens incomplets, où l'on s'est satisfait, pour instituer le diagnostic, des seuls signes objectifs, essentiellement sujets à caution. Car, si l'on examine les malades d'ensemble, en tenant compte de tous les autres symptômes contemporains, il est presque impossible que la méprise d'impression première ne soit pas rectifiée, et cela surtout de par les trois considérations suivantes, qui établissent une différence profonde entre le chancre et l'épithéliome, à savoir :

1° *Dissemblance radicale d'évolution*, de part et d'autre. — Avec le chancre, évolution rapide, aiguë ; lésion se constituant pour ainsi dire d'un jour à l'autre, affectant une croissance hâtive, arrivant en moins de quinze jours (notez bien ceci) à son apogée, à son terme définitif, etc. — Avec l'épithéliome, inversement, évolution progressive, lente, à pas comptés, demandant des

1. Thèse citée, page 63.
2. *Annales de dermat. et de syph.*, 1886, p. 774.

mois (sauf exceptions rares) pour aboutir à créer une lésion comparable à ce qu'est un chancre à peine âgé de quinze jours.

2° *Adénopathie* presque immédiate (relativement) avec le chancre, c'est-à-dire déjà appréciable vers le huitième jour, en tout cas bien constituée vers le milieu et la fin du second septénaire. — Avec l'épithéliome, adénopathie tardive, infiniment plus tardive.

3° Enfin, critérium formel et de dernier ressort : avec le chancre, *explosion secondaire*, se produisant six à sept semaines après les premiers phénomènes morbides, ou quelquefois un peu plus tard; — rien de semblable avec l'épithéliome.

De tels signes excluent la possibilité d'une erreur.

En tout cas, est-il besoin de dire combien serait condamnable une intervention chirurgicale qui (comme il a failli s'en produire) devancerait l'invasion possible d'une syphilis secondaire succédant à un chancre méconnu?

III. — A la rigueur, une confusion se comprendrait encore avec un début de *Maladie de Paget*. Comme exemple, je rappellerai un cas de Snow[1], où le diagnostic de maladie de Paget fut porté à propos d'une ulcération du sein, laquelle n'était rien autre qu'un chancre.

Et, en effet, la maladie de Paget peut débuter, à l'instar du chancre, par une lésion croûteuse servant de couronnement à une petite ulcération légèrement rénitente de base.

Mais l'extrême lenteur de l'évolution, la présence des

1. V. British med. Journal, 16 déc. 1882; — Dr L. Wickham, *Maladie de la peau, dite Maladie de Paget*, Thèses de Paris, 1890.

« coccidies », l'absence d'adénopathie et de manifestations secondaires constitueront des signes ultra-suffisants pour tenir à l'abri d'une semblable erreur.

IV. — Enfin, voici une dernière confusion possible, mais celle-ci exclusivement relative à la forme ulcéreuse, profondément ulcéreuse, voire presque phagédénique, du chancre mammaire.

Voyez quelles analogies, quelles similitudes objectives présentent ces deux belles pièces de notre musée (pièce n° 156 de ma Collection particulière, et pièce n° 536 de la Collection de M. le Dr Péan). A première vue, comme après examen minutieux, on croirait qu'il s'agit là de lésions de même ordre reproduites par l'une et par l'autre, et telle est en ce moment, j'en suis sûr, votre propre impression.

Eh bien, cette pièce (n° 156) représente des chancres mammaires de forme térébrante, et cette autre (n° 536) une *syphilide gommeuse ulcérative*. Ce qui, par parenthèse, démontre une fois de plus la vérité d'une remarque que bien souvent j'ai soumise à votre attention, à savoir : possibilité d'une ressemblance, voire d'une quasi-identité objective entre le chancre de type ulcéreux et certaines syphilides gommeuses circonscrites que, pour cette raison, j'ai qualifiées du nom de syphilides gommeuses *chancriformes*.

Donc, à s'en tenir aux signes d'objectivité, une confusion serait possible entre le chancre ulcéreux et la syphilide gommeuse circonscrite ou chancriforme. Mais elle sera facilement écartée, si l'on s'en réfère aux trois considérations suivantes :

AVEC LE CHANCRE :	AVEC LA SYPHILIDE GOMMEUSE :
I. — *Adénopathie axillaire* bien accentuée, à ganglions aphlegmasiques, indolents, durs, quelquefois multiples.	I. — Pas d'adénopathie.
II. — *Absence de tout accident syphilitique antérieur.*	II. — Long passé de syphilis, ayant préludé à la manifestation actuelle. (Deux exceptions possibles : 1° pour les cas de syphilis ignorée ; 2° pour les cas de syphilis héréditaire tardive. — Mais alors, possibilité de retrouver, dans le premier ordre de cas, des antécédents ou des traces d'accidents spécifiques restés méconnus ; — et, dans le second, soit des stigmates d'hérédo-syphilis sur le malade, soit la démonstration d'une infection spécifique chez les ascendants).
III. — Critérium d'évolution : explosion secondaire se produisant quelques semaines après le début du chancre.	III. — Rien qui ressemble à une explosion secondaire consécutivement à la lésion.

Pronostic. — La question pronostique est ici complexe. Car elle comprend trois points très différents, à savoir : le pronostic propre de la lésion en tant que lésion locale ; — le pronostic de l'infection consécutive ; — et ce que vous me permettrez d'appeler le pronostic *social* du chancre mammaire (nous verrons en temps et lieu ce qu'on peut qualifier ainsi).

I. — Je serai bref sur le premier point. C'est qu'en effet le chancre mammaire ne comporte rien de spécial comme accidents ou complications, rien qui ne soit le pronostic commun à tout chancre syphilitique.

A l'instar de tout chancre, c'est un accident bénin (dans la proportion de 49 cas sur 50, d'après mes chiffres personnels); — évoluant avec rapidité; — se cicatrisant *sponte suâ*; — ne laissant même pas en général de stigmates bien apparents, etc.

Il ne comporte que quelques rares complications, à savoir :

1° Des phénomènes d'inflammation périphérique, sous forme de *lymphangites*, se produisant sans doute par le fait d'infections secondaires.

2° Des accidents de processus ulcératif, tels qu'entamures partielles du mamelon (ce qui est déjà rare), ou bien encore, mais à titre absolument exceptionnel, destruction presque complète, voire complète de cet organe. Hunter relate un cas de cet ordre, dans lequel le mamelon fut absolument détruit par plusieurs chancres périphériques.

3° Enfin, d'une façon plus exceptionnelle encore, des accidents de phagédénisme en surface ou en profondeur sur lesquels nous nous sommes expliqués précédemment. Dans les quelques cas que nous en connaissons, toujours le phagédénisme mammaire s'est montré docile au traitement et s'est cicatrisé à assez brève échéance.

II. — Second point, plus important et bien autrement curieux : L'infection syphilitique d'origine mammaire comporte-t-elle une *gravité spéciale*? En autres termes, le chancre mammaire est-il plus grave comme conséquences d'avenir qu'un chancre de telle autre région, que le chancre génital pris comme type? On l'a dit, on l'a écrit. C'est même là une croyance assez répandue.

Eh bien, je ne puis souscrire, pour ma part, à cette

opinion. Et voici, d'après moi, ce qui seulement est vrai en l'espèce, à savoir :

1° Que, pour la très grande majorité des cas, l'infection syphilitique d'origine mammaire est absolument équivalente comme gravité à toute infection syphilitique de n'importe quel siège originel, c'est-à-dire qu'elle n'est ni plus grave ni moins grave qu'une syphilis contractée par telle ou telle autre voie;

2° Mais aussi que, pour un petit nombre de cas, elle revêt une gravité particulière, voire parfois une réelle malignité.

C'est là, très strictement, ce qu'on peut déduire de la clinique. Et, en effet, si l'on prend la peine, comme je l'ai fait, de dépouiller un grand nombre d'observations relatives à des infections mammaires, on constate de prime abord, comme après mûr examen, ce double résultat : que, d'une façon générale, la syphilis mammaire semble calquée comme symptômes et comme évolution sur la syphilis de toute origine, sur la syphilis d'origine génitale par exemple; — et que parfois elle se signale par des cas graves, exceptionnellement graves, désastreux. Ce dernier point mérite toute notre attention, et je dois immédiatement le confirmer par quelques exemples.

Voyez d'abord la malade couchée au lit 25 de la salle Henri IV. Elle présente par excellence un type de syphilis maligne précoce, se caractérisant par une foule de symptômes : syphilide tuberculo-ulcéreuse extrêmement confluente, criblant le corps et plus spécialement le visage; périostites et périostoses multiples; céphalée atroce; douleurs vagues et quasi-généralisées; accès fébriles; asthénie, prostration voisine de l'adynamie; amaigrissement, étiolement, etc., etc. Eh bien, quelle

est cette femme et d'où lui vient sa syphilis? C'est une pauvre ouvrière qui, par charité (car les pauvres font souvent la charité à leur manière), a donné le sein à l'enfant d'une petite voisine (mère à seize ans!), lequel succombait quelques jours plus tard à de multiples accidents de syphilis héréditaire. Elle a contracté de la sorte un chancre mammaire, et c'est ce chancre qui a servi d'origine à la syphilis grave dont elle est affectée aujourd'hui.

Second exemple. — Une malheureuse femme, qui est devenue une des « habituées » de nos salles depuis de longues années, a contracté une syphilis des plus graves par une contagion également reçue d'un enfant syphilitique à qui elle servait de nourrice. Son observation, que j'ai là sous la main et qui compte plus de trente pages, est une véritable odyssée de syphilis. J'y trouve, à ne parler que des incidents majeurs, toute la kyrielle des accidents que voici : d'abord, comme entrée en scène, syphilide papulo-tuberculeuse des plus confluentes; — très prématurément, alopécie considérable, généralisée, ayant presque complètement dénudé le crâne; — bientôt après, périostoses et exostoses multiples, très douloureuses et incessamment récidivantes; — simultanément, douleurs disséminées, presque généralisées, et surtout céphalée abominable, très rebelle, à retours offensifs qui ne se comptent plus; — puis, quelques années plus tard, syphilide tuberculo-ulcérative, confluente, mais affectant le visage avec une prédilection marquée. Cette syphilide a récidivé plusieurs fois, en criblant le visage d'ulcérations étendues, creuses, térébrantes, qui ont détruit littéralement *toute la peau de la face* et rongé une bonne partie du nez; — puis, phagédénisme guttural, ayant dévoré et absolument

anéanti la luette, le voile palatin, les piliers du voile, les amygdales et toute la muqueuse de la moitié supérieure du pharynx; — d'où, comme conséquence, surdité double; — finalement, phagédénisme osseux des fosses nasales; large perforation de la cloison; nécroses des cornets, de l'ethmoïde, des os palatins, d'une large partie de l'apophyse du maxillaire. — Et j'en oublie.

Au total, cette syphilis a été quadruplement remarquable et par ses lésions phagédéniques, et par ses récidives incessantes, parfois même subintrantes, et par sa résistance au traitement, et, plus encore, par son caractère dépressif, dénutritif, *consomptif*. Elle a amaigri, considérablement amaigri cette femme, qui n'est plus, suivant sa propre expression, que « l'ombre d'elle-même »; elle a ruiné ses forces, elle l'a accablée, prostrée, et cela non pas seulement pour un temps, mais d'une façon durable, permanente, que j'ai bien lieu de craindre définitive. Bref, elle l'a littéralement transformée, métamorphosée sous nos yeux, et cela quoi que nous ayons pu faire!

Sans parler encore d'un étrange épilogue. Depuis l'époque de la contagion et malgré son aspect repoussant, cette femme a trouvé moyen d'avoir six grossesses. Or, à quels résultats ont abouti ces six grossesses? C'est aussi simple que possible : *six enfants, six morts*. A savoir :

Première grossesse. — Accouchement à sept mois; enfant mort-né.

Seconde grossesse. — Enfant mort à trois semaines.

Troisième grossesse. — Enfant n'ayant vécu qu'une demi-heure.

Quatrième grossesse. — Enfant mort-né.

Cinquième grossesse. — Enfant mort à deux mois.

Sixième grossesse. — Enfant mort à douze jours.

L'histoire d'une autre femme de notre service, elle aussi contagionnée au sein par un enfant syphilitique, est exactement calquée sur la précédente. Chez elle, en effet, même syphilis à localisations extraordinairement multiples, presque toujours graves, et incessamment récidivantes; — même syphilis à manifestations phagédéniques sur la peau, sur les muqueuses de la bouche et de la gorge, sur le squelette nasal, etc.; — même syphilis à accidents rebelles ou longtemps réfractaires au traitement; — et surtout même syphilis à forme dépressive, dénutritive, consomptive, s'en prenant à la santé et aux forces vives de l'organisme. De guerre lasse, l'infection paraît avoir fait trêve depuis deux à trois ans, mais dans quel déplorable état laisse-t-elle sa victime! Cette femme, que nous avions connue bien portante, bien musclée, alerte, jouissant d'une santé pour le moins moyenne, reste actuellement amaigrie, étiolée, débilitée, courbée, cassée, presque cachectique. Incapable du moindre travail, elle en est réduite à vivre de la charité publique, et ne quitte plus l'hôpital que pour aller mendier dans les rues.

Le Dr Celso Pellizzari, qui a insisté tout particulièrement sur la gravité spéciale de la syphilis des nourrices, a relaté de même l'histoire d'une femme de vingt-sept ans qui, infectée par le sein, lutta vainement pendant six années contre des manifestations spécifiques de tout ordre, et finit par succomber. Et cependant « elle aussi avait été presque constamment en surveillance dans le service du Dr Pellizzari; et cependant elle aussi avait été soumise aux médications les plus éprouvées. Le mercure, l'iode, les reconstituants, les toniques de tous genres lui avaient été administrés; rien n'y fit », et

cette femme mourut, elle aussi — remarquez bien ceci au passage —, de consomption, de cachexie [1].

Et de même encore pour quelques autres cas que j'aurais à citer, où l'on a vu des nourrices infectées par le sein succomber à diverses manifestations spécifiques, notamment à des accidents de syphilis cérébrale ou de consomption progressive.

Donc, le fait est indéniable et s'impose. Impossible de récuser que parfois la syphilis des nourrices revêt un caractère intensif et une malignité particulière.

Mais reste l'explication du fait, et c'est sur ce point que vont surgir les dissidences.

On a dit : « La syphilis mammaire est grave *parce qu'elle est d'origine mammaire,* et cela à la façon de certaines rages qui sont plus sûrement et plus irrémédiablement mortelles quand elles sont contractées par certains points du corps, tels que le visage. »

Mais c'est là, d'abord, une prétendue explication qui n'explique rien. Car, si la syphilis mammaire était grave par le fait de son origine mammaire, resterait à savoir pourquoi et comment elle est grave en raison même de cette origine, ce qu'on s'est bien gardé de spécifier, et pour cause.

Puis, cette explication pèche par sa base, en ce qu'elle accepte comme un fait démontré la gravité propre des syphilis mammaires. Son point de départ est injustifié. Car, pour un très grand nombre et même pour leur grande majorité, les syphilis d'origine mammaire restent bénignes ou moyennes en dépit de leur origine mammaire. Ainsi, tout particulièrement, les femmes qui

1. V. *Annales de dermat. et de syph.*, 1883, p. 115.

contractent la syphilis par le sein en dehors de l'allaitement n'ont que des syphilis très ordinaires, très courantes, des syphilis n'offrant rien de spécial et, au total, conformes à l'ensemble clinique comme à l'évolution des infections spécifiques de toute autre provenance.

Donc, à mon sens, on a fait fausse route en s'efforçant d'expliquer par une spécialisation de siège le caractère intensif ou malin de certaines syphilis contractées par le sein. Je crois que l'interprétation cherchée est ailleurs, je crois qu'elle est tout autre; et, pour ma part, j'aurais grande tendance à la trouver dans les conditions du *terrain*, j'entends dans la personnalité des malades sur lesquelles la syphilis est appelée à germer alors qu'elle sévit sur des nourrices. Je m'explique.

Une longue expérience a appris ceci : que, d'une façon générale, la syphilis est surtout grave en vertu de conditions *individuelles*, personnelles, propres aux sujets qui la contractent, en vertu de ce qu'on appelle abréviativement les « conditions défavorables du *terrain* ».

Et, en effet, on voit la syphilis tendre surtout à des formes graves alors qu'elle affecte des organismes préalablement débilités par une raison quelconque et n'offrant à l'infection qu'une résistance amoindrie. On sait aujourd'hui à n'en plus douter que ses principaux *facteurs de gravité* consistent (sans parler de l'absence ou de l'insuffisance ou de la mauvaise direction du traitement spécifique) dans toutes les conditions qui tendent à appauvrir, à asthénier, à déprimer l'économie, telles que les suivantes :

1° *Maladies antérieures* de tout ordre, et, spécialement, maladies infectieuses (combien grave, par exemple, se montre souvent la syphilis chez les impa-

ludiques!); — maladies diathésiques, maladies consomptives, etc.

2° *Intoxications* (alcoolisme, saturnisme, etc.). Chacun connaît aujourd'hui la gravité habituelle de la syphilis chez les alcooliques.

3° *Surmenage* physique, intellectuel ou moral.

4° Faiblesse native ou acquise de la *constitution ; — lymphatisme, anémie, scrofule, tuberculose.*

5° *Alimentation* défectueuse, mauvaise, insuffisante.

6° Toutes conditions d'*hygiène* défavorables ; — et, ce qui résume en un seul mot ces deux derniers groupes étiologiques : *misère.*

Eh bien, est-ce que certaines, plusieurs même de ces conditions *nocives* ne se rencontrent pas assez fréquemment dans le public des nourrices et, plus spécialement encore, chez les nourrices de second ou de troisième ordre qui entrent au service de l'Assistance publique *parce qu'elles ne trouvent pas mieux*? Oui, certainement, et de cela voici la preuve.

Que trouvons-nous, en effet, chez ces femmes?

En premier lieu, deux causes de débilitation pour l'organisme, à savoir : *grossesse* et *allaitement.* Car ce n'est pas toujours impunément qu'une femme (non placée dans de bonnes conditions d'hygiène, non soutenue par une alimentation réparatrice) fournit pendant neuf mois une partie de son être et de sa chair pour la formation, l'entretien et la croissance d'un fœtus. Ce n'est pas impunément non plus qu'au delà d'une telle épreuve la même femme fournit encore chaque jour six, sept, huit cents à mille grammes de sa substance (si ce n'est plus) pour subvenir à l'allaitement d'un enfant.

En second lieu, que sont les nourrices, sinon tou-

jours, du moins pour bon nombre de cas? Sont-elles des femmes préparées à leur rôle par des antécédents de santé robuste et résistante, par une alimentation généreuse, par une hygiène réconfortante, etc.? Pas le moins du monde, en général. Pour la plupart, d'abord, ce sont des femmes *pauvres* (si elles ne l'étaient pas, consentiraient-elles à ce qui est pour une mère le plus dur des sacrifices, à savoir l'abandon de son enfant?); — d'autre part, ce sont des femmes de la campagne, souvent surmenées par le dur travail des champs; — mal nourries ou insuffisamment nourries, vivant, comme on vit à la campagne, moins de viande que de légumes et de fruits; — parfois débilitées par de détestables conditions d'hygiène; — parfois même éprouvées par de longues privations; — parfois encore (comme c'est le cas des filles-mères) déprimées par les préoccupations morales, etc. — Mal préparées (je répète le mot à dessein) pour être nourrices, de telles femmes sont-elles mieux faites pour supporter les assauts d'une grande infection?

Puis, autre point : Comment se traitent en général les nourrices devenues syphilitiques? *Mal,* je l'affirme en connaissance de cause; mal, neuf fois sur dix. D'abord, elles commencent par se méfier des remèdes qu'on leur donne et qui leur paraissent suspects. — Bientôt elles abandonnent le traitement, dès qu'elles sont débarrassées des symptômes apparents de leur maladie. — Au delà, elles ne font plus rien. — Bref, par défiance, ignorance, insouciance, elles aboutissent le plus souvent à se traiter le moins possible.

Au total, donc, la syphilis chez les nourrices, c'est le plus habituellement la syphilis sur des organismes doublement épuisés par la grossesse et par l'allaitement;

c'est, de plus, pour nombre de cas, la syphilis mal traitée.

Eh bien, est-ce que tout cela ne constitue pas un faisceau de conditions essentiellement propres à rendre la syphilis grave chez les femmes en question? Théoriquement, oui, sans aucun doute. Or, analysez, je vous prie, les observations de syphilis grave chez les nourrices, et presque infailliblement (je ne l'affirme qu'après avoir fait ce travail pour mon édification personnelle) vous y trouverez au chapitre des commémoratifs telles ou telles des conditions précitées, souvent même plusieurs d'entre elles réunies.

De là — pour moi tout au moins — cette conviction qu'en toute vraisemblance la gravité spéciale que revêt parfois la syphilis chez les nourrices relève des conditions défectueuses du terrain organique sur lequel la maladie est appelée à évoluer.

Cette interprétation, me semble-t-il, est rationnelle, logique, plausible. Elle me paraît en tout cas bien préférable à celle qui, sans l'ombre d'un argument quelconque, attribue la nocivité spéciale de la syphilis chez les nourrices à la localisation originaire de l'infection.

III. — Enfin, vous ai-je dit et vous allez voir si cela a rien d'exagéré, le chancre mammaire comporte un pronostic *social*, en ce sens qu'il crée pour la société, pour tout le monde, de nombreux risques de contamination.

Comment cela? En constituant un des modes de cette syphilis *domestique* si particulièrement redoutable par ses ricochets inattendus, parfois multiples, voire extraordinairement multiples.

La syphilis mammaire, en effet, est une de ces

syphilis *dont on ne se méfie pas*, contre lesquelles on ne se tient pas en garde, et qui, pour cette raison, aboutissent maintes fois à faire de nombreuses victimes.

Oui certes, je le répète, on ne se méfie pas ou tout au moins on ne se méfie pas assez de la syphilis mammaire. Dans le public extra-médical, c'est-à-dire dans le grand public, on ne connaît guère cette syphilis, ou bien, quand on la connaît, on en tient à peine compte. Qui pis est, souvent on n'en a même pas notion. Ainsi, nombre de femmes, nombre de très honorables mères de famille n'ont pas la moindre idée des dangers que peuvent faire encourir à leur enfant des nourrices ou des nourrissons inconnus. De cela j'ai par devers moi un exemple si topique que je ne puis résister à l'envie de vous le citer. La jeune femme d'un de mes anciens élèves me racontait il y a quelques jours, et cela non sans une certaine pointe de satisfaction, que la nourrice actuelle de son petit bébé « avait tellement de lait, mais tellement de lait, qu'il lui arrivait parfois, aux Tuileries, de donner à téter à *plusieurs enfants inconnus* pour se dégorger les seins ». Et j'ai eu toutes les peines du monde à faire comprendre à cette jeune femme les dangers d'une telle imprudence, dangers dont elle n'avait pas la première notion. Or, s'il en est ainsi dans le public des femmes d'une classe élevée, s'il en est ainsi pour une femme de médecin, jugez ce qu'il doit en être dans le public des classes inférieures!

Eh bien, c'est d'une telle *inconscience*, d'une telle ignorance, que procèdent, en nombre de cas, les contaminations d'origine mammaire. Que voyons-nous, en effet, se produire quelquefois? Ceci :

Une nourrice ou une jeune mère est contaminée au sein. Avec la plus parfaite inconscience du danger, cette

femme donne le sein à son nourrisson ou à son enfant, qu'elle contamine. — Mais ce n'est pas tout.

Secondement : Avec la même inconscience, cette femme se livre à son mari, qu'elle ne manque pas de contagionner.

Troisièmement, interviennent alors les ricochets. Les enfants infectés de la sorte — dont on ne se méfie pas davantage — contagionnent à leur tour les nourrices auxquelles ils viennent à être confiés.

Quatrièmement, ces nourrices infectent ou peuvent infecter soit leurs enfants, soit leurs nourrissons, soit des nourrissons étrangers auxquels elles donnent accidentellement le sein.

Cinquièmement, à tout cela s'ajoutent les contagions dites *domestiques*, dérivant des mille contacts de la vie intime, de la vie en commun, des baisers échangés entre bonnes et enfants, entre enfants et parents, etc., ou dérivant encore d'objets d'usage commun (verres, cuillers, serviettes, etc., etc.).

Si bien qu'une syphilis mammaire peut devenir l'origine de toute une série de contaminations qui se transmettent dans une famille, dans une maison, dans un village.

Les exemples de ces petites épidémies de famille, de maison ou de village, issues de la syphilis mammaire, abondent et surabondent dans la science. C'est ainsi que, dans un cas relaté par Barillier, une nourrice syphilitique infecta : 1° un enfant (qui mourut); — 2° un autre enfant; — 3° que ce dernier enfant infecta une nourrice; — 4° que, de plus, cette nourrice infecta un autre nourrisson.

De même j'ai relaté, il y a quelques années, l'histoire d'une nourrice syphilitique qui, introduite dans une

famille, y devint l'origine de *sept* contaminations syphilitiques, dont l'une mortelle. Ainsi : cette nourrice commença par infecter l'enfant qui lui était confié. — Puis, celui-ci infecta sa mère et sa grand'mère, qui ne cessaient de l'embrasser, ainsi que deux petites bonnes, toutes jeunes, vierges, à l'abri de tout soupçon. — Puis, à son tour, la mère infecta son mari. — Finalement, elle devint enceinte, et, comme de raison, avorta. — Total : sept victimes[1].

Le nombre des victimes d'une semblable contagion s'éleva même à *quatorze* (à ne parler que de celles qui furent connues) dans un cas qui a été raconté par le Dr Dron (de Lyon) et qui se résume en ceci : Une femme, qui avait reçu la syphilis au sein d'un enfant syphilitique, eut l'imprudence de donner le sein à trois enfants qu'elle infecta. — Chacun de ces trois enfants infecta sa mère. — Chacune de ces quatre femmes infecta son mari. — Chacune de ces quatre femmes devint enceinte et avorta. — Calculez : $3 + 3 + 4 + 4 = 14$. — Cela fait bien quatorze victimes d'une syphilis mammaire, et, sur ces quatorze victimes, *quatre morts*.

C'est à une telle cascade de contagions, issues comme origine d'une syphilis mammaire, que fut due une épidémie qui fit grand bruit au siècle dernier sous le nom de *Pian de Nérac*, et dont la relation nous a été conservée par Raulin. En voici le résumé :

1, Voici ce fait qui, vu l'intérêt prophylactique qui s'y rattache, mérite, je crois, d'être cité *in extenso*.

Un enfant naît, en mars 1872, de deux parents jeunes, vigoureux, bien portants, et jusqu'alors exempts de toute affection vénérienne. Quoique petit et venu avant terme (sept mois et demi à huit mois), on essaie d'abord de l'élever au biberon. Mais, au bout d'un mois, on reconnaît la nécessité de changer ce mode d'allaitement.

Une nourrice est choisie. C'est une belle fille, jeune, bien portante,

En 1752, une nourrice infectée donna le sein à l'enfant d'un commerçant de Nérac et, naturellement, le contagionna. — Cet enfant fut confié à plusieurs nour-

ayant beaucoup de lait. Elle entre dans la famille X..., comme nourrice sur lieu, vers la fin d'avril.

Pendant cinq à six semaines, tout marche le mieux possible. Mais, au delà, ladite nourrice commence à présenter sur les seins et le thorax des « taches rosées » qui persistent. Puis, il se produit autour des mamelons et sur les mamelons de petites « plaies suppurantes », érosives, rouges, douloureuses au moment de la succion. — On considère ces lésions comme de simples gerçures, comme des « crevasses », de l'espèce de celles qui sont si communes chez les femmes qui allaitent, et l'on ne s'en préoccupe pas autrement.

Cependant, très bien portant jusqu'alors, l'enfant devient souffrant. Il pâlit, il maigrit. Des « boutons » lui viennent à la bouche. Puis son corps est envahi par une éruption confluente d'autres boutons « semblables à de petites lentilles rougeâtres qui s'écailleraient en surface ». Des érosions, des ulcérations se produisent sur les fesses, sur les bourses, dans le pli interfessier; de nouvelles ulcérations apparaissent sur les lèvres et dans la bouche, etc.

Alors, seulement, on s'inquiète. Un de nos confrères est mandé, et reconnaît tout aussitôt la syphilis sur le nourrisson et la nourrice.

Séance tenante, la nourrice s'évade, littéralement, de la maison de ses maîtres. Elle s'enfuit, sans même réclamer ses gages. — Depuis lors, les plus fâcheux renseignements ont été recueillis sur son compte. On a appris notamment qu'elle avait la syphilis avant d'entrer en place, qu'elle en avait été traitée et qu'elle en a été traitée subséquemment dans son pays. En outre, son enfant est mort en bas âge, et mort de syphilis, assure-t-on.

L'enfant X..., infecté par cette femme, est resté longtemps malade. Sa santé a été profondément altérée, et l'on a même craint pour ses jours, au dire de sa mère, pendant quelques mois. Enfin, il a guéri, grâce aux soins d'un de nos honorables confrères, qui l'a soumis au traitement spécifique. — Je l'ai vu, pour la première fois, en janvier 1874. A cette époque, il présentait encore d'incontestables syphilides sur les lèvres et sur la langue. Un nouveau traitement dissipa ces accidents. — Toutefois l'enfant resta toujours pâle, maigre, chétif; et je n'ai pas été étonné, lorsque, beaucoup plus tard, en 1886, il me fut ramené pour une périostite intense, affectant l'extrémité supérieure d'un tibia, avec retentissement sur l'articulation du genou. Manifestement spécifique de nature, cette lésion guérit sous l'influence du traitement ioduré.

Jusqu'ici, rien d'extraordinaire dans cette histoire. Car les contaminations syphilitiques qui se produisent de la nourrice au nourrisson, pour être infiniment plus rares que celles d'irradiation inverse, ne

rices qui, non moins naturellement, furent bientôt contagionnées. — Celles-ci ne manquèrent pas d'infecter leurs nourrissons; — lesquels, à leur tour, infectèrent d'autres nourrices. — Si bien qu'en quelques mois, dit

laissent pas de s'observer de temps à autre en pratique. Mais voici, maintenant, les *ricochets* de cette première contamination.

Quatre personnes se partageaient les soins à donner à l'enfant qui venait de recevoir ainsi la syphilis de sa nourrice. C'étaient : 1° Mme X..., la mère de l'enfant; — 2° la grand'mère maternelle, qui vivait sous le même toit; — 3° et 4° deux petites bonnes, sœurs, toutes jeunes, de quinze à seize ans environ.

Or, ces *quatre* personnes subirent toutes, comme on va le voir, les ricochets de la syphilis transmise à l'enfant. Ainsi :

1° En novembre 1872, Mme X... fut affectée d'un chancre induré de la lèvre inférieure, avec volumineuse adénopathie sous-maxillaire. Très certainement elle tenait cette contagion de son enfant, qu'elle ne cessait d'embrasser et qui, à cette époque, présentait encore des « plaies à la bouche ».

Ce chancre fut l'origine d'une syphilis constitutionnelle dont les divers incidents, n'ayant pas trait au sujet actuel, seraient superflus à raconter ici. Il me suffira, comme confirmation diagnostique, de les énoncer brièvement : En décembre, syphilides papuleuses et papulo-acnéiques; — syphilides vulvaires. — En avril 1873, nouvelles syphilides à la vulve et plaques muqueuses buccales. — Traitement mercuriel, qui, malheureusement, ne fut suivi que quelques semaines; plus tard, iodure de potassium. — Aussi bien, en janvier 1874, récidive de syphilides buccales. — Sirop de Gibert. — En mai, nouvelles syphilides labiales. — En juin, syphilide croûteuse des narines; érosions buccales. — Enfin, en août 1875, dernière explosion de syphilides sur la langue. — Depuis lors, grâce à un traitement mieux suivi, silence permanent de la diathèse.

Ajoutons que, vers la fin de 1874, Mme X... devint enceinte. Ainsi qu'il était facile de le prévoir, cette grossesse se termina par un *avortement* (à cinq mois et demi). — Plus tard, en 1878, après un traitement prolongé, survint une grossesse nouvelle, qui amena un bel enfant, sain, bien portant. Cet enfant, actuellement âgé de huit ans, n'a jamais présenté le moindre symptôme suspect.

2° La grand'mère de l'enfant, sexagénaire, paraît avoir contracté la syphilis à peu près vers la même époque que sa fille ou un peu plus tard. En novembre 1872, elle commença à être affectée d'une ulcération buccale. Puis, survinrent chez elle, les mois suivants, de nombreux accidents secondaires que je me bornerai encore à énumérer, sans les décrire, à savoir : syphilides confluentes, polymorphes; — violentes douleurs ostéocopes dans les membres, notamment dans les jambes; —

Raulin, « on connaissait déjà plus de *quarante* femmes ou enfants qui étaient malades, « sans parler de quelques hommes » — (pourquoi n'en pas parler?) — et « sans y comprendre tous ceux et celles en qui le mal ne s'était

céphalée; — alopécie excessive, au point que la malade perdit presque tous les cheveux et fut forcée de porter perruque, etc.

Cette dame, au début de sa maladie, se refusa absolument à suivre le traitement mercuriel qu'on lui avait prescrit. Elle ne consentit qu'à prendre de l'iodure de potassium et, plus tard, quelque peu de sirop de Gibert, dont on lui dissimula la composition mercurielle. — Aussi, les années suivantes, resta-t-elle sujette à de multiples récidives d'accidents (syphilides cutanées, syphilides buccales, psoriasis palmaire, etc.). — Actuellement, paraît-il, elle présente des accidents cérébraux graves, auxquels la syphilis, d'après ce que j'en ai appris indirectement, semble bien n'être pas étrangère.

3° et 4° Quant aux deux bonnes, il est probable qu'elles aussi contractèrent la syphilis par une contagion buccale; mais c'est là un point que je n'ai pu suffisamment établir, vu l'époque tardive à laquelle ces deux jeunes filles se sont présentées à mon examen. Toujours est-il que l'explosion secondaire se fit sur elles vers la même époque où elle se produisait sur Mme X... et sa mère, en se traduisant par les divers symptômes que voici : syphilides cutanées; syphilides muqueuses labiales, linguales, amygdaliennes, vulvaires; arthralgies; céphalée, etc.

Ces deux jeunes filles ne pouvaient être suspectées d'avoir contracté la syphilis ailleurs que dans le milieu où elles vivaient. C'étaient encore des enfants, à vrai dire; leur conduite était irréprochable, au dire de Mme X..., qui les surveillait très attentivement; elles couchaient dans la maison, ne sortaient jamais seules, etc. D'ailleurs, j'ai constaté qu'elles étaient *vierges*. Il reste donc certain que, d'une façon quelconque, du fait d'une contagion accidentelle quelconque, directe ou médiate, elles ont pris la syphilis soit de l'enfant qu'elles soignaient et embrassaient fort souvent, soit des autres personnes infectées par cet enfant.

Ce n'est pas tout encore. M. X..., le mari, connaissait le malheur qui avait frappé sa famille. Il connaissait l'état de sa femme et avait été averti des dangers auxquels l'exposerait la continuation des rapports conjugaux. Pendant un certain temps, il sut s'abstenir. Mais l'ardeur du jeune mari finit par l'emporter, et cela, bien malheureusement, à une époque où Mme X. . était sous le coup d'une poussée secondaire. Naturellement il fut contagionné, et la syphilis se traduisit sur lui par les divers symptômes suivants :

En octobre 1873, chancre induré de la verge, avec pléiades inguinales. (Inutile d'ajouter qu'aucune relation extra-conjugale ne pouvait expliquer cette contagion. A maintes et maintes reprises, M. X... m'a affirmé,

pas encore manifesté, et d'autres que la honte empêchait d'avouer qu'ils en étaient atteints, à cause que le public le regardait comme une maladie vénérienne[1] ».

Et de même encore pour quelques autres épidémies locales de même provenance, où le nombre des victimes s'est élevé, dit-on, à 14, 16, 24, 50, etc. — A citer enfin l'épidémie de Capistrello, dans laquelle une nourrice fut l'origine première d'environ 300 contaminations qui se produisirent dans une petite localité d'Italie.

De par de tels exemples, de par de tels chiffres, jugez si j'étais coupable de quelque exagération en vous disant, au début de ce chapitre, que la syphilis mammaire en arrive quelquefois à comporter un pronostic d'intérêt social.

Traitement. — Le traitement du chancre mammaire n'est autre que celui du chancre cutané. Donc, rien à ajouter ici à ce que je vous ai dit du traitement de ce dernier chancre dans l'une de nos précédentes réunions.

Un seul point mérite une mention spéciale et a trait à la prophylaxie. C'est que toute femme affectée

juré que depuis son mariage il n'avait jamais eu rapport qu'avec sa femme, et j'ai tout lieu d'avoir confiance en sa sincérité). — En janvier 1874, syphilide érythémateuse et plaques muqueuses de la gorge. — En avril et mai, nouvelles plaques muqueuses. — En septembre, roséole de retour, à grands cercles incomplets et irréguliers. — En janvier et mai 1875, récidive de syphilides buccales, provoquée par l'abus du tabac, etc., etc.

En résumé, donc, une nourrice syphilitique introduit la syphilis dans une famille, en contagionnant le nourrisson qui lui est confié. — Puis, de cet enfant la syphilis irradie sur *quatre personnes* préposées à sa garde. — La mère de l'enfant infecte son mari. — Elle devient enceinte et avorte.

Total : *six contaminations* syphilitiques et *mort d'un enfant*. Tel fut le bilan de la contagion importée dans cette famille par une nourrice!

1. Raulin, *Observations de médecine*, 1754.

d'un chancre mammaire (aussi bien du reste que toute femme devenue syphilitique de n'importe quelle façon) est à tout jamais, pour l'avenir aussi bien que pour le présent, *déchue du rôle de nourrice*. A aucun prix, sous aucun prétexte, dans aucune condition, il ne sera permis de confier un nourrisson sain à cette femme, et cela pour la très simple raison qu'elle pourrait l'infecter.

C'est là, vous le pensez bien, un point d'intérêt majeur en administration nourricière. Car il n'est pas rare que des nourrices contaminées se représentent à la Préfecture pour obtenir un nouveau nourrisson, et cela soit immédiatement, c'est-à-dire à peine l'accident initial cicatrisé, soit une ou quelques années après la contamination première. Or, de telles femmes, bien manifestement, ne sont plus utilisables en tant que nourrices d'enfants sains.

En revanche et à un tout autre point de vue, ces nourrices infectées, ces nourrices en puissance de syphilis récente ou ancienne peuvent être essentiellement précieuses pour l'allaitement et l'élevage d'enfants syphilitiques; mais c'est là un sujet tout spécial dont je n'ai pas à m'occuper pour l'instant.

CHANCRE VACCINAL.

Le chancre vaccinal, ou chancre issu de l'inoculation d'un vaccin auquel s'est accidentellement mêlé le contage syphilitique, est un chancre cutané, absolument identique de tous points au chancre cutané de n'importe quelle autre provenance.

Il ne se différencie du chancre cutané d'origine commune qu'à deux points de vue qui ne visent en rien ses caractères essentiels, à savoir :

1° Par sa provenance spéciale, absolument spéciale;

2° Par certaines particularités possibles (mais non constantes) de sa période tout à fait initiale.

De sa provenance, de son étiologie, je ne vous dirai rien, et pour cause : d'abord, parce que cela ne concerne en rien notre sujet actuel, et, en second lieu, parce que j'ai eu l'occasion de vous en entretenir tout au long dans une série d'autres conférences[1].

Quant aux particularités de son histoire clinique, c'est une autre affaire. Celles-ci rentrent dans notre cadre, intéressent essentiellement la pratique et doivent être connues de vous, sous peine d'erreurs faciles à commettre. J'ai donc devoir de vous les signaler en détail, et c'est par elles que j'inaugurerai cet exposé.

I

Alors que la syphilis doit résulter d'une inoculation vaccinale, deux alternatives sont possibles comme mode d'exorde, comme *lever de rideau* (passez-moi l'expression). Ainsi :

1° Il est possible que la *vaccine avorte*, ne se produise pas, et que la syphilis soit la seule conséquence de l'inoculation.

1. V. *Leçons sur a syphilis vaccinale*, recueillies par le Dr P. Portalier, Paris, 1889. — Je renvoie à ce livre pour toutes les indications bibliographiques relatives au sujet qui va suivre.

2° Il est possible que de cette inoculation dérivent à la fois la vaccine et la syphilis.

Voilà deux ordres de cas possibles et, naturellement, très différents comme phénomènes, comme modalité clinique. Envisageons-les tour à tour, en commençant par le plus simple.

I. — *Cas où la syphilis se produit seule, la vaccine faisant défaut.* — Tout d'abord, rien d'étonnant à ce que la vaccine fasse défaut à la suite d'une inoculation mixte (c'est-à-dire contenant à la fois et le vaccin et le contage syphilitique), tout comme elle fait si fréquemment défaut à la suite d'inoculations ne contenant que le vaccin. Il n'est pas à croire, en effet, que le contage syphilitique puisse avoir quelque effet pour modifier les conditions qui rendent un organisme réfractaire à l'action du vaccin.

Et alors, en l'absence de la vaccine, comment vont se passer les choses à la suite d'une inoculation vaccino-syphilitique? Le plus simplement du monde. C'est la syphilis qui se produira *seule,* qui tiendra seule la scène. Et, dans ces conditions, ce qu'on observera comme accidents et comme évolution morbide sera calqué, exactement calqué sur l'ensemble symptomatologique de la contagion syphilitique usuelle, courante, banale, ou bien encore sur celui de l'inoculation syphilitique expérimentale.

C'est-à-dire, pour préciser, que la scène sera la suivante :

1° D'abord, stade d'*incubation,* séparant l'époque où l'inoculation a été pratiquée de celle où vont apparaître les premiers phénomènes morbides ; — et stade d'incubation toujours assez long, oscillant comme

moyenne entre vingt à vingt-cinq jours, mais pouvant s'abaisser à une quinzaine, comme aussi s'élever à six ou sept semaines.

2° Puis, à telle ou telle de ces échéances, apparition *in situ*, c'est-à-dire au niveau d'une ou de plusieurs des piqûres d'inoculation, des premiers rudiments d'une lésion qui sera le *chancre*.

Quelques jours après, début, dans les ganglions correspondant à cette lésion, d'une adénopathie qui sera le *bubon satellite*.

3° Pour un terme de six à sept semaines, absence de tout phénomène nouveau.

4° Finalement, à cette échéance de six à sept semaines au delà de l'éclosion même du chancre, apparition d'accidents multiples et disséminés, constituant ce qu'on appelle l'*explosion secondaire*.

Ce schéma de symptômes et d'évolution résume rigoureusement l'ensemble morbide dans les cas d'inoculation mixte où la vaccine avorte. Mais laissez-moi — la chose en vaut la peine — reprendre la scène en détail et vous en exposer les diverses péripéties, telles qu'on les observe en pratique.

On vient, je suppose, de pratiquer une vaccination avec une lymphe vaccinale que l'on croyait, bien entendu, ne contenir que du vaccin, alors qu'en réalité elle contenait avec le vaccin le contage syphilitique. On s'attend tout naturellement à voir se produire la vaccine.

Or, pas du tout! La vaccine ne se produit pas.

On n'est que médiocrement surpris de ce résultat négatif, et l'on se dit simplement : « Le vaccin n'a pas pris; eh bien, voilà tout! Rien d'extraordinaire à cela; c'est une vaccination à recommencer. »

Puis, trois ou quatre semaines s'écoulent dans un

calme parfait. Rien encore ne se produit, et l'on est bien loin de s'en étonner, car dans l'ordre normal des choses, rien ne doit se produire.

Et c'est alors que, sur une ou plusieurs des piqûres, un travail morbide semble éclore. Apparaît là une rougeur, laquelle presque aussitôt devient légèrement papuleuse. La papule ainsi formée s'accentue, s'accroît, se confirme. Bientôt elle devient humide, excoriative, et se recouvre d'une croûtelle. Puis, tout cela augmente d'importance, jusqu'à constituer un véritable bouton croûteux, étalé, de l'étendue d'une pièce de vingt ou de cinquante centimes.

Alors, soit dit incidemment, savez-vous quelle est l'erreur uniformément commise par les gens du monde, erreur certes bien naturelle? Ce bouton croûteux est invariablement pris par les malades pour « un bouton de *vaccin en retard* ». C'est là textuellement ce que me disait encore, ces derniers temps, un de mes clients qui a été victime d'une inoculation vaccino-syphilitique pratiquée en province. « Lorsque je n'ai rien vu paraître après la revaccination qu'on avait cru devoir pratiquer sur moi, je ne m'en suis pas étonné, et j'ai cru que, si rien ne se produisait, c'était que je n'avais pas besoin d'être revacciné. Puis, quatre à cinq semaines plus tard, lorsque j'ai senti quelque chose se développer sur mon bras, j'ai regardé et j'ai vu là une croûte. Cela m'a surpris, mais je me suis dit : Bah! c'est mon vaccin qui prend, après n'avoir pas voulu prendre; en voilà un vaccin paresseux, un vaccin *retardataire*, etc. »

Hélas! ce n'est pas là un vaccin « retardataire ». C'est là bel et bien un *chancre*, un véritable chancre qui vient d'éclore. C'est là le premier symptôme par lequel se traduit l'infection vaccino-syphilitique.

Et, en effet, tout va se continuer au delà comme dans la syphilis contractée par contagion ou bien comme dans la syphilis d'inoculation expérimentale.

Et, en effet, cette lésion inattendue qui, après quatre à cinq semaines, vient de se produire sur le bras (et que pour l'instant je ne vous décris pas plus amplement, parce que je me réserve d'en reprendre bientôt l'histoire clinique avec détails), cette lésion, dis-je, n'existe pas depuis plus de quelques jours que déjà un ou plusieurs des ganglions de l'aisselle correspondante commencent à se tuméfier. Voilà le *bubon satellite* en voie de développement.

Ainsi donc, d'une part, première étape constituée par l'incubation initiale ; — puis, d'autre part, seconde étape, caractérisée par l'invasion du chancre et du bubon satellite. Tout jusqu'ici, vous le voyez, est identiquement conforme à ce qui se produit dans la syphilis commune, ordinaire. — Mais poursuivons.

Au delà, troisième étape, pendant laquelle rien autre ne se manifeste. Pour six à sept semaines, la papule croûteuse du bras et l'adénopathie axillaire constituent les seuls accidents morbides.

Finalement, quatrième étape, inaugurée vers la septième semaine par l'explosion d'accidents multiples, disséminés, variés, qu'il est impossible de ne pas reconnaître pour des manifestations de syphilis secondaire.

De sorte qu'au total, d'un bout à l'autre de cette évolution, tout se passe exactement comme dans le cas le plus banal de syphilis par contagion ou de syphilis par inoculation. Au lieu du vaccin, on aurait inoculé sur le bras du pus de chancre ou de plaque muqueuse que les résultats n'auraient pas été différents.

Conclusion : Alors qu'on inocule à un sujet sain du vaccin chargé de contage syphilitique, et alors aussi que ce vaccin ne détermine pas d'éruption vaccinale tout en déterminant l'infection syphilitique, les symptômes morbides dérivant de cette inoculation mixte sont *exactement identiques* à ceux de la contagion vulgaire ou de l'inoculation expérimentale de la syphilis. — Voilà un premier ordre de cas réglé. Venons au second.

II. — *Cas où la vaccine et la syphilis dérivent de l'inoculation.* — Ici, naturellement, forcément, les phénomènes doivent être plus complexes, puisque deux maladies vont entrer en évolution.

Or, *a priori,* pouvons-nous avoir quelque idée de ce qui va se produire ? Pouvons-nous préjuger quels phénomènes vont entrer en scène et surtout quelle évolution ils vont affecter ? Oui, car les affections virulentes obéissent généralement à des lois dont il ne leur est permis de s'écarter que dans une faible mesure; et, en l'espèce, les lois qui régissent l'évolution de la vaccine et de la syphilis sont nettement déterminées.

Ainsi, ce que nous savons, c'est que :

1° La vaccine commence son évolution apparente dès le quatrième jour qui suit l'inoculation. Elle n'a guère en moyenne que trois jours d'incubation;

2° La syphilis, au contraire, a une incubation beaucoup plus longue, ne s'abaissant que par exception assez rare au-dessous de trois septénaires.

De là cette déduction nécessaire, à savoir :

Que, les deux maladies ayant été inoculées à la fois, au même instant, par le même coup de lancette, et toutes deux étant appelées à dérouler leurs symptômes propres, *la première qui entrera en scène sera la vac-*

cine, tandis que *la syphilis n'apparaîtra que plus tard*, à échéance plus reculée.

Ce que nous savons encore, d'autre part, et d'une façon non moins cliniquement certaine, c'est que :

1° Toute l'évolution de la vaccine est comprise (à dater du jour de l'inoculation) dans un laps de trois semaines environ. Ainsi, les croûtes terminales de l'éruption tombent en général du vingtième au vingt-cinquième jour, à cela près de légères variations en plus ou en moins.

2° La syphilis, d'autre part, ne commence le plus habituellement son évolution apparente que vers le vingt-cinquième jour qui suit l'inoculation ; — quelquefois un peu plus tôt comme, d'autres fois, un peu plus tard ; mettons, pour parler en chiffres, à échéances oscillant entre le dix-huitième et le trentième jour.

En conséquence, du rapprochement de ces divers chiffres il résulte ceci :

Que, d'une façon générale, la syphilis commencera son évolution apparente alors que la vaccine aura terminé ou sera sur le point de terminer la sienne ;

Et, d'une façon plus explicite, que *deux cas* peuvent se présenter en l'espèce. Ainsi :

1° Si l'évolution de la vaccine a été un peu hâtive ou celle de la syphilis un peu tardive, il devra exister un intervalle de quelques jours entre la disparition des dernières manifestations de la vaccine et l'apparition des premiers accidents de la syphilis.

Supposons, par exemple, que la vaccine ait accompli son évolution le vingt-deuxième jour et que la vérole commence seulement la sienne vers le vingt-huitième jour. Dans ce cas, comme $28 - 22 = 6$, il existera donc un *laps intercalaire* de six jours entre la chute des

croûtes terminales de la vaccine et l'éclosion même du chancre.

2° Au contraire, si la durée de l'éruption vaccinale a quelque peu dépassé ses limites ordinaires, ou bien si l'apparition du premier accident de la vérole est tant soit peu précoce, la vaccine n'aura pas encore accompli toute son évolution alors que la syphilis inaugurera la sienne.

Mettons, par exemple, que la vaccine dure vingt-cinq jours, et que l'éclosion du chancre ait lieu le dix-huitième jour. Comme $25 - 18 = 7$, il y aura donc sept jours pendant lesquels les deux maladies *coexisteront*, seront en scène simultanément, se traduiront simultanément par les symptômes propres à chacune d'elles. C'est-à-dire que, pendant sept jours, les deux maladies, si je puis ainsi parler, feront conjonction, à la façon de deux astres qui se rencontrent et dont les disques se superposent. C'est dans ce dernier cas, forcément, que l'ensemble morbide sera le plus complexe, puisqu'il se composera de deux lésions affectant le même territoire et en quelque sorte (je répète le mot) *superposées*.

Voilà ce que, relativement à l'évolution des phénomènes, nous permet de préjuger la théorie, théorie basée, je ne crains pas de vous l'affirmer à nouveau, non pas sur de simples hypothèses, mais sur des notions cliniques et scientifiques absolument certaines.

Eh bien, ce que préjuge ainsi la théorie, l'expérience le confirme de point en point. Si bien qu'en recherchant d'une façon théorique ce qui devait se passer, je n'ai fait qu'une chose en réalité, à savoir : vous décrire ce qui se passe effectivement, ce que réalise la clinique.

Et, en effet, dans l'étude symptomatologique que nous devons aborder actuellement, nous allons retrouver tous les divers détails de l'évolution morbide que nous venons d'édifier hypothétiquement de toutes pièces.

Spécifions d'abord une distinction nécessaire; car, dans un sujet aussi complexe, force est de diviser et de distinguer pour être clair. Deux ordres de cas se présentent en pratique. Ainsi :

1° Il est possible que des diverses piqûres par lesquelles a été pratiquée l'inoculation vaccinale, ce ne soient pas les mêmes qui déterminent à la fois et la vaccine et le chancre;

2° Il est possible, au contraire, que ce soient les mêmes piqûres d'où dérivent à la fois la vaccine et le chancre.

Examinons chacune de ces éventualités.

I. — Premier ordre de cas. — Six piqûres, je suppose, ont été pratiquées suivant la coutume, trois à chaque bras. Quelques-unes, au nombre de quatre par exemple (comme dans un cas personnel que je prends pour type), fournissent une vaccine régulière qui suit des périodes classiques.

Du vingtième au vingt-cinquième jour, les croûtes des pustules vaccinales se détachent et tombent. Tout est fini, ou du moins tout semble fini. — Cela, *c'est la vaccine*.

Puis, voici qu'une piqûre ou que les deux piqûres qui avaient avorté paraissent entrer en évolution et « vouloir prendre », suivant l'expression des malades. Un bouton se manifeste à leur niveau. Ce bouton s'accroît, s'excorie, devient croûteux, etc. Bref, ce bouton n'est

rien autre qu'un chancre qui vient de faire éclosion et qui va achever de se développer ultérieurement. — Cela, *c'est la vérole*[1].

Ici donc, vous le voyez, les deux évolutions morbides, c'est-à-dire celle de la vaccine et celle du chancre, ne sont pas seulement indépendantes chronologiquement; elles sont de plus indépendantes *comme siège*. Dans les cas de cet ordre, vaccine et chancre évoluent seulement *côte à côte*, au voisinage l'une de l'autre, mais avec des sièges différents. Vaccine et chancre ne sont pas contenus dans le même berceau. L'une est née de telles piqûres et l'autre de telles autres.

II. — Second ordre de cas : Vaccine et chancre issus de la même piqûre.

Deux maladies, dans ce nouvel ordre de choses, vont évoluer au même siège, se succéder, se superposer *in situ*, si je puis ainsi parler. De là, conséquemment et nécessairement, une symptomatologie plus complexe que dans le cas précédent. Quelle va-t-elle être?

Règle invariable, c'est la vaccine qui ouvre la scène. Comme d'usage, elle commence à poindre le quatrième jour.

Cette vaccine suit son cours de la façon la plus normale. Elle ne présente pas la plus légère irrégularité, le moindre caractère insolite qui soit de nature à faire suspecter ce qui se produira au delà. En un mot, elle est ce qu'elle doit être[2]. Si bien que plusieurs fois on y a

1. Telle a été précisément l'évolution des phénomènes dans un cas resté célèbre, dû à mon éminent collègue et ami le Dr Millard.

V. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1865, t. II, 2e série, p. 221; — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1866-67, t. XXXII. p. 1047.

2. Maintenant que le service des vaccinations et des revaccinations

puisé sans défiance, pour y recueillir du vaccin. Aurait-on agi de la sorte, si elle eût offert quelque particularité exceptionnelle, suspecte?

Donc, tout se passe comme d'usage, en tant qu'évolution vaccinale.

Arrive finalement la période de dessiccation des pustules. Et alors, de deux choses l'une :

Ou bien les croûtes tombent à l'échéance usuelle, en laissant leur cicatrice usuelle. Tout semble fini. Puis voici, quelques jours plus tard, que cette cicatrice devient le siège d'un travail morbide nouveau. Elle rougit, s'enflamme visiblement et se transforme en un bouton papuleux, puis excoriatif, puis croûteux. Cette lésion nouvelle s'étend, progresse, s'amplifie. Bref, c'est un *chancre* qui vient de se constituer en ce point.

fonctionne avec régularité dans nos hôpitaux, nous avons chaque semaine sous les yeux des spécimens nombreux de vaccine développée sur des sujets syphilitiques de tout âge, de toute constitution, etc. Or, je ne cesse de remarquer et de faire remarquer à mes élèves que cette vaccine des sujets syphilitiques ne diffère par aucun attribut objectif, non plus que par aucun attribut d'évolution, de la vaccine des sujets sains, et cela même chez des malades en pleine éruption secondaire, même chez des malades affectés de syphilis grave. Elle offre souvent le type le plus accompli, le plus parfait, de la vaccine classique. On y puiserait en toute confiance, mais pour y recueillir la syphilis avec le vaccin.

Cela est d'autant plus essentiel à affirmer que des opinions contraires ont été plus d'une fois imprudemment émises. On a dit *a priori* que « toute association à la vaccine d'un virus étranger se traduisait par une modification correspondante de la vésicule vaccinale ». On a même avancé qu'un sujet syphilitique « est incapable de développer une vésicule vaccinale typique. »! (V. P. Forster, *On vaccino-syphilitic inoculation*, *The American Journal of Syph. and dermatology*, juillet 1870.) Ce sont là des erreurs absolues, actuellement condamnées par l'observation, à ce point qu'il serait superflu, je pense, d'en instituer une réfutation en règle. Les signaler suffira.

Eh bien, *il en est de même*, *exactement*, *pour la vaccine qui prélude à un chancre syphilitique et qui contient le germe syphilitique*. Elle aussi est *normale* d'apparence et ne se distingue en rien de la vaccine la plus innocente.

Ou bien enfin — et avec cette dernière éventualité nous arrivons à une scène clinique qui est le comble de la complexité — les croûtes vaccinales, au moment où elles devraient tomber, où même elles devraient être tombées, ne tombent pas. Elles subsistent *in situ*. Et, d'autre part, à cette époque où les symptômes aigus de la vaccine sont périmés, un processus inflammatoire nouveau semble envahir la région. Une aréole rougeâtre se forme au pourtour de la croûte, qui se soulève et s'épaissit. En un mot, il devient manifeste, au moins pour un œil médical, qu'il se fait là quelque chose de nouveau et d'insolite.

Et, en effet, les jours suivants, la lésion nouvelle s'affirme de plus en plus, non seulement par la persistance et l'élargissement excentrique des croûtes, mais encore par une certaine infiltration rénitente des tissus sous-jacents. Détachez alors l'une de ces croûtes par l'application de quelques cataplasmes, et sous elle vous trouverez une surface dermique excoriative ou ulcéreuse, laquelle n'est autre qu'un *chancre* en voie de développement.

Ainsi donc, le chancre s'est constitué *sous la croûte même de la vaccine*. C'est ce chancre en voie de formation qui a entretenu et consolidé la croûte vaccinale en lui fournissant des matériaux nouveaux d'incrustation. C'est lui qui, de la sorte, a prolongé la durée apparente de la vaccine.

Aussi bien a-t-on vu plus d'une fois, dans les cas de syphilis vaccinale, les malades déclarer spontanément ceci : « qu'ils avaient eu une vaccine *longue*, une vaccine *qui n'en finissait pas*, une vaccine dont les croûtes ne voulaient pas tomber, etc. ». Cette « vaccine longue », cette vaccine prolongée bien au delà de son

terme habituel, ce n'est rien autre que l'évolution mixte où *le chancre vaccinal fait son éclosion sous la dépouille croûteuse de la vaccine.*

D'où il suit que, dans les cas de cet ordre — de tous les plus complexes — l'éclosion du chancre est absolument *larvée* (mot exact ici par excellence), c'est-à-dire masquée par le revêtement croûteux de la vaccine antérieure.

D'où il suit encore qu'à un moment donné les deux maladies qui ont été introduites dans l'organisme par une même piqûre se trouvent en *évolution synchrone*, se trouvent en conjonction. Seulement, l'une d'elles en est à son déclin, à sa terminaison, alors que l'autre commence seulement à poindre. Et ce sont les vestiges ultimes, les débris croûteux de la première qui dissimulent à l'œil l'exorde et le développement originel de la seconde.

Inutile d'ajouter qu'une telle évolution est absolument faite pour dérouter le diagnostic, au moins pendant un certain temps. Et même disons mieux : il est un certain laps de temps où le diagnostic de la lésion naissante, à savoir du chancre vaccinal, est absolument et radicalement *impossible*, et cela en raison de cet enchevêtrement de phénomènes morbides, en raison de cette *superposition*, si je puis ainsi dire, de deux processus pathologiques. Matériellement, le chancre qui naît ainsi sous une croûte vaccinale échappe à la vue. Et ce n'est que plus tard, de par le progrès des lésions locales et surtout de par l'apparition du bubon satellite, qu'il peut être suspecté d'abord, puis affirmé.

Telles sont les diverses variétés d'*évolution initiale* dont est susceptible la syphilis qui succède à l'inoculation vaccino-syphilitique.

Résumons-les en disant :

Le chancre syphilitique qui succède à l'inoculation d'un vaccin contenant le contage syphilitique peut :

Ou bien se développer seul, sans phénomènes d'inoculation vaccinale, le vaccin faisant défaut;

Ou bien se développer avec la vaccine; et toujours alors il est *consécutif* à la vaccine, toujours il lui est postérieur.

Et, dans ce second ordre de cas :

Ou bien il se développe isolément, sur des piqûres qui ont été réfractaires à la vaccine;

Ou bien il se développe sur des piqûres ayant subi l'évolution vaccinale. — Et alors, il entre en scène suivant deux modes : tantôt un peu après la terminaison de la vaccine, c'est-à-dire après la chute des croûtes vaccinales et, conséquemment, *à découvert*, sur une peau libérée de ces croûtes vaccinales; — et tantôt avant la chute de ces croûtes, auquel cas il naît sous elles, d'une façon *latente* et véritablement *larvée*.

II

Cela dit sur l'exorde du chancre vaccinal et les particularités possibles de sa période initiale, il me sera permis d'être bref sur la description de cet accident. Je pourrais même la résumer d'un mot, en me bornant à vous dire : « Le chancre vaccinal est un chancre *cutané*, et rien autre ». Il répond en effet de tous points au type du chancre de la peau que déjà vous connaissez amplement par ce qui précède. Cependant,

vu l'importance pratique qui se rattache à ce chancre spécial, j'ai devoir de vous parler avec quelques détails de sa caractéristique objective.

Le chancre vaccinal (celui, bien entendu, qui se développe isolément, j'entends sans concomitance d'éruption vaccinale), débute presque toujours par un *bouton papuleux*, originairement sec, qui ne tarde pas à s'excorier, à devenir humide, puis à se couvrir d'une croûte.

Ce bouton, d'abord minime, s'élargit en s'étalant, en formant un petit plateau légèrement surélevé, ce qu'on appelle en langage technique une « papule plate ». Progressivement il devient comparable, comme étendue, à une lentille, à une pièce de vingt centimes, à une pièce de cinquante centimes, quelquefois même, mais plus rarement, à une pièce d'un franc.

A sa période adulte et dans son type normal, il se présente sous l'aspect d'une *lésion croûteuse*, à croûte solide, compacte, régulière de contour et le plus souvent même circulaire, de couleur brun foncé, quelquefois avec reflets verdâtres.

Cette croûte n'est qu'un masque sur la lésion. Car la lésion vraie est au-dessous d'elle, et consiste en une *plaie* du derme, plaie tantôt simplement excoriative et superficielle, tantôt un peu creuse. Cette plaie, c'est le chancre vaccinal.

Ce chancre présente comme caractères : une forme généralement arrondie; — une circonférence nettement délimitée; — des bords à peine saillants, non pas taillés à pic, comme on le dit trop souvent, mais se raccordant au contraire en pente douce avec le fond de la plaie; — un fond lisse, uni, grisâtre par places et rouge sur d'autres points; — enfin, une base dure, offrant au palper une induration spéciale, et spéciale par

ce double attribut : 1° d'être exactement circonscrite à la base même de la lésion, sans diffuser par transition graduelle dans les tissus voisins; — 2° de se caractériser sous le doigt par une résistance sèche, élastique, parcheminée, très différente comme sensation soit de l'empâtement œdémateux, soit de l'engorgement inflammatoire. Bref, c'est l'induration chancreuse typique que l'on sent sous la base de cette lésion, avec tous les attributs classiques qu'on lui connaît.

Ainsi constitué, le chancre vaccinal persiste un temps assez long sans modifications bien apparentes. Quelquefois la croûte s'en sépare, détachée qu'elle est par les frottements ou par une cause accidentelle quelconque; mais elle ne tarde pas à être remplacée par une croûte de formation nouvelle.

Puis, après quatre à six semaines comme moyenne la plus habituelle, un travail de réparation se produit sous la croûte. Celle-ci tombe, en laissant à nu une surface cicatricielle rougeâtre, d'un brun pigmenté.

A ce moment il est encore facile de sentir sous la cicatrice une induration lamelleuse plus ou moins accentuée, qui va en s'atténuant peu à peu et disparaît progressivement.

Reste finalement, comme dernier vestige de la lésion, une macule pigmentée qui ne se décolore qu'assez lentement.

Variétés. — Il n'est pas rare qu'au lieu de consister en une érosion superficielle et plate (type le plus habituel du chancre syphilitique), le chancre vaccinal se présente sous la forme d'une *ulcération* véritable, laquelle entame réellement les tissus et creuse le derme

dans une certaine épaisseur, en fournissant une suppuration assez abondante[1].

On trouve même en quelques observations le chancre vaccinal représenté comme un « chancre à tendance phagédénique », voire comme un « chancre phagédénique ». De tels qualificatifs sont exagérés, je crois. En tout cas, ils ne semblent pas justifiés par le détail des faits où ces prétendues complications se trouvent signalées. On voit bien qu'en certains cas le chancre vaccinal s'est élargi ou creusé, voire élargi et creusé à la fois, au delà et bien au delà de ce qui est habituel. Mais je ne sache pas que jamais il ait pris les caractères menaçants soit d'une ulcération térébrante, soit d'une ulcération serpigineuse, de façon à réaliser ce que produit le véritable phagédénisme.

D'autre part, il n'est pas rare non plus que le chancre vaccinal dépasse la *durée* usuelle du chancre syphilitique. Comme règle habituelle, nous sommes accoutumés à voir se cicatriser le chancre de contagion, même abandonné à sa marche naturelle, dans l'espace de quelques semaines, d'un mois à un mois et demi, deux mois au maximum. Or, le chancre vaccinal se prolonge assez souvent au delà de cette moyenne. On l'a même vu persister trois et quatre mois[2].

1. V., comme exemples, deux cas de syphilis vaccinale qui ont été relatés par le Dr J. Lecoq (*Gazette des hôpit.*, 1859, p. 598). — Dans ces deux cas, les chancres vaccinaux se présentaient sous la forme d'ulcérations *comprenant toute l'épaisseur du derme, larges comme des pièces de deux francs, à bords taillés à pic et de coloration violacée*. C'étaient, dit l'auteur, des ulcérations *de mauvaise nature, très douloureuses*, se recouvrant du jour au lendemain d'une croûte brune qui emprisonnait un pus ichoreux et sanguinolent. Elles furent très rebelles et ne se cicatrisèrent qu'au bout d'un mois et demi.

2. Comme dans l'épidémie de Torre de Busi, qui a été rapportée par le Dr Adelasio.

« ... Ce fut devant la persistance de ces ulcérations (qui n'étaient

Cette longue durée, non moins que la tendance ulcérative dont je parlais tout à l'heure, trouve le plus souvent ses raisons dans certaines conditions propres aux sujets affectés, telles notamment que les suivantes, signalées dans une foule d'observations : jeune âge, voire tout jeune âge ; — défaut de résistance vitale, débilité native ; — état chétif, étiolé, athrepsique, de certains nourrissons ; — défaut de soins et d'hygiène, misère, etc.... Car, alors qu'il se produit dans des conditions précisément opposées, alors qu'il est reconnu et traité de bonne heure, le chancre vaccinal se présente à la façon de tout chancre cutané, n'offre aucune tendance à des formes malignes, et se répare hâtivement.

Adénopathie. — Le chancre vaccinal, siégeant presque invariablement à la région deltoïdienne, fait son bubon dans les ganglions axillaires.

Ce bubon présente les caractères usuels de l'adénopathie satellite. Rien de spécial à en dire.

Diagnostic. — I. — Le chancre vaccinal est d'un diagnostic facile, au moins pour la grande majorité des cas. Si on l'a méconnu jusqu'à une époque qui n'est pas très éloignée de la nôtre, c'est que, positivement, on *n'osait pas* le reconnaître, c'est qu'on le considérait « au nom des principes » comme une « impossibilité clinique ». Il fut un temps, en effet, où la vaccine était proclamée « une vierge immaculée et immaculable, non susceptible d'être souillée par aucun mélange, conservant toujours et quand même sa pureté et son

autres que des chancres vaccinaux), *dont la guérison, abandonnée à elle-même, n'arriva qu'au bout de deux, trois et quatre mois*, que les mères comprirent enfin que quelque chose d'insolite se passait là. »

autonomie, incapable de transmettre quoi que ce soit d'autre que la vaccine, etc.[1]... » Et l'Académie de médecine elle-même, en 1830, dans une circulaire à ses médecins départementaux, confirmait et consacrait ces dangereuses croyances, dont elle se faisait ainsi complice!

Aujourd'hui de telles superstitions n'existent plus qu'à l'état de souvenirs historiques. On *ose* donc diagnostiquer le chancre vaccinal à l'instar de tout autre, et même on le diagnostique plus aisément que bien d'autres; car, je le répète, il s'atteste généralement par un ensemble de caractères qui laisse peu de prise à l'erreur, à savoir :

1° Physionomie objective. qui est par excellence celle du chancre cutané, sous forme d'une lésion bien cir-

1. On pourrait croire que j'exagère; quelques citations ne seront donc pas superflues.

« Le vaccin est toujours *sui generis*; il se renouvelle indépendamment des circonstances maladives de l'individu sur lequel il est inoculé. Je l'ai développé sur des sujets dartreux, *vénériens*, galeux; je l'ai repris sur ceux-là pour l'inoculer à des sujets parfaitement sains, et je n'ai pas reconnu qu'il ait produit sur eux le plus léger symptôme d'affection dartreuse, *syphilitique* ou psorique. » (Husson, *Recherches historiques et médicales sur la vaccine*, 1803, 3e édit., p. 326.)

« On a pris nombre de fois, par ignorance, et quelquefois à dessein, du vaccin sur des enfants atteints de syphilis. Qu'est-il arrivé? Le vaccin s'est toujours reproduit *dans toute sa pureté* et sans causer aucun accident qui pût faire soupçonner la source impure où on l'avait puisé.

« Qu'on se persuade donc bien que, de la même manière que le virus de la rage ne peut donner que la rage, le virus de la syphilis la syphilis, etc., de même aussi le virus vaccin ne saurait communiquer que la vaccination toute seule, sans complication, sans mélange d'aucune espèce. (Bousquet, *Traité de la vaccine*, 1833, p. 86.)

« ... Il en est du virus vaccinal comme de tous les autres virus, il ne s'associe jamais aux vices constitutionnels de l'individu. — La pustule vaccinale est uniquement le produit du virus vaccinal. C'est une production morbide qui ne dépend que de ce produit seul. Il serait tout aussi absurde de croire qu'en inoculant la lymphe vaccinale prise d'un syphilitique on donnerait la syphilis à l'inoculé, qu'il le serait de prétendre qu'en inoculant le pus d'un chancre d'un individu qui aurait en ce

conscrite, petite ou tout au plus moyenne, arrondie, à revêtement croûteux, et à croûte compacte, brunâtre, foncée, etc.;

2° Induration de base, facilement accessible et généralement bien formulée;

3° Adénopathie, comportant les attributs du bubon satellite;

4° Évolution non moins significative : entrée en scène trois ou quatre semaines après l'inoculation vaccinale; — croissance rapide; — apogée de développement dès la fin du second septénaire; etc.

Sans parler même des renseignements indirects qui peuvent dériver de l'état de santé du vaccinifère, d'ac-

moment de belles pustules vaccinales, on pourrait donner la vaccine à l'individu inoculé. » (Steinbrenner, *Traité de la vaccine*, 1846.)

« Un grand nombre d'enfants atteints de gale, de scarlatine, de rougeole, de varicelle, de varioloïde, de variole, ont fourni un vaccin qui n'a jamais communiqué aucune de ces maladies contagieuses. Il en a été de même pour le vaccin pris sur des sujets atteints de rachitis, de scrofules, de *syphilis*, etc... ». Guersant et Blache, art. *Vaccine* du Dictionn. de méd., t. XXX, p. 414, 1846.)

« Je ne pense pas que la pustule vaccinale puisse contenir, outre le liquide qui lui est propre, le germe ou le principe générateur d'une autre maladie, comme la *syphilis*. » (Chomel.)

« ... Une syphilis issue directement ou indirectement de la vaccine parait quelque chose d'inouï et de *monstrueux*; cela choque le bon sens et les notions les plus élémentaires de la pathologie.... Il y a dans toutes les sciences des règles, des *principes*.... Or, un des principes les mieux établis en matière de contagion, c'est que les virus nés de semences se perpétuent par génération. Il n'y a pour eux ni promiscuité, ni croisement. Chacun a sa constitution qui lui est propre, sa nature, son individualité.... Je tiens ces principes pour vrais, pour certains; et c'est en leur nom que je déclare sinon impossible, du moins très invraisemblable, la transmission de la syphilis par la vaccine.... On parle de faits d'inoculation de la syphilis à l'occasion de la vaccine. Comment dire à un observateur que ce qu'il assure avoir vu, il ne l'a pas vu? Tout le monde n'a pas la finesse d'esprit de Fontenelle, répondant à une personne qui lui racontait les choses les plus incroyables : Puisque vous le dites, je le crois; si je l'avais vu, j'en douterais. » (Bousquet, *Bulletin de l'Académie impériale de médecine*, séance du 7 mars 1865.)

cidents de même ordre chez d'autres sujets inoculés avec le même vaccin, etc.

II. — Aussi bien, au point de vue du diagnostic différentiel, n'est-il qu'un type morbide à mettre en parallèle avec le chancre vaccinal ; c'est la *vaccine ulcéreuse*, dite encore quelquefois vaccine chancriforme.

La vaccine ulcéreuse, c'est, vous le savez, la vaccine modifiée de caractère et d'aspect, dégénérée en une lésion ulcérative plus ou moins étendue et plus ou moins creuse, creuse à ce point quelquefois qu'elle constitue une réelle entaillure ou, pour parler le langage expressif des malades, un « *trou* » dans le bras. Elle peut même également devenir assez large pour qu'en certains cas on l'ait qualifiée (non sans quelque exagération, à la vérité) de phagédénique.

Certes je n'ai pas à vous décrire ici cette vaccine ulcéreuse. Toutefois il ne sera pas déplacé que je vous en dise quelques mots, étant données les alarmes, les *terreurs* qu'elle peut jeter dans les familles ou dans l'esprit des médecins, alors (ce qui n'est pas rare) qu'elle vient à être confondue avec la syphilis vaccinale.

1. — Comme étiologie, d'abord, notons ces quelques points :

La vaccine ulcéreuse s'observe plus souvent à la suite de la vaccination pratiquée avec le cow-pox qu'à la suite de l'inoculation du vaccin humain ;

On la rencontre de préférence :

1° Chez les tout jeunes enfants, qui ont été vaccinés de trop bonne heure ;

2° Chez les enfants chétifs, malingres, débiles, de constitution lymphatique, scrofuleuse ;

3° Dans les milieux hospitaliers.

Si parfois elle succède bien manifestement à diverses irritations locales (telles que défaut de propreté, absence de pansement, frottements contre des linges rudes et malpropres, etc.), on la voit aussi, pour bon nombre de cas, se développer en dehors de toute cause directement provocatrice.

II. — Au point de vue clinique, elle se présente sous forme d'*ulcérations* véritables, qui succèdent aux piqûres vaccinales et à toutes les piqûres généralement. Ce sont des ulcérations qui creusent le derme bien au delà des limites qu'atteignent les pustules ordinaires ; elles peuvent même, dépassant le derme, intéresser le tissu cellulo-adipeux, s'excaver *en entonnoir*, devenir térébrantes, et mesurer ainsi 3, 4, 5 millimètres et plus en profondeur.

Comme étendue, ces ulcérations affectent en moyenne le diamètre d'une pièce de cinquante centimes.

Elles sont remarquables par des bords élevés, comprenant toute la hauteur du derme, nettement entaillés, souvent même verticaux et *à pic*, rappelant assez bien d'aspect ceux du chancre simple[1].

Leur fond est anfractueux, inégal, de mauvais aspect,

1. A ce point de vue comme à tant d'autres, la vaccine ulcéreuse rappelle bien plutôt le chancre simple que le chancre syphilitique. Elle se différencie de ce dernier par de nombreux caractères, comme on le verra par ce qui va suivre ; tandis qu'elle se rapproche du chancre simple par des analogies objectives et par des analogies d'évolution vraiment étonnantes. Elle s'en rapproche comme physionomie générale ; elle s'en rapproche par ses ulcérations creuses, profondes, térébrantes, par ses bords à entaillure abrupte, par son fond de mauvais aspect, par sa suppuration abondante, par sa tendance extensive, par ses complications de caractère inflammatoire ou malin, voire encore par son mode de retentissement sur les ganglions.

Aussi bien la dénomination de vaccine *chancriforme* est-elle éminemment critiquable. J'accorde que, dans le langage courant, elle soit employée comme synonyme de vaccine ulcéreuse, c'est-à-dire de vaccine simulant le chancre *simple* en raison même de son caractère ulcératif.

de couleur grise, jaune blafard ou jaunâtre ; — quelquefois même il est pultacé, diphthéroïde, ou bien encore gangréniforme, sphacélique par places.

Elles reposent sur des tissus plus ou moins engorgés, tendus, rénitents, voire *durs* quelquefois, mais d'une dureté inflammatoire, d'une dureté d'empâtement phlegmoneux, très différente donc (notons ce caractère au passage) de la véritable induration chancreuse.

Elles sont entourées d'une aréole violemment inflammatoire, rouge, largement étalée, souvent même très étendue, jusqu'au point d'envahir une portion de la circonférence du bras, la moitié du bras et une bonne partie de l'épaule.

Elles peuvent enfin s'accompagner de phénomènes inflammatoires du côté des ganglions axillaires, qui augmentent de volume, perdent leur mobilité et deviennent douloureux.

Tel est, sommairement esquissé, le tableau de la vaccine ulcéreuse, sans parler de diverses complications qui peuvent s'y ajouter, telles que : angéioleucite, érysipèle ou pseudo-érysipèle de voisinage, phlegmon, abcès, voire sphacèle plus ou moins étendu, accidents fébriles, quelquefois même état typhoïde, etc.

Eh bien, cette vaccine ulcéreuse, en raison même

Mais cette acception, pour être conventionnelle, n'est pas obligatoire; car, de par le sens étymologique, le mot *chancriforme* implique tout aussi bien une ressemblance avec le chancre syphilitique qu'avec le chancre simple. Or, je le répète, c'est au chancre simple seulement et non au chancre syphilitique que ressemble objectivement la vaccine ulcéreuse.

Le terme de vaccine *chancrelliforme* répondrait bien mieux à l'idée qu'il s'agit de traduire ici. Mais le mot de *chancrelle*, en tant que synonyme de chancre simple, n'a fait qu'une fortune médiocre et n'est guère usité dans la langue médicale. En sorte qu'au total la dénomination de vaccine *ulcéreuse* est celle qui me paraît préférable à toute autre.

des ulcérations qu'elle détermine, a été maintes fois l'occasion d'erreurs diagnostiques. Maintes fois des ulcérations de cet ordre ont été rapportées à la syphilis[1]. J'aurais, pour ma seule part, à vous citer plus d'une demi-douzaine de cas où de telles lésions ont jeté l'alarme dans les familles, parce qu'on les avait indûment considérées comme des « chancres », comme des « accidents initiaux de syphilis vaccinale ». Je me souviens encore de l'anxiété d'un jeune médecin venant nous amener ici, il y a quelques années, un petit enfant auquel il croyait avoir inoculé la syphilis par le vaccin, s'en accusant par avance, en exprimant les plus amers regrets, et nous montrant sur le bras de l'enfant la lésion que voici reproduite par ce beau moulage, œuvre de l'artiste éminent à qui nous devons le musée de Saint-Louis[2]. Eh bien, cette lésion n'était rien autre qu'une vaccine ulcéreuse.

Jugez par là de l'intérêt qui s'attache au diagnostic différentiel à instituer entre cette vaccine ulcéreuse et le véritable chancre syphilitique.

Voyons donc tout aussitôt quels sont les signes dont nous disposons pour établir ce diagnostic.

1. V. Discussion à l'Acad. de médecine, séance du 21 nov. 1876. — Les observations de cet ordre, où des accidents de vaccine ulcéreuse ont éveillé le soupçon d'une contamination syphilitique, sont extrêmement nombreuses dans la science, à ce point qu'il serait superflu, je pense, d'en citer de nouveaux spécimens.

2. V. pièce n° 401, musée de l'hôpital Saint-Louis, collection particulière. — On trouvera reproduite *in extenso* l'observation de ce cas curieux dans la thèse du Dr E. Corbeau (*De la vaccine ulcéreuse*, Thèses de Paris, 1878).

Rapprocher de cette observation un cas semblable, dû à M. Alph. Guérin et présenté par lui à l'Académie de médecine (séance du 21 novembre 1876). — Cette lésion de vaccine chancriforme a été également reproduite par M. Barretta (V., au musée de l'hôpital Saint-Louis, la pièce portant le n° 422, Coll. génér.).

Nombre de considérations concourent à la solution du problème. Ainsi je pourrais vous dire, par exemple :

1° Que les accidents ulcéreux de la vaccine affectent généralement tous les boutons d'une vaccination, tandis que le chancre ne se produit guère que sur une ou quelques-unes des piqûres[1].

2° Que le chancre vaccinal se présente presque invariablement sous l'aspect d'une lésion croûteuse (chancre dit ecthymateux ou croûteux); — tandis que la vaccine ulcéreuse, en raison même de sa suppuration abondante, reste à l'état de lésion ulcérative. Elle suppure trop pour former croûte.

3° Que la vaccine ulcéreuse se caractérise par une ulcération tout à la fois creuse, large, et vivement inflammatoire; — tandis que le chancre vaccinal consiste presque toujours en une lésion moins creuse, moins étendue en surface, et relativement aphlegmasique; — donc, comme conséquence, que plus une lésion vaccinale se présente avec les allures d'une ulcération de mauvais aspect, de caractère menaçant et malin, plus il y a de chances pour que cette lésion ne soit pas un chancre.

1. Comme détail descriptif, notons que parfois les diverses ulcérations qui se produisent sur chacune des piqûres vaccinales aboutissent, en s'élargissant, à se rencontrer, à se réunir, à se fusionner. Si bien, que deux ou trois de ces ulcérations peuvent, à un moment donné, n'en plus former qu'une seule, de dimensions alors très étendues.

Il n'est pas rare que cette fusion s'atteste par un graphique de contour tout particulier. C'est ainsi qu'on a vu des ulcérations constituées de la sorte par la coalescence de trois ulcérations originelles affecter une *forme triangulaire*, laquelle, au premier abord, semble des plus extraordinaires, mais, en réalité, résulte d'un fait tout naturel.

Sur un de mes malades, une lésion de cet ordre a représenté exactement, pendant quelques jours, un *trèfle de carte à jouer*; plus tard, elle s'est arrondie irrégulièrement, mais en conservant toujours un reste d'apparence *trifoliée*, qui vraiment aurait pu donner le change pour une syphilide tertiaire.

4° Que le chancre syphilitique s'accompagne fatalement d'une adénopathie axillaire à ganglions indolents, durs, aphlegmasiques; — tandis que la vaccine ulcéreuse, tout au contraire, ou bien ne retentit pas sur le système lymphatique, ou bien y détermine un bubon inflammatoire, à ganglions plus ou moins volumineux, empâtés, tendus, douloureux, etc., etc.

Mais je me borne à vous signaler ces divers signes, parce que j'en ai un bien meilleur à produire, et celui-ci de nature à dispenser de tout autre, en faisant le diagnostic à lui seul.

Ce signe est emprunté à l'*évolution morbide*. Il ressort de la chronologie pathologique; et, à ce titre, il est plus que facile à déterminer. Jugez-en.

A quel terme, à quel âge de la vaccine se produit la complication dite vaccine ulcéreuse?

Du douzième au quinzième jour, en moyenne; — quelquefois un peu plus tôt; — rarement plus tard. Mais supposons même, pour n'avoir pas à chicaner sur les chiffres, qu'elle ne fasse invasion que du quinzième au vingtième jour.

Or, à pareille époque, c'est-à-dire à échéance de douze, quinze, vingt jours après la vaccination, qu'est-ce que le chancre vaccinal? Où en est, à pareil terme, le chancre vaccinal?

Réponse catégorique : A échéance de douze à quinze jours, ce chancre *n'est même pas né;* il est encore à naître.

A échéance de vingt jours, ou bien il n'est pas encore éclos; — ou bien, s'il est éclos, il est encore *embryonnaire*, rudimentaire, minime.

Donc, un chancre syphilitique, à le supposer même de mauvaise nature, ne pourrait guère se présenter avec

l'étendue, le développement et la physionomie de la vaccine ulcéreuse que trente à quarante jours au delà de l'époque de la vaccination.

Voyez quelle opposition de chiffres, voyez quelle différence chronologique d'évolution entre le chancre et la vaccine ulcéreuse.

Ainsi, à l'époque où la vaccine ulcéreuse bat son plein (passez-moi l'expression), le chancre ou bien n'existe pas encore, ou bien ne fait que de naître.

De sorte qu'en l'espèce le diagnostic est *affaire de chiffres*, dirai-je, et comporte la rigueur d'une évaluation arithmétique.

Exemple, que j'emprunterai à l'un des cas dont je vous parlais précédemment.

Un tout jeune enfant m'est présenté par ses parents littéralement éplorés. « Il est atteint, me disent-ils, d'un mauvais mal, la syphilis peut-être, et cela consécutivement à une vaccination récente. Trois *chancres* larges et creux se sont produits sur l'un de ses bras, et l'un d'eux est déjà grand comme une pièce d'un franc, bien que la vaccination ne remonte pas à plus de dix-sept jours. » — *Dix-sept jours!* De par ce chiffre seul j'étais déjà fixé. Si bien qu'avant même de procéder à l'examen du bras, je rassurai les parents en leur disant : « Je ne sais ce que je vais avoir a constater sur le bras de votre enfant ; mais, à coup sûr, ce n'est pas et ce ne peut être une syphilis vaccinale. Car, à dix-sept jours de date d'une vaccination, il ne saurait exister de chancre vaccinal, encore bien moins de chancre vaccinal large comme une pièce d'un franc. » Et, en effet, il ne s'agissait que d'une vaccine à déviation ulcéreuse, ce que d'ailleurs l'évolution ultérieure confirma absolument.

De même pour le jeune enfant qui fut amené ici

par l'un de nos confrères et dont je vous parlais tout à l'heure[1]. Cet enfant présentait des ulcérations creuses, térébrantes même, et larges comme une pièce de cinquante centimes, alors que la vaccination datait seulement de *treize* jours. Aussi bien, même avant tout examen, avions-nous récusé comme *impossible* (impossible, entendez bien le mot, Messieurs) le caractère syphilitique et l'origine vaccino-syphilitique de ces lésions. Et nous avions deviné juste; car, dans ce cas encore, il ne s'agissait que d'une vaccine ulcéreuse.

Donc, je le répète, l'évolution est absolument significative en l'espèce, et le diagnostic se fait *de par l'évolution*. — Ce qui n'empêche, bien entendu, qu'au besoin on ne puisse recourir à la considération des signes cliniques, et que ce recours même ne s'impose alors qu'on est consulté plus tardivement, c'est-à-dire à une époque où le chancre pourrait s'être constitué.

En tout cas, rappelons-nous bien ceci : c'est que, dans l'ordre de faits dont il vient d'être question, les erreurs diagnostiques sont presque toujours commises parce qu'on méconnaît les lois d'évolution de la syphilis, parce qu'on oublie que l'incubation de la syphilis ne s'abaisse jamais assez pour déterminer un chancre et surtout un chancre adulte à la période où la vaccine ulcéreuse inaugure ses ulcérations chancriformes. Donc, en l'espèce, tenir compte de la chronologie morbide et de l'*échéance* des accidents, voilà le plus sûr moyen de se mettre en garde contre la possibilité d'une regrettable méprise.

Le tableau suivant vous présentera groupés et résumés les éléments principaux du diagnostic différentiel que nous venons d'étudier.

1. V. p. 433.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA VACCINE ULCÉREUSE ET DU CHANCRE VACCINAL.

VACCINE ULCÉREUSE.	CHANCRE VACCINAL.
I. — Signes d'évolution.	
I. Invasion du *douzième au quinzième jour* après la vaccination.	I. Invasion se faisant en général *au delà de la troisième semaine* après la vaccination, jamais avant le quinzième jour.
II. Lésion déjà pleinement constituée dès le vingtième jour après la vaccination.	II. A échéance de vingt jours après la vaccination, le chancre ou bien est encore à *naître*, ou bien ne fait que d'éclore, et est encore *petit*, rudimentaire.
II. — Signes cliniques.	
I. Affecte généralement *toutes les pustules* d'une vaccination.	I. Ne se développe guère que sur quelques-unes des pustules vaccinales, parfois même sur une seule. Souvent même se produit sans être précédé de pustules vaccinales.
II. Physionomie générale : celle d'une *lésion ulcéreuse et vivement inflammatoire.* Au détail :	II. Physionomie générale : celle d'une *lésion croûteuse, habituellement aphlegmasique.* Au détail :
III. Lésion *ulcéreuse*, excavée, térébrante, trop profonde pour donner l'idée d'un chancre syphilitique.	III. Lésion soit simplement excoriative, soit ulcéreuse, mais bien *moins creuse* (sauf exceptions rares) que la vaccine ulcéreuse.
IV. *Suppuration abondante*, trop abondante pour se dessécher en croûte.	IV. Lésion presque constamment *croûteuse.*

V. Bords nettement *entaillés*, quelquefois à pic, rappelant ceux du chancre simple.	V. Bords non entaillés, peu élevés, jamais à pic, se raccordant en pente douce avec le fond de la lésion.
VI. Fond anfractueux, inégal, de mauvais aspect, quelquefois pultacé ou sphacélique.	VI. Fond lisse, uni.
VII. Base dure, mais d'une *dureté inflammatoire*, empâtée, œdémateuse.	VII. Base présentant une *induration spéciale* ; — spéciale par sa circonscription ; — et spéciale surtout par sa rénitence sèche, élastique, parcheminée (induration chancreuse proprement dite).
VIII. *Aréole très accentuée*, inflammatoire, rouge, pseudo-érysipélateuse, quelquefois très étendue.	VIII. Aréole minime relativement, moins inflammatoire, très souvent inappréciable.
IX. Ou bien nul retentissement ganglionnaire ; — ou bien adénopathie de caractère inflammatoire.	IX. *Adénopathie constante* ; — et adénopathie *spéciale*, à ganglions aphlegmasiques, indolents et durs.
X. Complications fréquentes : angéioleucite, phlegmon, érysipèle, accidents fébriles, etc.	X. Complications très rares.

III

La syphilis issue du chancre vaccinal a mauvais renom, et il faut convenir qu'au premier abord sa triste réputation paraît bien méritée.

Parcourez, en effet, les nombreuses observations de syphilis vaccinale contenues dans les annales de la science, lisez surtout les récits navrants de ces fameuses épidémies de syphilis vaccinale qui se sont produites en diverses régions (notamment en Italie, dans le Mor-

bihan, en Amérique, etc., etc.[1]), et vous serez frappés d'un fait majeur entre tous, à savoir : la *mortalité* singulière des sujets infectés de syphilis par le vaccin.

Certes, on n'est point habitué à voir intervenir la mort dans les premières périodes de la syphilis. Eh bien, non seulement la syphilis vaccinale *tue,* mais elle tue quelquefois à brève échéance. Exemples :

Dans l'épidémie de Rivalta, on ne compta pas moins de sept morts[2].

L'épidémie de Crémone, rapportée par Cérioli, se jugea par dix morts (huit enfants et deux femmes[3]).

Dans un autre fait, rapporté par le même observateur, on enregistra jusqu'à *dix-neuf morts*[4]! Et ainsi de suite.

1. Duncan Bulkley n'a pas relevé moins de TRENTE épidémies de syphilis vaccinale s'étant produites de 1814 à 1892. Encore bon nombre lui ont-elles échappé forcément, pour avoir été tenues *secrètes.* Ainsi, pour ma seule part, j'aurais à en citer trois restées inédites, deux ayant sévi dans l'armée, et la troisième dans une ville de province.

Il est vrai que quelques-unes de ces épidémies se sont bornées à un petit nombre d'infections (5, 7, 8, 10 par exemple). Mais la plupart ont été bien autrement désastreuses. Ainsi, quelques-unes ont produit un nombre de victimes s'élevant à 19, 21, 23, 35, 40, 44, 46, 52, 53, 58, 66, 72, 80, 80, 80, 100, 150, « des centaines » dans l'épidémie de Fort Smith, en 1863, « des centaines » encore dans l'armée américaine en 1873. (V. Duncan Bulkley, *Syphilis in the Innocent.*)

Aussi bien peut-on dire que la syphilis vaccinale constitue une page des plus tristes dans l'histoire de la médecine.

2. A savoir : Sept enfants directement infectés, morts trois ou quatre mois après l'époque de leur contamination.

3. Huit enfants infectés directement, et deux femmes contaminées par ricochet.

4. Dix-neuf enfants infectés directement.

A ces exemples il serait facile d'en ajouter un certain nombre d'autres, car presque toutes les épidémies de syphilis vaccinale (toutes celles du moins où la nature du mal n'a été reconnue que tardivement) sont plus ou moins fécondes en cas mortels.

Ainsi :

A Torre de Busi, où des mois s'écoulèrent avant que la lumière fût faite sur la véritable nature du fléau qui sévit sur les vaccinés et sur les

De tels chiffres ne réclament aucun commentaire, n'est-il pas vrai ?

D'autre part, la syphilis vaccinale nous apparaît, pour un certain nombre de cas, singulièrement féconde (et cela même chez l'adulte) en accidents consécutifs d'une haute gravité. Jugez-en par le seul fait suivant.

Dans une petite ville de province, un enfant syphilitique (qui devait mourir bientôt des suites de sa maladie) sert de vaccinifère pour cinq personnes. Toutes contractent la syphilis du vaccin de cet enfant, et voici le résumé très sommaire de leur histoire.

La première est affectée, trois ans après l'infection vaccinale, d'une nécrose de la mâchoire supérieure, puis, quelques années plus tard, d'une affection rénale très vraisemblablement spécifique, qui se termine par la mort.

Une seconde est prise d'accidents cérébraux incontestablement syphilitiques, auxquels elle succombe.

Trois autres, composant une famille (grand'mère, mère et enfant), paient leur tribut à la maladie de la façon suivante : La grand'mère, par une syphilis grave, maligne, qui l'emporte rapidement ; — et la mère, par une syphilis cérébrale qui aboutit à la mort. — Seul, l'enfant est sauvé, grâce à un traitement énergique.

C'est-à-dire, au total, *quatre morts sur cinq personnes affectées de syphilis vaccinale*[1] !

Ces faits et quelques autres analogues que je pourrais

personnes de leur famille ou de leur entourage, trois enfants, trois nouveau-nés, infectés directement, succombèrent dans les huit ou neuf mois qui suivirent le jour de leur contamination. Un autre enfant (un de ceux qui furent infectés par ricochet) mourut également au bout de peu de temps.

De même, à Lupara, plusieurs des enfants infectés avaient déjà succombé avant que la maladie fût reconnue et le traitement institué.

1. Observation personnelle.

produire ne laissent pas que de surprendre et d'effrayer.

De sorte qu'au premier abord, je le répète, on est tenté de se demander si la syphilis issue du chancre vaccinal ne comporte pas une gravité particulière, n'est pas entachée d'une *malignité* insolite, toute spéciale.

Toutefois un examen plus approfondi des faits en question ne tarde pas à redresser cette impression première. Et, quand on se met à étudier de près les diverses épidémies ou les divers cas sporadiques de syphilis vaccinale, on est bientôt ramené à une idée que je crois plus juste relativement au véritable pronostic de la maladie. On acquiert alors la conviction que la syphilis vaccinale doit sa gravité non pas à sa qualité même de syphilis vaccinale, non pas à son origine particulière, mais aux conditions spéciales dans lesquelles elle est appelée le plus souvent à se produire et à évoluer.

Quelles sont donc ces conditions? Il en est au moins deux principales qui ressortent aussitôt de l'analyse des faits, à savoir :

1° *Jeune âge*, *tout jeune âge* des sujets qu'affecte le plus souvent cet ordre de syphilis.

Chacun sait que la syphilis, même acquise, est particulièrement grave chez les enfants et plus grave encore chez les nouveau-nés. Sans doute elle est bien moins redoutable que la syphilis héréditaire; mais elle ne laisse pas que d'entraîner un pronostic des plus sérieux en maintes occasions. Il n'est pas rare, par exemple, de voir mourir (et cela du seul fait de la syphilis) des nourrissons infectés par leurs nourrices.

Donc, rien d'étonnant à ce que la syphilis vaccinale, qui, de nature, est essentiellement destinée à atteindre les nouveau-nés ou les très jeunes enfants (puisque c'est

dans les premières semaines ou dans les premiers mois de la vie que se pratique d'habitude la vaccination), emprunte à ce fait même une gravité tout exceptionnelle et aboutisse à la mort dans un certain nombre de cas.

2° Un second facteur de gravité consiste en ce que la syphilis issue d'une telle origine est presque fatalement exposée à rester *méconnue*, c'est-à-dire *non traitée*, au moins pour un certain temps.

Cela va de soi. La syphilis vaccinale, en effet, est toujours une *surprise*. On n'y songe pas de prime abord. Son accident originel naît de la façon la plus insidieuse et peut être facilement méconnu. L'éveil n'est presque jamais donné que par les manifestations secondaires; encore, à ce moment, la maladie passe-t-elle souvent inaperçue, et cela pour un temps plus ou moins long. A preuve tant et tant de cas que j'aurais à citer.

Dans l'épidémie de Rivalta, par exemple, la syphilis ne fut soupçonnée qu'au bout de quatre mois, et cela sur les plaintes des mères qui voyaient bien, malgré leur ignorance des choses de l'art, qu'on avait inoculé à leurs enfants « une mauvaise vaccine, une vaccine maligne, une vaccine qui n'en finissait pas ». Or, à cette époque, il y avait déjà six enfants morts et trois presque moribonds!

Méconnue de la sorte, la syphilis, tout naturellement, reste non traitée. Or, vous savez ce que devient ou ce que peut devenir une syphilis non traitée, alors surtout que, sévissant sur de jeunes organismes, elle a tendance à revêtir des formes graves.

Donc, sans aucun doute, la syphilis vaccinale doit en partie sa gravité à cette seconde raison que, méconnue comme nature, elle n'est pas soumise (au moins dans

ses premiers temps) au seul traitement qui pourrait en atténuer les dangers.

Et ce n'est pas tout. Car à ces deux principaux facteurs de gravité (jeune âge des sujets et absence de traitement) il convient souvent d'en ajouter d'autres, et beaucoup d'autres, et des plus nocifs. Il convient par exemple, d'y ajouter ceux qu'on a vus figurer en nombre de cas, notamment dans les grandes épidémies d'Italie ou du Morbihan, à savoir : la misère ; — la mauvaise hygiène, voire l'absence absolue d'hygiène ; — l'alimentation insuffisante ; — l'habitat malsain ; — puis encore l'ignorance, l'indifférence, l'incurie des malades ou des parents des petits malades, avec tout ce qui s'ensuit, etc.

Or, réunissez toutes ces conditions essentiellement défavorables, et voyez si de la sorte vous n'aboutissez pas à constituer tout un ensemble d'influences merveilleusement faites pour imprimer à toute maladie, à la syphilis notamment, une intensité et une malignité particulières.

Eh bien, c'est précisément un tel ensemble de conditions qui a présidé à ces épidémies si meurtrières de syphilis vaccinale dont il a été précédemment question, épidémies où tout a concouru à décupler la force du virus, jusqu'à réaliser ces formes malignes et cette mortalité terrifiante dont je vous ai parlé.

De sorte que, sans insister davantage, je me crois autorisé à dire ceci :

Oui, il est absolument vrai qu'en nombre de cas la syphilis vaccinale s'est montrée particulièrement grave.

Mais il semble bien résulter de l'examen analytique

des faits en question que c'est là pour elle une *gravité d'emprunt*, si je puis ainsi parler, c'est-à-dire une gravité qui ne lui est en rien propre, qu'elle ne tire pas d'elle-même, qui lui est simplement conférée par les conditions défavorables où elle se produit usuellement.

De cela, d'ailleurs, nous avons la contre-épreuve dans un ensemble de faits précisément contraires.

Ainsi, transportez la syphilis vaccinale dans un autre milieu. Voyez-la, par exemple, affectant un adulte ou même un enfant placé dans de bonnes conditions hygiéniques; voyez-la soumise à un traitement convenable dès le début des accidents. Tout aussitôt (réserves faites pour certains cas exceptionnels, comme on en observe d'ailleurs avec les syphilis de toute provenance), tout aussitôt, dis-je, elle perd sa prétendue gravité; elle redevient une syphilis ordinaire, elle rentre dans l'ordre des cas que nous observons chaque jour.

Considérez, enfin, comme dernier témoignage, ce qui s'est passé dans ces grandes épidémies d'Italie ou du Morbihan auxquelles il me faut incessamment revenir. Avant l'arrivée des médecins, tant que la maladie reste méconnue et abandonnée à elle-même, elle sévit sous une forme particulièrement grave et meurtrière. Puis, voici que les médecins et les autorités interviennent; les uns instituent des traitements, les autres dispensent des secours, tous éclairent les esprits. Presque instantanément le mal s'apaise; la mortalité se fait rare, exceptionnelle; les enfants se rétablissent peu à peu; les contagions « par ricochet » diminuent, etc., etc. Bref, tout rentre dans l'ordre, et la syphilis redescend à son taux normal, j'entends au niveau pronostique infiniment plus bénin qui lui est habituel.

CHANCRES DE LA MAIN.

Les chancres syphilitiques de la main peuvent être qualifiés d'accidents rares. Dans ma statistique personnelle, en effet, qui comprend un total de 10.000 chancres de tout siège, ils ne figurent que pour la proportion assez minime de 49. C'est dire, approximativement, que, sur 200 contaminations syphilitiques, une seule s'exerce sur la main.

Notons à la vérité que, les chancres de ce siège restant assez souvent méconnus comme nature (ainsi que nous le verrons par ce qui va suivre), leur fréquence réelle est certainement supérieure, mais pour une proportion qu'il n'est pas encore possible de déterminer, à celle qui ressort des statistiques.

En tout cas, ce sont des chancres éminemment curieux. A divers titres ils méritent toute l'attention du médecin, et cela, par exemple, en raison de leur physionomie quelquefois très spéciale, presque extraordinaire; — en raison des méprises faciles et fréquentes auxquelles ils donnent lieu en pratique (que de prétendus panaris, que de prétendues tournioles ou même de soi-disant engelures n'ont été en réalité que des chancres syphilitiques méconnus!); — en raison aussi (ce motif nous est personnel, à nous médecins) de leur fréquence relativement considérable dans la profession ou, disons mieux, dans les diverses branches de la profession médicale. Les chancres de la main et des doigts, en effet, sont par excellence ce qu'on peut appeler des

chancres *médicaux*. Que de médecins, de chirurgiens, d'élèves en médecine, de sages-femmes, de dentistes, d'infirmiers, etc., ont reçu la syphilis par la main! Et que de contaminations de cet ordre ont abouti aux plus lamentables catastrophes, voire à la mort!

Étiologie. — Deux points à signaler tout d'abord :

1° Ce sont des chancres infiniment plus communs *chez l'homme* que chez la femme, ce qui s'explique par leur étiologie habituelle, comme nous le verrons dans un instant. Ainsi, les 49 cas de ma statistique se répartissent ainsi :

Chancres de la main observés chez l'homme..	42	cas.
— — — la femme..	7	—

2° Ce sont des chancres de l'*âge adulte*, exclusivement, ce dont la même étiologie explique également la raison. — Je ne connais qu'un seul cas de chancre de ce siège observé sur l'enfant.

Quelle étiologie préside à ce mode de contamination?

Il va sans dire que les chancres de cette région peuvent dériver de tout contact, quel qu'il soit, qui a pour résultat de mettre en rapport la main avec le contage syphilitique. Mais, lorsqu'on analyse les faits d'observation clinique, on arrive tout aussitôt à reconnaître que, réserves faites pour quelques éventualités d'exception, le contage est invariablement porté sur la main de trois façons, à savoir :

Par le fait d'une contamination professionnelle;

Par un contact vénérien;

Par une morsure.

De ces trois modes de contagion, les deux premiers sont de beaucoup les plus fréquents.

De plus, ces deux premiers se balancent à peu près, comme fréquence générale, mais avec une très grande inégalité relative de l'un à l'autre suivant le milieu où l'on observe. Je m'explique. Dans les statistiques d'hôpital, les contagions de provenance vénérienne prédominent de beaucoup, comme fréquence, sur les contagions professionnelles (:: 10 : 1). En ville, inversement, ces dernières reprennent la tête (:: 30 : 19). Et rien que de très naturel à cela; car, alors qu'un médecin vient à être contaminé à la main, ce n'est pas à l'hôpital, c'est en ville, chez un confrère, chez un ami, qu'il va consulter.

I. — En tout cas, l'intérêt n'est pas dans cette question de fréquence relative. Il est tout entier dans un fait que je dois maintenant mettre en lumière, à savoir : le *contingent considérable, énorme, que fournit aux chancres de ce siège la profession médicale.* Des chiffres sont ici nécessaires et seront plus éloquents que tout commentaire. Voici donc, sur la question, mon bilan personnel.

J'ai observé en ville, jusqu'à ce jour, 49 chancres de la main ou des doigts. Or, sur ce nombre, j'en compte 30 dans la profession médicale, et 30 contractés par des médecins dans l'exercice de leur art (et non autrement). A savoir, au détail :

20 sur des médecins ou des chirurgiens ;
4 sur des accoucheurs ou des médecins pratiquant d'une façon fréquente des accouchements ;
2 sur des élèves en médecine (attachés l'un et l'autre à des services spéciaux d'affections vénériennes) ;
1 sur un étudiant en médecine (attaché à un hôpital général) ;
3 sur des sages-femmes.

Total. 30

J'ajouterai que, dans la grande majorité de ces cas et d'autres semblables, un rapport de causalité précis, formel, irrécusable, a pu être établi entre la cause contaminante et l'accident de contagion. — Quelques exemples :

Dans l'un de ces cas, c'est un médecin qui réduit un paraphimosis compliquant un chancre induré, et qui, quatre semaines plus tard, se trouve contaminé au doigt annulaire.

Dans un autre, c'est un chirurgien qui pratique une opération sur un sujet affecté de syphilis secondaire, se blesse à un doigt, et, quatre à cinq semaines après, présente à ce doigt, au niveau même de la blessure, une « lésion croûtelleuse » qui devient un chancre syphilitique.

Dans un troisième, c'est une sage-femme qui prend un chancre du médius pour avoir fait un accouchement et une délivrance difficile sur une femme affectée de nombreuses plaques muqueuses vulvaires au moment même de l'accouchement.

Dans un quatrième, c'est un accoucheur qui, pour avoir pratiqué une version sur une femme syphilitique, contracte un chancre syphilitique situé au niveau même du point dit « tabatière anatomique ».

Dans un cinquième, c'est un dentiste qui, ayant une écorchure au doigt médius, fait une série d'opérations délicates et de longue durée dans la bouche d'un malade affecté de plaques muqueuses labiales et linguales, et contracte un chancre syphilitique au niveau même de cette écorchure.

Dans un cas du Dr Jullien (cas sur lequel nous aurons à revenir), c'est un médecin qui contracte un chancre sur une écorchure digitale en explorant un

malade affecté de chancres syphilitiques à la verge et au scrotum.

Dans un cas de C. Pellizzari, c'est un infirmier qui, assistant un chirurgien dans une opération pratiquée sur la vulve d'une femme syphilitique, a les mains couvertes de sang, ne se lave que tardivement, et prend ainsi un chancre de la main.

Et ainsi de suite. Je n'en finirais pas si je voulais citer tous les cas de ce genre, qui vraiment surabondent soit dans les archives de la science, soit, pour un plus grand nombre, dans les souvenirs de médecins.

Tout naturellement, encore, la fréquence des contaminations de cet ordre est proportionnelle aux risques encourus. Aussi ces contaminations ont-elles été plus souvent observées (d'une façon relative, bien entendu) chez les médecins qui s'y trouvent spécialement exposés par leur pratique spéciale, c'est-à-dire chez les médecins ou chirurgiens attachés aux hôpitaux de vénériens ou de vénériennes, aux Dispensaires de salubrité, au service de surveillance des prostituées, chez les accoucheurs, les sages-femmes et les élèves sages-femmes des Maternités, où abondent de jeunes malades en état de syphilis secondaire, etc., etc. Mais toujours est-il qu'on en rencontre aussi bon nombre en dehors de ces conditions essentiellement prédisposantes, à savoir chez des médecins ne s'occupant que de médecine générale. Est-ce parce que ces derniers sont moins défiants que nous, se tiennent moins bien que nous sur la défensive, ne s'entourent pas des précautions sans lesquelles la contagion serait à l'ordre du jour dans nos services spéciaux? J'incline fort à le croire.

II. — De tout autre origine sont les contaminations

de notre second groupe. Celles-ci dérivent d'attouchements érotiques, *vénériens*.

Suivant un mot bien connu de Ricord, « en fait de contagion syphilitique on est toujours puni *par où* l'on a péché ». Rien d'étonnant donc à ce que la main soit quelquefois punie de ses propres péchés.

Naturellement encore, c'est le *médius* qui, de tous les doigts, est le plus sujet à ces sortes d'expiation. Il a ses raisons pour cela.

Nous avons eu ici un spécimen du genre sur un sergent de ville qui après avoir arrêté et conduit au « violon » une danseuse de bal public, commit l'imprudence d'aller lui porter dans sa prison quelques consolations particulières. Comme à cette époque (ainsi que cela fut établi plus tard) la jeune captive était en pleine évolution secondaire avec force plaques muqueuses à la vulve, il contracta sur le doigt coupable un chancre induré dont il vint se faire traiter dans nos salles.

III. — Enfin, beaucoup plus communes qu'on ne le supposerait *a priori* sont les contaminations par *morsure*. J'en ai relevé une dizaine de cas dans mes notes et un bien plus grand nombre dans les publications périodiques. Il va sans dire, et pour cause, que les contaminations de cet ordre ne s'observent guère qu'à l'hôpital, car elles sont la suite d'un ordre de rixes qui ne se produisent guère dans un public bourgeois. Je n'en ai pas rencontré un seul cas dans la clientèle de ville.

L'histoire de ces chancres par morsure est toujours la même. Dans une querelle on en vient aux mains, et l'un des adversaires (généralement celui qui a le dessous) saisit la main de l'autre et la mord. La petite blessure suit sa marche ordinaire, s'encroûte et se cica-

trise à brève échéance; puis, sur la cicatrice ou sur la croûte encore persistante, éclôt et se confirme, trois à quatre semaines plus tard, une lésion nouvelle, laquelle n'est autre qu'un chancre syphilitique.

Nous avons traité ici, ces dernières années, un agent de la sûreté qui, en arrêtant un voleur, fut mordu par celui-ci à la main. Un chancre typique se produisit au siège même de la morsure, et des renseignements positifs nous apprirent que le voleur était en état de syphilis.

IV. — Contamination médicale, contamination vénérienne et contamination par morsure, voilà les trois origines usuelles des chancres de la main.

Mais il est évident que tout contact susceptible d'importer sur la main le contage spécifique peut suffire à y importer la contagion. Or, les circonstances capables de réaliser ce contact varient naturellement à l'infini. Citons-en quelques-unes à titre de spécimens.

Le Dr Barthélemy a vu une nourrice prendre un chancre du doigt médius en soignant un nourrisson affecté de plaques muqueuses périanales.

Un de mes clients de ville a contracté de la façon suivante un chancre du dos de la main. Dans un accès de colère furieuse, sa maîtresse l'avait griffé en ce point; puis succéda une réconciliation presque immédiate, et alors, pour exprimer son repentir, cette femme couvrit de longs baisers la petite éraflure qu'avait produite un de ses ongles. Mais, comme elle portait à la bouche en ce moment plusieurs plaques muqueuses, un chancre induré fut la conséquence de ses tendresses.

Un policeman, dont Hutchinson a relaté l'histoire, contracta un chancre induré du médius, près de l'arti-

culation métacarpo-phalangienne, en assénant un grand coup de poing sur la bouche d'un voleur avec lequel il se colletait. Son doigt s'écorcha sur les dents de cet homme, et ce fut exactement au niveau de cette petite blessure que se manifesta, dans les délais de l'incubation réglementaire, un chancre syphilitique. — Un fait exactement identique a été observé plus récemment par le Dr Lejars [1].

Autre cas, dû à W. Taylor. Une jeune femme pansait chaque jour son amant, qui était affecté d'un chancre induré de la verge. Un jour, en procédant à ce pansement, elle se piqua le doigt avec une épingle et ne prit aucune précaution pour protéger la piqûre. En ce point même se développa un chancre induré.

Vient enfin le chapitre des contagions *médiates*. Ainsi, dans un cas cité par mon distingué collègue le Dr Polaillon, une surveillante d'hôpital contracta un chancre induré d'un doigt en manipulant le linge sale de ses malades.

De même un de mes malades, chiffonnier, paraît bien avoir été infecté de la sorte à la main, en triant de vieux chiffons et des linges absolument sordides.

Dans la plupart de ces observations, comme dans une foule d'autres semblables qu'il serait superflu de citer, le mode de pénétration du contage a été souvent expliqué par une lésion tégumentaire quelconque servant de « porte d'entrée » au germe infectieux. Cette lésion a consisté tantôt dans un traumatisme léger (piqûre faite par un bistouri au cours d'une opération, piqûre d'épingle, éraflure, érosion de provenance quel-

1. V. *Annales de dermat. et de syphil.*, 1893, p. 273.

conque); — tantôt dans une dermatose eczémateuse ou eczématoïde altérant et exfoliant l'épiderme, c'est-à-dire diminuant la protection tégumentaire; — tantôt dans des engelures, des gerçures, des crevasses du dos de la main ou des extrémités des doigts (ainsi l'un de nos collègues, chirurgien, a été infecté sur des gerçures des doigts consécutives à de fréquentes ablutions avec l'acide phénique et le sublimé) ; — tantôt enfin et assez fréquemment (notez bien ce fait, très essentiel pour la prophylaxie) dans ces petites lésions innominées en pathologie, mais portant en langage vulgaire le nom d'*envies*, qui se produisent au pourtour latéral de l'ongle et consistent en des soulèvements de fines languettes épidermiques. La chute ou l'arrachement de ces languettes laisse à leur base de minuscules dénudations dermiques, lesquelles, si insignifiantes soient-elles, n'en suffisent pas moins à la pénétration du contage. Ainsi, plusieurs de nos confrères ont l'absolue certitude, m'ont-ils affirmé, « d'avoir pris la contagion par de petites envies péri-unguéales qu'ils avaient négligé de recouvrir, bien que continuant l'exercice de leur profession ».

Tous ces faits tendent bien à démontrer que la contagion s'exerce usuellement sur la main, comme ailleurs, par une effraction du derme. Mais cette condition, c'est-à-dire la dénudation dermique, est-elle une condition indispensable à la contagion? Éternel et insoluble problème, sur lequel on a discuté à satiété sans jamais aboutir à rien de positif.

Certes, il est démontré par l'expérience journalière qu'une peau rigoureusement indemne et pourvue d'un épiderme en bon état, résiste à l'introduction du contage déposé à sa surface. Car, s'il en était différem-

ment, qu'arriverait-il aux médecins qui, comme nous, sont exposés chaque jour à toucher, explorer, manipuler des plaies syphilitiques de tout genre?

Mais, d'autre part, y a-t-il impossibilité absolue à ce que le contage syphilitique pénètre la peau sans traumatisme, sans dénudation préalable du derme? Supposons-le introduit dans un goulot glandulaire, tel que celui d'un follicule pileux, ou bien dans une rigole sub-unguéale ou péri-unguéale; est-ce que, séjournant là, stagnant là, il ne pourrait pas de lui-même faire sa trouée, constituer son effraction propre, et cela de par le processus irritatif, inflammatoire, qu'il est sans doute susceptible d'engendrer autour de lui? C'est là une hypothèse que je me garderai de récuser, pour ma part, mais qui en est encore à attendre sa démonstration.

Localisations. — Plusieurs points à noter :

I. — D'abord, la main *droite* est bien plus souvent que la gauche le siège de contaminations spécifiques. Rien que de très naturel à cela, puisqu'elle est plus exposée.

II. — On a rencontré le chancre sur tous les points de l'une et l'autre main, mais avec une très grande inégalité de fréquence d'une région à une autre. Voici, à cet égard, ce que m'a fourni le relevé de 87 cas :

Chancres des doigts.	73 cas.
— du métacarpe (face dorsale).	12 —
— — (face palmaire).	1 —
— du poignet.	1 —
Total. . . .	87 cas.

III. — A la région métacarpienne, la localisation du chancre se fait presque exclusivement sur la région dorsale (12 cas sur 13).

IV. — Les chancres digitaux se rencontrent : soit sur la continuité du doigt, c'est-à-dire au niveau des phalanges, et bien plus souvent à la face dorsale qu'à la face palmaire; — soit au niveau de la pulpe du doigt; — soit, bien plus habituellement, *au pourtour de l'ongle*. Le pourtour de l'ongle, voilà leur siège favori. Sept à huit fois sur dix, les chancres du doigt sont des chancres *péri-unguéaux*.

V. — Trois doigts sont affectés bien plus souvent que les deux autres, à savoir, par ordre de fréquence : l'index, le médius et le pouce. — Rare à l'annulaire, le chancre devient tout à fait exceptionnel au petit doigt.

Quelques chiffres témoigneront d'une façon plus explicite de cette inégalité de fréquence du chancre sur les divers doigts. — Sur 54 cas je trouve ceci :

Chancres de l'index	19 cas.
— du médius	16 —
— du pouce	14 —
— de l'annulaire	4 —
— du petit doigt	1 —
Total	54 cas.

VI. — Enfin, en ce qui concerne les contagions *médicales*, d'ordre professionnel, voici, par ordre de fréquence, ce que je les ai vues produire :

Chancres de l'index	10 cas.
— du pouce	7 —
— du médius	5 —
— du métacarpe	3 —
— de l'annulaire	2 —
— du poignet	1 —
Total	28 cas.

Formes cliniques. — Tantôt les chancres de la main

reproduisent identiquement les caractères et la physionomie générale du chancre cutané de tout siège; et tantôt, au contraire, ils diffèrent plus ou moins de ce dernier type, en affectant des formes objectives presque spéciales ou même tout à fait spéciales.

Étudions-les sous ces divers aspects, en commençant par les formes communes.

I. *Formes communes.* — Je serai bref sur celles-ci; car vous les décrire en détail serait reproduire non pas seulement le tableau du chancre en général, mais encore celui de nombreux types de chancres extra-génitaux dont je vous ai entretenus précédemment.

Elles reconnaissent, comme d'usage, deux variétés, à savoir : une variété *érosive* et une variété *ulcéreuse*.

A. — Dans la première, le chancre est simplement constitué par ceci : une lésion bien définie, bien circonscrite; — d'une étendue moyenne variant entre le diamètre d'une pièce de vingt centimes et celui d'une pièce de cinquante centimes; — érosive de surface ou tout au plus subulcéreuse; — plane ou faisant un léger relief; — sans bords en arête, en entamure; par conséquent se continuant de plain-pied avec les parties saines périphériques; — égale et lisse de fond; — quelquefois grisâtre, mais, bien plus souvent, rouge, et d'un rouge tendant à la teinte dite chair musculaire; — enfin reposant sur une base résistante, en forme de disque, de pièce de monnaie, et offrant au toucher la sensation dite d'induration parcheminée.

B. — La forme *ulcéreuse* ne se différencie de la précédente que par deux caractères, à savoir : un processus véritablement ulcératif et une étendue généralement supérieure.

Dans cette variété, le chancre entame les tissus,

pénètre le derme, parfois même (mais rarement) le détruit dans toute son épaisseur. C'est donc un chancre *creux*, à fond excavé.

Très généralement aussi, mais non pas toujours, c'est un chancre plus étendu que dans la forme précédente, parfois même un grand chancre, comparable comme surface à une pièce d'un ou de deux francs, à un pruneau, à une datte[1].

Le plus souvent encore, c'est un chancre à fond irrégulier, déchiqueté, et de « mauvaise mine », c'est-à-dire à fond grisâtre et diphthéroïde par places ou bien d'un rouge vineux semé de points pultacés ; — et cela, parce qu'en pareil cas c'est un chancre enflammé, qui n'a acquis ce développement et revêtu cette forme que pour avoir été négligé, non pansé, ou soumis à des causes diverses d'irritation.

Vous voyez que, sous l'un ou l'autre de ces types, les chancres de la main sont les analogues des chancres de tout siège, notamment des chancres génitaux. Mais il me reste à spécifier actuellement qu'ils en diffèrent quelquefois par certaines particularités, notamment par les trois suivantes : configuration ; — modalité d'induration ; — et phénomènes douloureux.

1° *Configuration.* — Fidèle au type usuel pour certaines localisations du chancre, elle s'en écarte pour d'autres. Ainsi, tandis que les chancres du métacarpe, de la première et de la seconde phalange, se présentent généralement avec la forme orbiculaire classique, ceux de la troisième phalange (les plus communs de tous, vous vous le rappelez) se présentent le plus souvent

1. Exemple : Dans un cas du Dr Lejars, un chancre de la face dorsale de l'index « formait une ulcération plus large qu'une pièce de deux francs ».

avec une configuration bien moins régulière et surtout très différente de la forme cerclée. Quand ils occupent le bord supérieur de l'ongle, ce qui est pour eux un véritable siège d'élection, ils figurent presque toujours un croissant, une demi-lune, un fer à cheval; de sorte qu'on les a qualifiés du nom de chancres *semi-lunaires*. Quand ils siègent sur le bord latéral de l'ongle, ils se rapprochent de la forme d'un haricot. — Enfin, quand ils se logent sous l'ongle, ils n'affectent plus aucune forme; ils sont alors tout à fait irréguliers et vraiment amorphes.

2° *Modalité d'induration.* — Ce qui est bien plus important à signaler, c'est que les chancres de la main sont loin de présenter toujours une modalité *perceptible* d'induration qui soit comparable à celle des chancres d'autres régions, notamment des chancres génitaux pris pour types.

Sous la base d'un chancre génital, on perçoit facilement une induration *isolable* (isolable des tissus périphériques et sous-jacents), induration tantôt lamelleuse, étalée en ménisque, et tantôt nodulaire, « en demi-pois, en demi-noisette ».

Eh bien, une perception de même ordre n'est guère fournie à la main que par les chancres du métacarpe. Déjà elle fait le plus souvent défaut avec les chancres des deux premières phalanges. En tout cas elle ne s'observe jamais avec les plus communs des chancres digitaux, à savoir les chancres de la troisième phalange.

Au lieu d'une induration isolable, ce qu'on perçoit en ces derniers points, c'est une induration *en masse*, une induration générale, *régionale*. Là, en effet, la base d'induration propre du chancre se soude avec les tissus sous-jacents, fait corps avec eux et se confond avec

eux. Chancre, tissu cellulaire, gaîne fibreuse, tendons, os, tout cela ne constitue plus qu'un *bloc* dur, dont les éléments deviennent indistincts, comme s'ils avaient été agglutinés et réunis par une gangue plastique. En sorte que la peau n'est plus séparable de ce bloc et qu'on ne parvient pas à la soulever de façon à percevoir individuellement l'induration du chancre.

Bref, ce qu'on sent en pareil cas, c'est, je le répète, une *dureté en masse* d'un département du doigt, mais ce n'est plus une dureté tégumentaire, propre à la peau et à un îlot circonscrit de la peau ; ce n'est plus, en un mot, l'induration individuelle du chancre, telle qu'on la perçoit usuellement et partout ailleurs.

Aussi bien arrive-t-il souvent ceci en pratique, c'est que, tout en percevant bien qu'un département du doigt est devenu ferme et dur, on n'attache pas d'importance spéciale à ce signe. Pourquoi? Parce que cette dureté en masse est celle de toutes les dactylites, phlegmoneuses, tuberculeuses ou autres. Parce que cette dureté en masse ne rappelle en rien l'induration du chancre, laquelle est une induration exclusivement tégumentaire, circonscrite au derme, isolable, et nettement distincte. De là tant et tant d'erreurs diagnostiques commises à propos du chancre digital, et le plus souvent commises précisément en raison de ce fait que l'attention n'a pas été attirée par une induration analogue à ce qu'est usuellement l'induration du chancre.

3° *Phénomènes douloureux.* — Une troisième particularité des chancres qui nous occupent actuellement réside dans les *douleurs* qui les accompagnent assez fréquemment.

Particularité certes des plus curieuses, en ce qu'elle constitue dans l'histoire du chancre syphilitique une

véritable exception. Chacun sait, en effet, qu'un des caractères les plus usuels de ce chancre, c'est sa parfaite et singulière indolence. Un chancre « ne fait pas mal », pour parler le langage des malades, ou ne fait mal qu'en raison d'excitations ou de causes inflammatoires surajoutées. La meilleure preuve en est qu'il passe bien souvent inaperçu.

Or, tel n'est pas le cas pour les chancres de la main, ou du moins pour les plus fréquents des chancres de la main. — Précisons.

Indolents, comme d'usage, sont les chancres du métacarpe, voire aussi les chancres des première et deuxième phalanges. Mais douloureux d'habitude, voire parfois très douloureux sont les chancres de la troisième phalange, alors surtout qu'il sont en relation avec l'ongle.

Parmi ces derniers, ceux qui sont étalés à plat près du bord supérieur de l'ongle, ne déterminent généralement qu'un degré moyen de réaction douloureuse. Mais ceux qui s'insinuent *sous* l'ongle, qui le décollent, qui le soulèvent, et, plus particulièrement encore, ceux qui naissent sous l'ongle au niveau du sillon inférieur de la matrice unguéale, sont toujours notablement douloureux et même parfois très douloureux. Ils éveillent là des souffrances qui, sans exagération, peuvent être comparées à celles du panaris.

A quoi sont dues ces douleurs? Est-ce à l'abondance en ces régions des corpuscules de Pacini? Est-ce à un fait anatomique, le tissu cellulaire enflammé se trouvant bridé en ce point par un derme très épais? Est-ce à telle ou telle autre cause? Je ne saurais le dire. Mais ce qu'il y a de bien certain, c'est qu'en nombre de cas les malades souffrent, et souffrent cruellement de ces chancres sub-unguéaux. Ils accusent non pas seulement un

endolorissement continu au niveau de leur lésion, mais des sensations de constriction, d'étranglement, de brûlure, avec battements intermittents et irradiations douloureuses dans tout le doigt. Le moindre attouchement, l'exploration la plus douce suffit à éveiller une crise de souffrances. Les pansements sont mal tolérés; souvent même tout topique semble nuire, à part les pommades les plus anodines. Ajoutez encore que la nuit et la chaleur du lit sont parfois l'occasion de paroxysmes des plus pénibles, comme sur l'un de nos confrères, qui, affecté d'un chancre sub-unguéal de l'index, m'a bien des fois répété ceci : « J'ai tellement souffert de mon chancre que pendant plus de huit nuits consécutives je n'ai pu fermer l'œil. J'en ai autant souffert, certes, que si j'avais eu le plus beau panaris du monde ».

Bref, les chancres digitaux et surtout, je le répète, les chancres sub-unguéaux du bout du doigt s'accompagnent assez souvent (que l'on ne me fasse pas dire toujours) d'une véritable *angoisse locale,* laquelle constitue à coup sûr une anomalie étrange dans la symptomatologie d'une lésion indolente d'essence. Et, bien certainement aussi, cette particularité relève d'une simple condition *de siège,* puisque entre tous les chancres il n'est que les chancres digitaux qui déterminent un éréthisme douloureux de cette intensité exceptionnelle.

II. *Formes anormales.* — D'autres fois et assez fréquemment les chancres de la main se présentent sous des formes très différentes du type classique du chancre, voire assez différentes parfois pour que leur qualité de chancre puisse être facilement méconnue.

Ces formes anormales, je dois surtout, me semble-t-il,

m'attacher à vous les décrire d'une façon spéciale et complète. Cela pour deux raisons : parce que, d'abord, elles ne sont encore que fort peu connues; et, en second lieu, parce qu'elles exposent forcément à des méprises diagnostiques tout observateur non prévenu de ces singulières transformations du chancre.

Elles sont au nombre de trois, que j'énoncerai et qualifierai tout d'abord, à savoir :

Le *chancre hypertrophique;*

Le *chancre-panaris;*

Le *chancre fongueux.*

De ces trois types, le premier est commun à tous les districts de la main (métacarpe et phalanges); — les deux autres sont propres aux chancres digitaux.

1° *Chancre hypertrophique.* — Ce premier type n'est en rien spécial à la région, puisque j'ai déjà eu à vous le décrire à propos de divers chancres de tout autre siège. Mais il n'en est pas moins essentiel à signaler ici en tant que modalité possible et même assez fréquente du chancre de la main. A preuve les erreurs auxquelles, pour le dire à l'avance, il a donné lieu plusieurs fois. L'an dernier, par exemple, nous avons eu ici même un chancre de cet ordre qui avait été pris en ville pour une tumeur maligne, pour un « cancroïde ».

Déjà vous vous rendez compte de ce qu'il peut être, car son nom seul équivaut presque à une description. C'est un chancre fortement saillant, si saillant qu'il constitue presque une petite *tumeur*, laquelle sert de base à l'ulcération spécifique; et ce relief, ce volume, cet aspect de tumeur, il le doit à l'exubérance de son néoplasme d'induration.

Objectivement il est constitué comme il suit : une

grosse tubérosité, bien circonscrite, faisant au-dessus des téguments une saillie de trois à cinq ou même six millimètres; — tubérosité généralement orbiculaire de contour; — émergeant de la peau à angle presque droit, pour s'aplanir bientôt en forme de ménisque ou de pièce de monnaie; — d'autres fois constituée par un mamelon convexe, bombé « en cabochon »; — dans tous les cas, ferme et rénitente au toucher, dure, le plus souvent même très dure et presque chondroïde; — couronnée, enfin, sur sa partie convexe ou sur son plateau, par une érosion ou une ulcération, laquelle est susceptible des aspects variés du chancre.

Un beau spécimen du genre nous est fourni par la planche 12 de l'Iconographie de Ricord, où se trouve reproduit un grand chancre du pouce, mesurant l'étendue d'une pièce de cinq francs (en argent) et surélevé sur un plateau qui fait un relief d'au moins un demi-centimètre. « L'induration de ce chancre, dit l'observation, offrait une saillie et une étendue très considérables, et son pourtour était constitué par une sorte d'anneau formé par la peau indurée, laquelle semblait avoir été refoulée excentriquement[1] ».

De même, cette photographie représente un chancre du pouce qui, bien que ne dépassant pas l'étendue d'une pièce d'un franc, n'en présente pas moins un néoplasme volumineux, au moins égal à un gros noyau d'abricot. Une telle lésion n'est guère faite pour donner l'impression d'un chancre, mais bien plutôt d'une *tumeur*, voire d'une tumeur maligne[2].

1. Ph. Ricord, *Clinique iconographique de l'hôpital des vénériens*, pl. XII, fig. 3.

2. V. Photographie n° 126, Collect. partic.

2° *Chancre-panaris.* — Ce second type, qui est absolument spécial au chancre du doigt, n'est pas moins commun que le précédent, tout au contraire. Il a été fort bien décrit par W. Taylor sous le nom de chancre-panaris (*panaritium-like chancre*), dénomination bizarre, mais convenant fort bien à un type bizarre, voire excellente, à mon gré, en ce qu'elle est presque descriptive.

Sous cette forme, en effet, le chancre ressemble absolument à un panaris. On dirait un panaris, et cela à tous égards, à savoir de par la tuméfaction globuleuse du doigt, de par la rougeur tégumentaire, de par l'infiltration des tissus, de par les phénomènes douloureux, etc.

Au détail, ce qu'on voit est ceci :

1° Un doigt très fortement tuméfié à son extrémité inférieure, c'est-à-dire au niveau de la troisième phalange et souvent aussi de la seconde; — et tuméfié de la façon suivante : cylindroïde, « en saucisse », au niveau de la seconde phalange; puis se renflant tout aussitôt au niveau de la troisième, et devenant là *globuleux*, *bulbeux*, de façon à rappeler comme forme un bulbe d'oignon ou de poireau;

2° D'autre part, un doigt rouge et d'un rouge sombre, dans toute l'étendue de son segment ainsi tuméfié;

3° Un doigt infiltré en masse et dur en masse, tous ses éléments semblant réunis et fusionnés par une gangue d'exsudat plastique;

4° Enfin, un doigt douloureux, parfois même extrêmement, extraordinairement douloureux; — sensible spontanément et devenu le siège de battements, d'élancements, comme dans le panaris; — plus sensible encore au palper, à l'exploration.

En un mot, aspect objectif et tous symptômes de panaris.

L'aspect de panaris est donc ici l'expression dominante, majeure, celle qui frappe, celle qui s'impose tout d'abord. A ce point que, dans cet ensemble, le chancre reste absolument *effacé*; non seulement il est peu remarquable, mais il peut n'être pas remarqué. Volontiers on le prendrait et on l'a pris plus d'une fois pour une lésion connexe, subordonnée, pour un épiphénomène. Précisons. On pourrait le prendre et on l'a pris pour l'*ouverture* ulcérée d'un prétendu panaris.

En l'espèce, c'est bien lui, certes, qui constitue la lésion principale; mais, vraiment, il n'en a pas l'air. Comment se présente-t-il, en effet, dans l'ensemble morbide que je viens de décrire? Sous la forme d'une ulcération absolument irrégulière et ne conservant rien de la configuration normale, de l'orbicularité habituelle du chancre; — ulcération creuse, déprimée, anfractueuse, quelquefois même comme térébrante; — à bords boursouflés, entaillés, déchiquetés; — à fond de mauvaise mine, grisâtre ou rougeâtre, diphthéroïde quelquefois, sanieux, inflammatoire, semé de quelques points sphacéliques.

De sorte — je ne saurais assez le répéter — qu'avec un tel aspect il ne rappelle en rien la physionomie du chancre, il n'éveille absolument pas l'idée d'un chancre. On dirait bien plutôt, de par les données objectives, l'*orifice ulcéré d'un panaris*.

Et c'est là précisément ce qui explique comment ce chancre a pu être souvent méconnu, et méconnu par des médecins ou des chirurgiens des plus experts. A preuve, entre autres exemples que j'aurais à citer, l'histoire de mon ami le chirurgien, qui fut professionnelle-

ment contaminé à l'index. Son chancre avait si peu la physionomie d'un chancre qu'il fut diagnostiqué panaris et par lui-même et par plusieurs de ses collègues. Il ne fallut rien moins que l'explosion secondaire pour rectifier l'erreur. Encore se récria-t-on, lorsque, consulté à cette époque, j'eus le rôle facile de reconnaître la syphilis et d'indiquer le prétendu panaris comme origine de l'infection, c'est-à-dire comme le chancre de cette syphilis. « Ah! je te reconnais bien là, me disait mon ami, toi et ta manie de voir des chancres partout ». Je n'avais, malheureusement, que trop raison contre lui.

3° *Chancre fongueux.* — Enfin, une dernière modalité possible du chancre digital est celle que W. Taylor a indiquée et fort bien décrite sous le nom de chancre fongueux.

Elle est très rare, exceptionnelle même. Je déclare ne pas l'avoir encore rencontrée.

Spéciale au chancre de la dernière phalange, elle consiste en une sorte de bourgeonnement papilliforme de la lésion, laquelle, à un moment donné, n'est plus qu'une *touffe de végétations.*

D'après Taylor, voici ce qui se produirait : Un processus de prolifération embryonnaire s'établit à la surface du chancre et détermine la formation d'une série confluente de bourgeons charnus; — puis, ces bourgeons prennent une croissance rapide et s'allongent en forme de languettes; — enfin, arrive un moment où cette masse exubérante couvre toute la surface du chancre, la déborde, et la masque absolument; — si bien qu'à cette époque la lésion se trouve transformée en une sorte de *chou-fleur* ou de champignon

végétant, plus ou moins analogue d'aspect à ce qu'est une touffe de végétations vulgaires.

Et, en effet, si l'on examine cette masse bourgeonnante, on la trouve constituée par une série confluente « de végétations distinctes, longues de 1/8e à 1/10e de pouce, digitées, mollasses, rouges ou livides, identiques d'aspect (et probablement aussi de constitution anatomique) avec les végétations non syphilitiques[1] ».

Sous un tel aspect, le chancre devient véritablement méconnaissable, et à double titre; car, d'une part, il a perdu ses caractères de chancre, et, d'autre part, il a pris le masque d'une lésion toute différente. Sous un tel aspect, en un mot, le chancre n'est plus un chancre, mais un paquet de végétations. Pour le soupçonner, pour le reconnaître « travesti » de la sorte, il faut de toute nécessité le savoir par avance capable d'une semblable transfiguration.

Évolution. — Naturellement très variable, et cela suivant les formes cliniques affectées par le chancre.

Dans les formes bénignes, elle est celle de tout chancre. Rien de spécial à en dire.

Les formes hypertrophiques présentent ceci de particulier qu'elles laissent à leur suite, après cicatrice faite, de gros noyaux durs, qui exigent toujours un temps considérable (plusieurs mois au moins) pour se résorber. — Soit dit au passage, rien de plus étonnant parfois que ces tubérosités sèches, ces callosités, ces sortes de *cors* digitaux ; et, n'étaient les commémoratifs, on pourrait être plus qu'embarrassé pour déterminer la nature de semblables lésions.

1. V. *Medical record*, New-York, 1891, vol. 39, p. 69.

Les chancres à forme de panaris sont spécialement remarquables par leur évolution lente, torpide, prolongée. Le plus souvent d'ailleurs ils sont compliqués par des accidents provenant de l'ongle, lequel, déchaussé par l'ulcération et ne recevant plus que d'incomplets éléments de nutrition d'une matrice malade ou même partiellement détruite, s'altère, change de couleur, noircit, se décolle, se détache et tombe. Un tel processus, tout naturellement, ne s'accomplit qu'avec lenteur et au prix de beaucoup de temps. Il n'est même pas rare qu'on soit forcé d'intervenir et d'enlever ce véritable séquestre unguéal qui, en sa qualité de corps étranger, irrite les tissus, les enflamme, détermine et entretient des douleurs plus ou moins vives, etc. Son extraction est toujours suivie d'une détente immédiate.

Mentionnons enfin qu'en certains cas (ceux-ci, à la vérité, exceptionnels) l'évolution morbide est encore retardée et longuement retardée par des nécroses partielles de la troisième phalange, lesquelles, à moins d'intervention de l'art, exigent des laps de temps considérables pour leur élimination.

Durée. — De tout ce qui précède résulte, comme corollaire forcé, une durée extrêmement variable de la lésion suivant les formes morbides.

Dans les formes bénignes, cette durée est celle de tout chancre non compliqué, à savoir quelques semaines.

Mais elle s'accroît et de beaucoup, si peu que l'affection se complique. Ainsi, il n'est pas rare qu'un chancre sub-unguéal, même sans accidents bien notables, persiste de trois à quatre mois, et cela par ce qu'il est entretenu par des difficultés locales de cicatrisation (présence de

l'ongle décollé, phénomènes inflammatoires, infiltration périphérique, etc.).

Et c'est bien autre chose dans les formes véritablement sérieuses. Le chancre-panaris et le chancre fongueux sont des accidents de longue durée. On les a vus persister quatre, cinq, six mois et plus. On cite même un cas où l'affection a atteint le terme extraordinaire d'une année.

Cicatrice. — Non moins variable est l'état de la cicatrice terminale, et cela toujours suivant les formes morbides.

Dans les formes bénignes, la cicatrice est presque nulle ou faiblement apparente, sous forme d'une macule blanchâtre, légèrement déprimée.

Mais il en est tout autrement dans les formes ulcéreuses et surtout dans celles qui se sont compliquées de chute de l'ongle. D'abord, l'ongle ne repousse pas intégralement et avec sa forme régulière. Il peut être arqué, incurvé, déformé; il peut être moins ample qu'auparavant, voire rapetissé dans tous ses diamètres, rabougri et comme atrophié. Parfois même, alors que sa matrice a été sévèrement intéressée, il ne repousse que sous forme d'îlots cornés, informes, et la plus grande partie de sa surface reste à l'état d'une sorte de cicatrice fibreuse, rosée, rose blanchâtre.

D'autre part, en pareil cas, la cicatrice cutanée est toujours importante, étendue, irrégulière, déprimée.

Il se peut même qu'à la suite de destruction partielle des parties molles et de la phalange, le bout du doigt soit réduit à l'état d'un moignon informe. J'ai vu, sur quatre malades, l'extrémité du doigt rester atrophiée, effilée, grêle, conique, au total tout à fait déformée.

Complications. — Nous connaissons déjà les deux plus communes : celle où le chancre revêt la forme du panaris, et celle où la douleur, en raison de son acuité, intervient dans la scène morbide comme élément important, majeur, non moins, je le répète encore une fois, que tout à fait insolite, eu égard à la qualité de la lésion.

Quelques autres nous restent encore à signaler, à savoir :

1° Le *phagédénisme.* — Complication rare, ou même, disons mieux, exceptionnelle. Je n'en ai guère observé que deux cas. — Comme exemple, voyez, sur cette belle pièce, due à mon collègue et ami le Dr Ducastel, un chancre du pouce qui s'est étendu à une grande portion du doigt par un processus auquel on ne saurait refuser la qualification de phagédénique[1].

2° Diverses complications d'ordre inflammatoire, telles notamment que les suivantes :

Lymphangite, avec ses symptômes usuels de longues traînées roses le long du membre, de tuméfaction diffuse, d'œdème, d'endolorissement, de réaction fébrile;

Adénite, de forme subaiguë, voire aiguë et suppurative (accident des plus rares, dont je n'ai pas d'exemples personnels);

Et même, *phlébite.*

De telles complications, bien certainement relèvent moins du chancre que de causes inflammatoires ou d'infections secondaires surajoutées.

3° Enfin, W. Taylor affirme avoir observé trois fois, à la suite de chancres digitaux, de véritables accidents

1. Pièce n° 1583, Musée de Saint-Louis, Collect. générale.

de *pyémie,* d'infection septique, se caractérisant par l'ordre des symptômes propres à ce genre d'infection, à savoir : frisson initial, puis frissons répétés; — sudations; — fièvre intense; — anorexie absolue; — troubles gastriques (vomissements, diarrhée); — langue desséchée; — dyspnée sans cause, dite dyspnée toxique; — prostration, adynamie, et tous symptômes typhoïdes. A ce point que, dans un cas, on se demanda si l'on n'avait pas affaire à une fièvre typhoïde intercurrente.

Loin de moi, à coup sûr, l'intention de récuser la possibilité de tels phénomènes, qui n'ont rien d'ailleurs de surprenant en tant que symptômes de phlébite et d'infection. Je suis cependant autorisé à vous en affirmer non pas seulement la rareté, mais le caractère absolument exceptionnel.

Adénopathie. — Le bubon satellite du chancre de la main se produit ou bien dans la région épitrochléenne (où l'on trouve, suivant les cas, soit un, soit deux ou même, mais très rarement, trois ganglions); — ou bien dans la région de l'aisselle; — ou bien encore, simultanément, dans l'une et l'autre de ces régions.

Cela est le simple résultat d'un fait anatomique, les lymphatiques de la main se rendant les uns aux ganglions épitrochléens, et les autres directement aux ganglions axillaires.

Comme fait habituel, ce bubon affecte les caractères propres aux adénopathies symptomatiques du chancre; c'est dire qu'il est à la fois aphlegmasique, indolent, multiple, et à ganglions présentant une dureté spéciale.

Quelquefois, cependant, en raison de complications inflammatoires ou d'infections secondaires, il s'en-

flamme et prend une forme subaiguë ou aiguë. Presque invariablement une médication appropriée a bien vite raison de ce molimen phlegmasique; toutefois, ainsi que je vous le disais à l'instant, on l'a vu, paraît-il, en certains cas très exceptionnels, aboutir à suppuration.

A l'adénopathie s'ajoutent parfois des symptômes de *lymphangite*, qui se manifestent sous deux formes, très inégales comme fréquence, à savoir :

1° Habituellement, sous forme de *lymphangite en cordon*, caractérisée par un long cordon cylindroïde, mais renflé de place en place, semblable à une « ficelle » (suivant l'expression des malades) et gros comme une ficelle, rigide et dur, indolent au toucher, etc. — Quelquefois deux cordons de même apparence, sinon de même volume et de même longueur, peuvent être perçus côte à côte ou à une certaine distance l'un de l'autre.

Cette lymphangite s'observe surtout au bras (bien plus souvent qu'à l'avant-bras). — Elle siège généralement au côté interne du biceps, et cela sur une hauteur de dix à quinze centimètres et plus. — Il est remarquable qu'on ne puisse jamais la suivre jusqu'à l'aisselle. A quelques centimètres au-dessous de l'aisselle, elle disparaît et, même chez les sujets maigres, se dérobe à l'exploration.

2° Exceptionnellement ou tout au moins d'une façon beaucoup plus rare, la lésion prend la forme d'une *lymphangite en large ruban*. Ce que l'on constate alors, c'est, sur le trajet des troncs lymphatiques et sur une hauteur variable entre huit et dix, douze, quinze centimètres, une bande d'infiltration plastique, large de deux à trois travers de doigt, épaisse d'un centimètre

environ, ferme, rénitente, dure et indolente ; — quelquefois cependant, un peu douloureuse au toucher et coexistant alors avec une certaine suffusion rosée des téguments à ce niveau[1].

Vraisemblablement, cette lymphangite en ruban étalé est constituée par l'engorgement de plusieurs troncs lymphatiques qui se trouvent reliés entre eux par un exsudat de péri-lymphangite.

Pronostic. — Rien à dire du pronostic local qui se déduit naturellement de ce qui précède.

Mais une autre question s'impose à nous ici. Que penser du *pronostic général* du chancre de la main? Les syphilis contractées par la main sont-elles plus graves que d'autres quant à leurs symptômes généraux et quant à leurs manifestations d'avenir?

C'est qu'en effet les chancres de la main (et, plus spécialement encore, les chancres des doigts) ont mauvais renom. Il s'y rattache une réputation de *gravité* particulière. On leur accorde le fâcheux privilège d'entraîner à leur suite des accidents sérieux, importants, néfastes, voire tragiques.

D'où leur est venue cette triste célébrité? Je l'ignore. Probablement, je suppose, de quelques cas malheureux, de quelques catastrophes bruyantes qui ont frappé l'imagination et qui sont restés en souvenir. Tout le monde connaît, par exemple, la fin sinistre d'un médecin de Lourcine qui, infecté professionnellement au doigt,

1. Ainsi, dans le cas précité du Dr Lejars, on constatait ceci : « A la face interne du bras, une plaque épaisse, large de deux à trois travers de doigt, de consistance assez ferme, et recouverte d'une peau un peu rosée. Cette plaque commençait à quelque distance de l'épitrochlée et se prolongeait jusqu'au tiers supérieur du membre, etc. ». (*Ann. de derm. et de syph.*, 1893, p. 274.)

fut bientôt pris d'accidents des plus graves auxquels il succomba.

En tout cas, quelle qu'en soit l'origine, l'opinion courante prête aux chancres du doigt une gravité, voire une malignité particulière. Cela, je l'atteste pour avoir bien souvent causé de ce point spécial entre confrères, entre amis. J'entends encore le vénérable professeur Hardy, de si regrettée mémoire, me dire un jour ceci : « Les chancres des doigts sont de *mauvais chancres*, suivis de *mauvaises syphilis*.... Deux de mes infirmières de Saint-Louis ont pris de la sorte la syphilis et ont été éprouvées par des accidents de la plus haute gravité.... D'ailleurs, rappelez-vous donc ce pauvre X. (et il me citait un des chirurgiens célèbres du second Empire); lui aussi a pris la vérole par un chancre de l'index dans l'exercice de sa profession; eh bien, il a été criblé d'affreuses syphilides et, quelques années plus tard, il mourait d'une syphilis du cerveau. »

Pour ma part, je dois commencer par avouer qu'*à priori*, théoriquement, je n'étais guère disposé à admettre cette hypothèse d'une gravité spéciale relevant d'une localisation spéciale du chancre. Puis, voici qu'amené ces derniers temps par la préparation de ces conférences à dresser mon bilan personnel sur la question, je n'ai pas été médiocrement surpris de trouver dans mes observations propres des résultats confirmatifs de la croyance commune. Je m'y attendais si peu que, je le répète, j'en ai été stupéfait. Voici, en effet, ce que j'ai trouvé :

Sur un total de 49 chancres de toutes régions de la main, *quatorze* de ces chancres ayant abouti à des accidents tertiaires, et à des accidents tertiaires souvent des plus graves. A savoir :

Syphilides tertiaires.	4 cas.
Syphilide gommeuse du pharynx. . .	1 —
Sarcocèle.	1 —
Périostose temporale volumineuse, avec hémiplégie faciale symptomatique. .	1 —
Syphilis cérébrale	6 —
Tabes.	1 —
Total. . . .	14 cas.

Quatorze accidents de syphilis tertiaire sur quarante-neuf cas, à savoir 28 pour 100 ! Quelle proportion ! Quelle proportion, alors surtout que j'ignore les suites d'un certain nombre de cas que je n'ai observés qu'à leur début, c'est-à-dire seulement pour quelques mois !

Donc, ma statistique, elle aussi, dépose en faveur de la croyance en question, et me voici (je ne dirai pas malgré moi, mais à mon insu) prêtant appui, de par mes observations personnelles, à la doctrine qui accorde aux syphilis nées d'un chancre de la main une gravité, voire une malignité spéciale.

Tel est l'état des choses.

Mais reste maintenant — autre question, et question toute différente — à interpréter, s'il est possible, ce résultat brutal de l'observation clinique.

Le problème se pose ainsi. La fréquence d'accidents tertiaires et d'accidents tertiaires graves à la suite des chancres de la main tient-elle au fait même de la pénétration du germe infectieux par la région de la main ; ou bien dérive-t-elle d'autres causes qu'il reste à déterminer ?

Eh bien, alors qu'on étudie de près le dit problème en l'envisageant sous ses diverses faces, il est vraiment

impossible de ne pas être frappé par nombre de considérations, qui comportent en l'espèce un intérêt tout particulier.

1° C'est, d'abord, que les chancres digitaux n'entraînent pas toujours à leur suite des syphilis graves, ni même des accidents de tertiarisme (contrairement à ce qui devrait avoir lieu si l'infection digitale était *par elle seule* une condition de gravité et de prédisposition au tertiarisme). Souvent, en effet, très souvent, ils ne sont suivis que de syphilis absolument moyennes, très ordinaires, très courantes, n'offrant rien de spécial comme intensité de manifestations. Ainsi, j'en trouve dans mes notes une demi-douzaine qui s'en sont tenus à quelques accidents secondaires, sans aboutir à la moindre manifestation ultérieure, bien qu'ils datent de 5, 8, 12, 20, 25 et 31 ans.

Donc, premier résultat à enregistrer : l'infection par la main ne comporte pas *nécessairement* de gravité spéciale; ou, en autres termes, il n'est rien de *fatal* dans la gravité qu'elle comporte indéniablement pour un certain nombre de cas.

2° Autre remarque : Le chancre digital est souvent un chancre méconnu à ses origines, et cela pour un certain temps. Donc, la syphilis qui en dérive n'est souvent traitée que *tardivement*, c'est-à-dire à échéance plus ou moins longue après le début de l'infection. Et j'ai bien le droit, alors, de me demander si ce retard dans l'intervention répressive du traitement n'entrerait pas pour une part dans l'intensité de la maladie et la fréquence du tertiarisme chez les sujets affectés de chancres digitaux.

3° Enfin, une considération toute particulière me frappe vivement. C'est que, pour leur grande majorité,

les cas de syphilis graves consécutives aux chancres digitaux ont été observés sur des *médecins*. Sur quatorze cas de tertiarisme et de tertiarisme grave consécutif à des chancres de ce siège, j'en compte dix sur des médecins, ce qui donne une proportion de 71 pour 100, c'est à-dire près des trois quarts.

Or, de par une longue expérience acquise sur la question, je me crois en droit d'affirmer ceci : que le médecin qui, d'une façon générale, constitue un si mauvais terrain (mauvais à son préjudice, mauvais *pour lui,* bien entendu) vis-à-vis des maladies de tout ordre, constitue un terrain bien pire encore, bien autrement défavorable vis-a-vis de la syphilis. Et cela de par trois raisons que je tiens à vous dire :

1° Parce que, d'abord, le médecin est un malade *moralement déprimé* vis-à-vis de la syphilis. La syphilis, il la connaît, il sait à quoi s'en tenir sur ses éventualités d'avenir. On peut bien tromper un client, un homme du monde qui prend peur de la syphilis, et le rassurer, le rasséréner, le réconforter par toute espèce de mauvaises raisons. Mais il n'en est plus de même pour le médecin, qui a « son siège fait », qui sait les dangers de son mal, qui se les exagère alors qu'il est en cause, qui en est inquiet, préoccupé, voire parfois désolé, bouleversé. On l'a dit avec toute raison : « Le médecin n'est jamais *un résigné* vis-à-vis de la vérole ». Si donc le médecin se présente à la syphilis en de telles conditions, est-ce qu'elle n'a pas beau jeu pour devenir grave sur lui par le seul fait de cet état de dépression et de prostration morale? Comment une telle disposition ne constituerait-elle pas pour la syphilis, comme pour toute autre maladie, un réel et puissant *facteur de gravité* ?

2° D'autre part, le médecin est souvent un *surmené*, un surmené physiquement et intellectuellement. A l'honneur de notre profession nous pouvons dire qu'on n'y est pas avare de sa peine et qu'on y travaille plus, beaucoup plus, à la fois intellectuellement et physiquement, que dans n'importe quel autre métier. Longue éducation scolaire préparatoire, longue éducation spéciale, soucis d'examens et de concours multiples, puis labeur professionnel intense, nuits troublées, veilles forcées, irrégularité permanente d'habitudes, de repas, de vie, etc., etc. ; est-ce que tout cela ne finit pas à la longue par constituer un surmenage réel, habituel, chronique, lequel certes est bien aussi de nature à conférer à la syphilis un élément de gravité particulière?

3° Puis, enfin, troisième raison : le médecin malade ne manque guère d'être un malade *mal traité*. Oui, conformément au vieux proverbe qui veut que « les cordonniers soient de tous les plus mal chaussés », les médecins sont de tous les plus mal traités, au moins en général, et cela de quelque maladie qu'ils soient affectés. D'abord, ils veulent se traiter eux-mêmes, et l'on sait par expérience quelle besogne médicale on fait sur soi-même. Puis, bon nombre se traitent mal par indifférence, par négligence, par scepticisme thérapeutique, voire (le croirait-on?) par défaut de temps. (A preuve, par exemple, un de nos confrères qui « n'avait jamais le temps de se faire les frictions mercurielles qu'on lui avait prescrites ».) D'autres, en plus grand nombre, sont mal traités par pléthore de consultants et de consultations, par multiplicité de médications, par absence d'une direction unique, d'un plan de campagne suivi, etc., etc. Et ainsi de suite. Bref, pour un motif ou pour un autre, j'ai presque toujours

vu les médecins devenus syphilitiques se traiter ou être traités d'une façon bien moins méthodique, bien moins régulière, propice et efficace, que la plupart de leurs malades ; voilà le fait.

Si bien, comme l'a dit Ricord, que « l'une des pires conditions pour prendre la vérole, c'est d'être médecin ».

Résumons-nous. — Nous venons de voir, d'une part, que, pour un grand nombre de cas, les syphilis issues de contaminations digitales sont des syphilis sans gravité spéciale, laissez-moi dire « des syphilis comme les autres » ; — et, d'autre part, que l'indéniable gravité de certaines syphilis issues de même origine peut trouver une explication rationnelle et plausible dans diverses conditions essentiellement individuelles, relevant de la personnalité même des sujets affectés. N'est-il donc pas logique d'après cela d'aboutir à cette conclusion : que le fait de la pénétration du virus par la région des doigts ne constitue en rien *par lui-même* un élément de gravité pour les syphilis dérivant de ce mode d'infection?

Prophylaxie. — Quoi qu'il en soit, il résulte de ce qui précède — en ce qui nous concerne personnellement, nous médecins, les plus exposés à ce mode de contamination par les doigts — une double indication prophylactique qui se résume en ceci :

1° Nous abstenir rigoureusement de manipuler des lésions spécifiques, de procéder à des pansements, à des touchers vaginaux, rectaux ou autres, à des accouchements, à des opérations, à des explorations quelconques, sur des sujets à antécédents syphilitiques connus *ou*

inconnus, alors que nous portons sur les mains le moindre traumatisme, la moindre desquamation, la moindre dénudation dermique (éraillure, éraflure, et surtout « envie » périunguéale), susceptible de servir de porte d'entrée au germe infectieux.

2° Ou bien, si nous sommes professionnellement astreints à de telles interventions, protéger soigneusement et sûrement ladite dénudation dermique contre la possibilité d'un contact infectieux.

Comment? Soit par des bandelettes agglutinatives, soit par une ou plusieurs couches de collodion élastique; — en recouvrant ce pansement, pour plus de sûreté, ou bien par un doigtier de caoutchouc ou bien par un doigt de gant.

Cette précaution est d'autant plus indispensable en l'espèce que l'absorption infectieuse qui se produit sur une dénudation dermique paraît être *immédiate*, paraît se faire aussi rapidement que l'éclair, voire résister aux ablutions, si rapidement soient-elles pratiquées après l'application du contage. C'est là tout au moins ce dont semblerait témoigner (sans rappeler d'autres cas analogues [1]) un fait malheureux raconté en ces termes par le Dr Jullien. Le docteur X., spécialiste éminent, portait à un doigt une petite excoriation saignante. Consulté par un client, qui lui présentait à examiner un chancre de la verge, il fut forcé, pour explorer l'ulcère, de placer son doigt malade en arrière de la verge; mais le malheur voulut que précisément il le plaçât en regard et en contact avec le scrotum, juste sur un point où se trouvait un second chancre syphilitique. Dès qu'il s'en aperçut, il courut se laver, multiplia les

1. V. page 197.

ablutions les plus complètes. Peine inutile! L'absorption était déjà faite, et l'infection suivit son cours[1].

Traitement. — Naturellement très variable suivant les formes morbides.

Aux cas simples et bénins suffit le traitement usuel du chancre, à savoir : pansements, trois fois par jour, avec ouate hydrophile enduite d'une pommade au calomel; — ou bien pansements par occlusion avec bandelettes de taffetas de Vigo. — Immobiliser le pansement, quel qu'il soit, par un doigtier.

Dans les cas plus sérieux, nécessité d'un traitement un peu plus complexe. Ce qu'il y a d'essentiel, c'est de prévenir ou de combattre les complications inflammatoires ou douloureuses, c'est de conjurer la formation du panaris symptomatique. Pour cela :

D'abord, condamner au repos absolu le doigt et la main. — Bras en écharpe, d'une façon permanente.

Puis, antiphlogistiques locaux : bains fréquemment répétés; — bains locaux, au moins deux fois par jour et pour vingt minutes à une demi-heure chaque fois, dans une décoction émolliente tiède (décoction de guimauve, décoction de guimauve et pavot, etc.). — Éviter les ablutions phéniquées et, plus encore, les ablutions au sublimé, qui sont irritantes.

Pansements réguliers, deux fois par jour, avec ouate enduite d'une pommade à l'iodoforme.

Après avoir essayé nombre de topiques, c'est encore à l'iodoforme qu'il a fallu revenir pour le pansement des chancres digitaux, en dépit de l'inconvénient de son insupportable odeur. C'est qu'en effet, comme

1. V. Jullien, *Traité des mal. vén.*, 11e édit., p. 537.

chacun sait, l'iodoforme est un excellent topique en tant qu'agent modificateur ; de plus, en l'espèce, il a l'avantage d'agir comme anesthésique pour calmer la douleur et l'éréthisme local. — On l'emploie sous forme de pommade, à la dose de 1, 2, 3 grammes pour 10 grammes de vaseline. — Très certainement il est mieux toléré en pommade que sous forme pulvérulente (sauf à la période tout à fait terminale).

— Que si l'ongle paraît entretenir l'irritation locale et les douleurs, *à fortiori* favoriser et prolonger l'état ulcéreux, l'indication formelle est de l'extraire, et cela plus tôt que plus tard.

— Enfin, contre les chancres fongueux, on aura recours aux cautérisations. Le nitrate d'argent sera d'abord mis en usage. Mais, s'il se montre insuffisant (et tel doit être, j'imagine, le cas habituel), on n'hésitera pas à faire appel à d'autres agents plus énergiques, notamment au thermo-cautère.

Quant au traitement général, ai-je à dire qu'il devra être prescrit dès que le diagnostic sera établi d'une façon positive? Et même, puisque les chancres digitaux peuvent être — cela pour une raison ou pour une autre, n'importe — l'origine de syphilis particulièrement graves, l'indication sera de mettre en œuvre la médication spécifique le plus hâtivement possible et de la prescrire à bonnes doses, j'entends à doses proportionnées à la tolérance du malade, à son âge, à son tempérament, à l'état de ses forces, etc.

CHANCRES DES RÉGIONS ANALE, PÉRIANALE ET RECTALE.

Les chancres de ces diverses régions sont de l'ordre de ceux dont la fréquence peut être le moins sûrement déterminée.

Dans ma statistique de ville, j'en trouve 52 sur un total de 10.000 chancres de toutes régions; ce qui donnerait une proportion de 1 chancre de ces régions sur 192 chancres de tout siège. Mais je suis le premier à reconnaître que ces chiffres n'ont aucune signification. Et, en effet, les chancres de ces régions sont, sans aucun doute, ceux qui échappent le plus souvent au médecin, parce qu'ils sont de la catégorie de ceux que les malades (tout spécialement les hommes) tiennent le plus à tenir cachés, à dissimuler, et pour cause. Sans compter, d'ailleurs, qu'en raison de leur siège souvent larvé, quelquefois aussi de leur indolence et de leur curation spontanée, ils peuvent, de bonne foi, rester méconnus.

D'une façon absolue, ils sont plus communs chez l'homme que chez la femme; — mais, relativement, ils sont beaucoup plus fréquents chez la femme. Ainsi, j'en compte 37 chez l'homme contre 15 chez la femme; mais, relativement au nombre total des chancres observés dans l'un et l'autre sexe, la proportion devient celle-ci :

Chez l'homme, un chancre des régions anale, périanale et rectale, sur 192 chancres de tout siège; — et, chez la femme, un de ces chancres sur 25.

De même, M. le Dr Jullien, en additionnant les

résultats de plusieurs statistiques d'hôpital, est arrivé aux chiffres suivants :

Chez l'homme, 1 de ces chancres sur 119.

Chez la femme, 1 de ces chancres sur 21.

On rencontre aussi quelquefois des chancres de ce siège chez les enfants de l'un ou l'autre sexe, voire chez les tout jeunes enfants et cela comme conséquence d'attentats criminels.

D'autre part, la fréquence de ces chancres est éminemment variable suivant le *milieu* où l'on observe. Ainsi il est certain :

1° Qu'ils sont beaucoup plus communs dans les basses classes que dans les classes riches ou bourgeoises. — Sans aucun doute, on en rencontre infiniment plus à l'hôpital que dans la clientèle de ville.

2° Qu'ils sont particulièrement communs dans le public des prostituées, comme aussi dans une catégorie de gens encore plus bas placés que ces dernières dans l'échelle de l'ignominie, à savoir les prostitués mâles et les pédérastes.

3° Qu'ils sont particulièrement communs en certains pays où continuent à rester florissantes les mœurs antiques des Alexis et des Corydon, hélas! chantées par Virgile. — A ce propos, voici une statistique des plus curieuses, que j'emprunterai au Dr During, qui exerce à Constantinople.

« Sur un total de 42 chancres extra-génitaux, observés par ce confrère en l'espace de dix-huit mois, 31 siégeaient soit au pourtour de l'anus, soit au niveau de l'orifice anal, soit dans le rectum[1]. » — 31 sur 42, c'est-à-dire 74 pour 100, quelle proportion!

1. V. *Monatshefte für prakt. Dermat.*, T. XIII, n° 11. — Analyse *in* Gazette médic. de Paris, 1892, p. 381.

Et ce n'est pas tout. Car : 1° de ces 31 chancres, il n'y en avait que 5 qui affectaient des adultes. Donc les 26 autres affectaient des enfants! — Et, 2° sur les 5 adultes affectés de tels chancres, 4 étaient du sexe masculin!!

Cela peut se passer de commentaire.

Division. — Les chancres de ces régions se divisent tout naturellement en trois groupes, de la façon suivante :

1° Chancres *péri-anaux*, situés au voisinage, mais à une certaine distance de l'anus.

2° Chancres *anaux*, occupant l'anus même.

3° Chancres *rectaux*, localisés dans la partie la plus inférieure du rectum, au voisinage, mais à une certaine distance de l'anus même.

Les chancres de ces divers sièges ont une fréquence très inégale.

Les plus communs et de beaucoup sont ceux qui occupent l'anus même.

Ceux de la région péri-anale sont moitié moins fréquents.

Quant à ceux du rectum, ils sont plus que rares, et l'on peut à bon droit les dire exceptionnels. On n'en compte, en effet, qu'une demi-douzaine d'observations bien authentiques, exclusion faite d'un certain nombre d'autres qui restent discutables. Pour ma part, je n'en ai jamais vu qu'un seul cas bien certain, irrécusable, et trois autres dont le diagnostic m'a laissé quelques doutes.

Étiologie. — A cela près d'un fait particulier, l'étiologie de ces chancres est celle de la plupart des

chancres étudiés jusqu'ici; ce qui me permettra d'être bref. — Comme pour ceux-ci, elle dérive de contagions *directes*, *indirectes* ou *médiates*.

I. — Dans le premier ordre de cas, la contagion est portée sur les divers points en question ou par la verge ou par la bouche.

Souvent (mais non toujours, tant s'en faut, j'ai besoin de le préciser dès ce moment) la contagion est portée là par la verge, dans un rapport ou tout au moins dans une approche sodomique.

Sur ce point, les aveux des malades (hommes ou femmes) sont fréquemment formels et décisifs. Fréquemment, d'ailleurs, à défaut d'aveux, les allures et les antécédents des malades suffisent à nous édifier. Chaque année nous avons dans le service quelques-uns de ces êtres ignobles, immondes, professionnels de la pédérastie, qui ou bien avouent cyniquement l'origine de telles contaminations, ou bien la laissent deviner par cet habitus spécial qu'a si bien décrit Tardieu. Inutile de dire que de tels êtres sont pour la plupart des jeunes gens, voire parfois des adolescents.

Mais quelquefois aussi, au lieu d'être consentie, l'approche qui transmet la contagion résulte d'un sévice, d'une violence, d'un viol spécial. Telle est l'origine de ces faits odieusement criminels qui vont se dérouler en cour d'assises, faits relatifs à des contaminations subies par de jeunes sujets, voire quelquefois par des enfants. C'est ainsi que j'ai traité à Lourcine une jeune servante de 15 à 16 ans, qui, s'étant laissé entraîner un soir dans le fossé des fortifications par une bande de jeunes gredins, subit là les assauts de toute la bande et fut contaminée, d'une part, à la vulve et, d'autre part, à l'anus.

Dans un fait relaté par le Dr Coutagne, le même

individu transmit un chancre syphilitique vulvaire à une enfant de six ans et demi, et un chancre anal à une petite fille de huit ans.

J'ai dans mes notes l'histoire d'un chancre anal observé sur un enfant de deux ans. Ce chancre lui avait été transmis par un jeune apprenti qui travaillait dans la famille de l'enfant.

Ajoutons enfin que l'âge adulte n'est pas toujours exempt de tels sévices. Exemple : Un jeune peintre, qui voyageait en Algérie, voulut un soir, à Biskra, aller jouir « des splendeurs d'une nuit dans le désert ». Il tomba dans les mains d'une bande d'Arabes qui le dévalisa, le roua de coups et lui laissa comme souvenir un chancre syphilitique de l'anus, compliqué d'une violente inflammation rectale, d'ailleurs plus que motivée.

D'autres fois la contamination est portée sur les mêmes points par la bouche.

Je n'insisterai sur ce point que pour attester, au nom de l'expérience, qu'une contamination de cet ordre est bien autrement fréquente qu'on ne serait tenté de le croire, et que, d'autre part, elle ne laisse pas de se rencontrer parfois sur des sujets que leur âge, leur situation sociale, leur respectabilité même, dirai-je, sembleraient devoir tenir le plus à l'abri d'un semblable mode de contagion. L'histoire de tels cas est toujours la même, et la voici, telle qu'elle m'a été racontée maintes fois dans mon cabinet. C'est un homme du monde, bien posé, mûr et plus que mûr quelquefois, marié le plus souvent, qui, à la suite d'un grand repas, d'un dîner joyeux, se laisse entraîner chez une fille. Il n'est pas plus tôt là qu'il se trouve pris de

frayeur et de regret. La honte, puis la peur le dégrisent et le *paralysent* à la fois. Et c'est alors que des excitations d'ordre extraordinaire viennent à bout et de ses hésitations et de sa défaillance. — J'ai dans mes dossiers plus d'une douzaine de cas de cet ordre observés, je le répète et j'ai besoin de le répéter, sur des sujets de la classe élevée, sur des sujets qu'*à priori* tout le monde eût jugés le moins susceptibles de contaminations d'un tel genre.

II. — Dans un second ordre de cas, la contagion est portée sur les mêmes points d'une façon *indirecte*.

Deux procédés président alors le plus souvent à la transmission du contage.

1° Le transport *par les doigts*. Exemple : Un sujet porte à l'anus ou sur les régions périnéales ses doigts imprégnés de pus virulent; tout naturellement, il peut de la sorte s'inoculer le contage sur ces points.

C'est ainsi qu'un de mes clients, en la sincérité duquel j'ai toute confiance, contracta simultanément, dans une même nuit, un chancre de la verge et un chancre de l'anus, qui firent éclosion l'un et l'autre quatre semaines après un rapport avec une fille affectée de plaques muqueuses vulvaires. Or, il se souvenait parfaitement qu'à l'époque de ce rapport il souffrait depuis quelques jours d'un eczéma périnéal très prurigineux, qui le forçait à se gratter. Très certainement, donc, ce fut en se grattant la région malade avec ses doigts souillés de sécrétions vulvaires qu'il s'inocula l'anus; car, affirmait-il, la contagion « ne pouvait dériver d'aucun autre attouchement ».

2° Second procédé, celui-ci exclusif à la femme : contamination de l'anus *par la vulve*; — c'est-à-dire

transport du contage à l'anus par l'écoulement des sécrétions issues du vagin.

Quantité de femmes s'étonnent de bonne foi d'avoir été contaminées à l'anus, alors, jurent-elles « leurs grands dieux », qu'elles « n'ont rien fait pour cela ».

Eh bien, l'explication de ce fait me paraît très simple, et les choses sans aucun doute doivent se passer de la façon suivante. Une femme, après un rapport avec un homme contaminé à la verge, se lave la vulve et pratique même une injection. Voilà, de ce chef, la vulve et la cavité vagino-utérine ayant grandes chances d'être préservées. Mais, je suppose (et comment pourrait-il en être autrement?) que, pendant ou après le coït, des liquides contagieux se soient répandus sur le périnée et l'anus. Est-ce qu'un simple lavage va pénétrer dans les plicatures de l'anus, de façon à en expulser les liquides qui s'y sont introduits et qui y stagnent par capillarité? Pour qu'un tel lavage fût efficacement détersif, il faudrait qu'il fût pratiqué sur l'anus ouvert et déplissé, ce qui constituerait presque une opération chirurgicale. Aussi bien le contage non expulsé subsiste-t-il nécessairement *in situ* et peut-il inoculer l'anus.

Ainsi s'expliquent très sûrement nombre de contaminations anales *imméritées*.

D'ailleurs, nous avons parfois la démonstration de ce processus, de ce mode de contagion, en le surprenant pour ainsi dire sur le fait. C'est ainsi que certaines femmes, admises à l'hôpital pour des chancres simples vulvaires et exclusivement vulvaires, viennent parfois à présenter quinze jours, trois semaines, un mois plus tard, des chancres simples du périnée ou de l'anus. Comment la contagion a-t-elle pu se propager ainsi de la vulve à l'anus? En l'espèce, une seule explication

possible, à savoir : transmission du contage par l'écoulement des liquides vaginaux se déversant sur le périnée et venant souiller l'anus.

Eh bien, si ce mode de contamination est authentique pour le chancre simple, la logique le rend irrécusable pour le chancre syphilitique.

III. — Enfin, des contagions *médiates* peuvent s'exercer sur les régions anale, péri-anale, voire rectale, tout aussi bien qu'ailleurs. Nombre d'observations éparses dans les recueils périodiques témoignent de contaminations de cet ordre s'étant produites par les intermédiaires les plus divers, tels que : éponges, linges, serviettes, papiers, canules d'irrigateurs, bidets, latrines, bassins, instruments de chirurgie, etc. Deux exemples suffiront :

Le Dr Feulard a relaté l'observation d'une petite fille de vingt et un mois qui fut contagionnée par une éponge sur la marge de l'anus et présenta là un chancre syphilitique, bientôt suivi d'accidents graves de syphilis. Or, la tante de l'enfant, jeune fille de quinze ans, se servait en cachette, pour sa toilette intime, des éponges réservées au bébé; et ladite tante était à ce moment en pleine syphilis secondaire, avec syphilides vulvaires et anales[1].

J'ai dans mes notes un cas de même genre, relatif à une vieille dame de ma clientèle, qui fut infectée à l'anus par une canule d'irrigateur dont se servait, à son insu, sa femme de chambre, affectée de syphilides vulvaires.

A cela il faut ajouter encore une contagion dont j'ai

1. V. *Ann. de dermat. et de syph.*, 1890, p. 324.

déjà produit plusieurs exemples et qui n'est autre que la contagion par le *crayon de nitrate d'argent.*

Je suis persuadé que plusieurs cas de chancres anaux ou péri-anaux que j'ai observés en ville ont résulté de cautérisations pratiquées avec le crayon de nitrate d'argent. De cela je n'ai que deux ordres de preuves, preuves insuffisantes, à coup sûr, mais les seules dont on puisse disposer en la circonstance, à savoir :

1° Des raisons morales. — Plus d'une demi-douzaine de fois il m'est arrivé de constater des chancres anaux ou péri-anaux sur des sujets à propos desquels le soupçon d'une contamination par les procédés usuels n'était vraiment pas acceptable, notamment, pour deux cas, sur de braves mères de famille, vénérables, âgées, dont j'ai trouvé de plus les maris sains.

2° Des présomptions cliniques. — Toujours, dans les cas en question, un même ordre de circonstances a présidé soit à la genèse du chancre, soit à l'évolution morbide. Ainsi : Toujours le chancre s'est manifesté dans les mêmes conditions, à savoir sur des sujets affectés depuis un certain temps de diverses lésions anales (fissure, hémorrhoïdes, excoriations, eczéma, etc.), lésions à propos desquelles une cautérisation avait fini par intervenir. — D'autre part, c'est invariablement de trois à cinq semaines à la suite de cette cautérisation que s'est inaugurée la lésion nouvelle constituant le chancre. — Puis, à son tour, cette lésion a été suivie, à distance significative de six, sept à huit semaines, par l'explosion spécifique secondaire. — Un tel ensemble de considérations et, tout particulièrement, ce rapport chronologique entre la cautérisation et l'invasion du chancre ne laissent pas, certes, de constituer des présomptions réelles en faveur d'une inoculation par le

crayon de nitrate d'argent. Au surplus, c'est là un point que j'ai déjà longuement discuté devant vous et sur lequel je n'ai plus à revenir[1].

Déductions médico-légales. — On conçoit qu'au point de vue médico-légal les chancres dont nous parlons actuellement soient de nature à soulever de difficiles et délicats problèmes.

Or, laissez-moi vous le dire en deux mots, les seules déductions que puisse légitimement autoriser la clinique sont les suivantes :

1° Aucune des diverses localisations des chancres en question ne constitue par elle-même un témoignage authentique, irrécusable, d'une contagion sodomique; car le chancre rectal lui-même pourrait, *à l'extrême rigueur*, dériver d'un autre procédé de contamination.

2° De toutes ces localisations diverses, la localisation intra-rectale est à coup sûr celle qui, sans constituer une certitude absolument péremptoire, justifie avec le plus de vraisemblance le soupçon d'un rapport anormal;

3° Chez l'homme, le chancre anal établit une présomption réelle en ce sens, mais rien de plus, rien au delà d'une présomption, ce chancre pouvant dériver et dérivant très sûrement pour un certain nombre de cas de toutes autres causes qu'un rapport anormal;

4° Chez la femme, enfin, ce chancre perd presque toute signification suspecte, susceptible qu'il est de dériver et dérivant fréquemment soit d'une approche maladroite et accidentelle du membre viril, soit du simple écoulement des liquides vaginaux sur la région péri-anale.

Étude clinique. — I. — *Chancre péri-anal.* — Je

1. V. page 312 et suiv.

pourrai être bref sur ce premier type. Et, en effet, les chancres péri-anaux sont des chancres cutanés, ayant tous les caractères des chancres cutanés ou ne s'en différenciant que dans l'un de leurs types.

Ils sont le plus souvent uniques. Cependant on peut les rencontrer multiples, au nombre de deux, trois, quatre et même cinq, comme sur l'une des pièces de notre musée[1].

Ils se présentent sous les trois modalités usuelles des chancres cutanés, c'est-à-dire :

1° Sous la modalité *érosive* (c'est là leur type le plus habituel);

2° Sous la modalité *exulcéreuse*;

3° Sous la modalité *ulcéreuse*.

A leur tour, ces trois formes aboutissent souvent à une quatrième, dite *papuleuse*. Rien de plus commun, en effet, que de voir les chancres de cette région, surtout lorsqu'ils sont irrités par le défaut de soins et la malpropreté, s'exhausser de surface, devenir végétants et bourgeonnants. Ils simulent alors exactement la papule érosive secondaire. Souvent même il est difficile de les en différencier, si ce n'est par l'état plus résistant de leur base.

Enfin, en certains cas, ces chancres affectent une forme toute particulière, constituant ce qu'on appelle le *chancre plissé* ou le chancre *à rhagades*, qui se présente sous l'aspect suivant :

D'une part, sa surface est parcourue par un, deux ou trois plis, rayonnant tous vers l'anus, lesquels ne sont autres que les plis normaux de la région, mais notablement hypertrophiés, et hypertrophiés soit par le

1. V. pièce n° 313, musée de Saint-Louis, Coll. particulière.

néoplasme chancreux, soit par un exsudat inflammatoire sous-jacent. Ces plis se dessinent en relief sur l'aire du chancre sous forme de bourrelets en éventail, qui convergent vers l'orifice anal.

D'autre part, le processus ulcératif du chancre pénètre dans les interstices de ces bourrelets et constitue là autant de sillons linéaires assez creux, rouges, figurant des crevasses ou des rhagades effilées. Ces sillons restent masqués à l'état de repos de la région, mais se révèlent dès qu'on vient à déplisser la marge anale, c'est-à-dire à étaler le chancre.

Cette forme de chancre, à la fois plissée et fissurée, est tout à fait spéciale à la région.

II. — *Chancre rectal.* — Quelques mots suffiront de même relativement au chancre rectal, chancre tellement rare qu'aucun syphiliographe, je crois, ne serait encore en mesure d'en fixer la symptomatologie[1].

D'abord, c'est, par excellence, un chancre *larvé*. Il faut donc le rechercher pour le constater; mais encore, pour le rechercher, faut-il y être invité par quelque raison spéciale. Or, cette raison se présente-t-elle en clinique? Oui, quelquefois. Ainsi l'on peut être invité à rechercher un chancre rectal dans le cas où le malade se plaint vaguement d'une douleur ano-rectale, douleur se produisant un peu avant la défécation, puis lui succédant pour un temps plus ou moins prolongé; — douleur généralement assez légère, pouvant être cependant assez vive (Hartley, Campenon), mais en tout cas n'ayant rien de comparable à la fameuse épreinte déchirante, angoissante, de la fissure anale. — Remar-

1. V. C. Perceau, *Étude sur le chancre syphilitique du rectum*, Thèses de Paris, 1894.

quez au passage, messieurs, ces phénomènes douloureux; la chose en vaut la peine, tant la douleur est une exception dans la symptomatologie du chancre syphilitique.

D'autres fois encore, mais bien plus rarement, on peut être conduit à rechercher le chancre de par un autre symptôme, à savoir : expulsion avec les selles de matières glaireuses, tachetées de sang, striées de sang (« crachats rectaux » de Trélat).

Voilà motifs à suspecter un chancre.

L'éveil ainsi donné, on procédera à la recherche du chancre, et cela de deux façons :

1° D'abord, par le toucher rectal qui pourra faire reconnaître ceci : soit une certaine irrégularité en surface de la muqueuse rectale; — soit (signe majeur) un petit foyer de rénitence circonscrite, contrastant avec la souplesse normale des tissus environnants. Cette rénitence, c'est l'induration du chancre, induration, paraît-il, assez nettement appréciable en général, quelquefois même bien accentuée, puisqu'en un cas le Dr Paul Jean a pu la taxer de « pseudo-cartilagineuse[1] ».

2° Par l'inspection directe, pratiquée soit avec tel ou tel spéculum de l'anus, soit avec les dilatateurs de tout genre, soit avec la valve de Sims. Ce dernier instrument m'a toujours paru préférable à tous les autres. Aidé d'un bon éclairage, il permet de distinguer assez nettement l'état des parties, et l'on arrive alors à constater ceci :

Une lésion intra-rectale, située à une hauteur variable au-dessus du sphincter, quelquefois à deux, trois, quatre centimètres au-dessus, quelquefois au contraire l'avoisinant presque immédiatement; — lésion bien cir-

1. V. Paul Jean, *Essai sur la syphilis précoce du rectum*, Thèses de Paris, 1885.

conscrite; — petite en général et comparable en moyenne à une pièce de cinquante centimes ou d'un franc, mais pouvant atteindre (comme dans le cas du Dr Campenon [1]) la dimension d'une pièce de cinq francs; — lésion arrondie ou ovalaire; — érosive ou sub-ulcéreuse; — rosée, rouge, ou d'un brun sombre; — au total, donc, lésion n'offrant rien de spécial et tout à fait conforme, en tant que caractères objectifs, à la physionomie usuelle du chancre.

De tels signes, alors qu'ils peuvent être perçus d'une façon catégorique, ne laissent que peu de doutes sur la qualité chancreuse d'une lésion rectale. Ils n'en laisseront pas, s'ils viennent à être confirmés par une adénopathie satellite.

Or, où se fait cette adénopathie satellite du chancre rectal, qu'il faudra toujours rechercher comme complément diagnostique ?

Soit dans les ganglions inguinaux (par anastomose des lymphatiques les plus inférieurs du rectum avec ceux de l'anus); — soit dans un groupe de ganglions situés dans la concavité du sacrum. On dit avoir pu atteindre et sentir distinctement des masses ganglionnaires sur les côtés ou en arrière du rectum.

En résumé, donc : douleurs accompagnant la défécation; — constatation par le toucher d'un foyer d'induration circonscrit des parois rectales; — constatation par la vue d'une lésion rectale nettement circonscrite, érosive ou ulcéreuse; — adénopathie inguinale ou prœsacrée; — tels sont les signes qui permettront de reconnaître le chancre intra-rectal.

1. V. Thèse précitée du Dr Perceau, p. 37.

III. — *Chancre anal.* — Celui-ci est bien autrement intéressant en raison et de sa fréquence et de ses particularités objectives.

Relativement à ses localisations précises, on a coutume d'en scinder l'exposé en trois chapitres, et de décrire séparément : 1° un chancre anal *cutané*; — 2° un chancre anal *muqueux*; — 3° un chancre anal *cutané-muqueux*. Cette division est peut-être bien un peu minutieuse. Conservons-la cependant, puisqu'elle est consacrée.

1. — Le chancre anal *cutané* est le pendant du chancre péri-anal, que je vous décrivais à l'instant. Seulement, au lieu d'être plus ou moins distant de l'anus, il est exactement contigu à l'orifice anal, auquel il semble attenant, auquel même parfois il paraît comme appendu, à la façon d'une feuille sessile sur sa tige.

C'est, comme le chancre péri-anal, un chancre *plissé* et un chancre *à rhagades*; double configuration dont les détails objectifs nous sont connus par ce qui précède. — C'est, de plus, un chancre généralement ovalaire et à grand axe dirigé vers l'anus. — Il se présente avec une teinte d'un rouge foncé, voire parfois violacée, alors qu'il est situé au voisinage de veines hémorrhoïdales plus ou moins dilatées.

II. — Le chancre anal *muqueux* ou chancre anal proprement dit est celui qui occupe le canal muqueux de l'anus, canal variant comme hauteur entre un centimètre et demi et deux centimètres.

C'est un chancre de physionomie toute particulière, et cela, non pas qu'il diffère du chancre syphilitique par quelque attribut spécial, mais parce qu'il se trouve modifié comme aspect par des conditions toutes locales. C'est qu'en effet il est forcé de s'adapter à la région

qu'il affecte, en se modelant sur l'anneau contractile qui constitue l'anus. Bref, c'est ou bien un chancre *froncé*, un chancre « en collet de bourse », ou bien un chancre « en feuillets de livre ». — Mais détaillons.

D'abord, de deux choses l'une :

Ou bien le chancre est absolument *larvé*, c'est-à-dire latent, dissimulé dans le canal muqueux de l'anus. Dans ce cas, on ne le voit pas à l'état de repos des parties; il faut, pour l'apercevoir, entr'ouvrir l'anus.

Ou bien il se dénonce à l'extérieur en débordant l'anus par un segment de sa surface, sous forme d'une sorte de petit promontoire qui fait saillie hors de l'orifice anal.

Dans l'un et l'autre cas, on n'aboutit à se rendre un compte exact de la lésion qu'en dilatant l'anus. Comment? Le procédé le moins douloureux, le plus simple et le plus pratique, consiste à écarter fortement l'anus par des tractions exercées en sens inverse, à l'aide des deux pouces, sur deux pôles opposés de l'orifice anal. Alors seulement que cette méthode reste insuffisante, on a recours à la dilatation instrumentale, soit par tel ou tel spéculum *ani*, soit par l'écarteur à trois branches de Ricord, soit, mieux encore, avec une petite valve de Sims.

L'anus étant ainsi dilaté d'une façon ou d'une autre, on aperçoit le chancre à découvert.

Or, étalé de la sorte, ce chancre n'est autre comme facies, comme caractères cliniques, que le chancre usuel, à savoir : une lésion bien circonscrite, bien définie de contours; — de moyenne ou de petite étendue; en général comparable à une amande ou à l'ongle du médius; — siégeant soit en avant, soit en arrière de l'anus, bien plus rarement sur ses côtés; — ovalaire ou ellip-

tique et à grand axe parallèle au canal de l'anus; quelquefois allongée, étroite, effilée; — sans bords entaillés en arête; — érosive ou sub-ulcéreuse, bien plus souvent que véritablement ulcérative; — lisse de fond; — offrant une coloration rouge et d'un rouge sanguin ou foncé, quelquefois même violacée, livide et vineuse.

Voilà ce qu'on voit à l'état de dilatation de l'anus.

Mais, cessez la traction qui maintient l'écartement de l'anus ou retirez progressivement la valve de Sims, et tout aussitôt vous assisterez à un véritable changement à vue. Immédiatement le chancre changera de physionomie, pour se présenter à vous sous tel ou tel des deux aspects que voici :

Ou bien vous le voyez se froncer, se crisper, à la façon du collet d'une bourse dont on tire les cordons pour la fermer. De sorte que, dans ce froncement concentrique, les divers segments qui constituent la surface de la plaie reviennent sur eux-mêmes, se rapprochent, entrent en contact réciproque et s'adossent, à la façon — je reprends toujours la comparaison — des plicatures du collet d'une bourse.

Ou bien encore il se produit un phénomène plus curieux consistant en ceci : le chancre se trouvant divisé en deux segments rigides (rigides en raison de l'infiltration sous-jacente), ces deux segments s'écartent et se séparent à la façon des deux moitiés d'un livre que l'on ouvre, alors que l'on vient à écarter l'anus et pour tout le temps qu'on le maintient dilaté. Puis, inversement, dès qu'on cesse de distendre l'anus, ils reviennent aussitôt en contact, c'est-à-dire en adossement réciproque, et cela (toujours suivant la comparaison précédente) à la façon des feuillets d'un livre que l'on ferme. — Ce chancre de configuration si particulière a reçu, vous le savez,

une dénomination spéciale; on l'a baptisé du terme actuellement consacré de « chancre *en feuillets de livre* ».

Cela dit, il ne nous reste plus maintenant qu'à nous expliquer sur deux points :

1° Le chancre anal est-il *douloureux*? — Oui, sans doute, en ce sens qu'il est sensible au toucher, au lavage, aux pansements, à la distension du sphincter; *à fortiori*, par conséquent, est-il douloureux dans la défécation. Mais il n'est pas plus sensible et douloureux que ne l'est une plaie quelconque que l'on vient à irriter d'une façon ou d'une autre. — A l'état de repos des parties, il redevient et reste indolent.

Donc, relativement à d'autres lésions de l'anus, il ne constitue jamais qu'un accident médiocrement douloureux, douloureux à un faible degré. C'est assez dire qu'il se différencie en cela de certaines affections anales, telles que la fissure tout particulièrement, laquelle s'accompagne de si effroyables souffrances au moment et surtout à la suite de la défécation. Il y a donc là, vous le voyez, un contraste dont le diagnostic peut tirer le plus utile profit; car jamais avec le chancre on n'observe ces douleurs spasmodiques, angoissantes, atroces parfois, qui sont le fait de la fissure.

2° L'*induration* du chancre anal est-elle perceptible et utilisable pour le diagnostic?

Oui et *non*, suivant les cas, mais cela d'une façon très inégale comme fréquence.

Oui, alors que le segment inférieur du chancre déborde l'anus sous forme d'une crête saillante que l'on peut explorer avec la pulpe d'un doigt, que l'on peut même en certains cas saisir entre deux doigts.

Mais ici se présente une cause d'erreur qui doit être expressément signalée. C'est que parfois des lésions

vulgaires de l'anus, irritées par l'inflammation, se constituent un lit, une base d'induration qui peut parfaitement donner le change pour une induration spécifique et tromper les plus experts. Ainsi, le chancre simple tout particulièrement est à citer comme un type de lésion susceptible de se doubler, sous des influences diverses, d'une *induration factice*, essentiellement insidieuse pour le diagnostic.

Oui, de même, l'induration peut encore servir au diagnostic alors que l'introduction du doigt dans l'anneau du sphincter permet de sentir sur un segment circonscrit de la circonférence anale un foyer de rénitence locale bien accentuée, rénitence très différente de la dureté résultant de la tension tonique du sphincter.

Toutefois, ici encore il convient de se tenir en garde; car on court grand risque d'être trompé par une contraction spasmodique du sphincter et de croire à une induration qui n'existe pas. Une telle erreur de sensation est plus facile à commettre qu'on ne le croirait possible *à priori*. La *circonscription bien nette du nodus résistant* et sa *permanence au même siège* à tout moment de l'exploration sont les deux signes essentiels à bien constater pour une différenciation positive entre l'induration vraie du chancre et la rigidité réflexe du sphincter.

Donc, en dépit des causes d'erreur précitées, il est un certain nombre de cas où l'induration du chancre anal est accessible au doigt et cliniquement utilisable pour le diagnostic.

Mais, à côté de ces cas, il en est un bien plus grand nombre d'autres où le signe en question fait défaut, tout au moins ne saurait être perçu de façon à fournir au diagnostic un élément décisif et péremptoire.

C'est qu'en effet des circonstances matérielles s'opposent fréquemment à ce que la base du chancre anal soit explorée d'une façon suffisante. D'abord, la manœuvre nécessaire n'est pas sans présenter quelques difficultés, sans compter qu'elle est au moins répugnante et qu'elle peut être dangereuse. Souvent aussi elle est douloureuse et impatiemment tolérée. Puis, enfin, tout en y procédant avec le plus de soin et le plus de résignation possible, on ne parvient pas toujours à isoler la base de la lésion, à la circonscrire nettement sous le doigt. On est gêné par la disposition et la tension naturelle des parties, par la contraction réflexe du sphincter, par la résistance du malade, etc. En sorte que, pour la grande majorité des cas, il n'est rien à tirer, au point de vue diagnostique, d'un tel examen. L'induration existerait-elle, qu'elle resterait en maintes occasions presque impossible à constater. En sorte que le plus souvent, je le répète, on recule en pratique et devant les difficultés de la recherche et devant les incertitudes prévues de la constatation.

Variétés. — A cette description des formes usuelles sous lesquelles se présente le chancre anal, il faut encore ajouter, pour compléter le tableau de l'affection, les quelques variétés suivantes, toutes intéressantes à connaître.

1° *Chancre en crête extra-anale.* — Quelquefois le chancre déborde le canal anal et vient faire saillie, se projeter au dehors de l'anus sous forme d'une crête, d'un éperon. Ce qui produit ce prolongement extérieur du chancre, c'est un segment de la muqueuse qui, fortement infiltré par le néoplasme spécifique et induré en « carte de visite », émerge de l'anus dans une étendue

de quatre, six, huit millimètres. Le plus souvent, ce bourrelet muqueux est replié sur lui-même et constitue deux valves adossées à la façon des « feuillets d'un livre ». Ces deux valves s'entr'ouvrent quand on vient à dilater l'anus par écartement forcé, et l'ensemble de la lésion représente alors une cupule que limite inférieurement la crête rigide de l'éperon extérieur. Configuration tout à fait originale, particulière, et à laquelle se rattache une réelle signification diagnostique.

2° *Chancre hémorrhoïdaire.* — Le chancre peut siéger sur un bourrelet hémorrhoïdaire ; et alors il revêt tel ou tel des deux aspects suivants :

Tantôt (c'est le cas le plus simple pour le diagnostic, mais aussi le plus rare) il ne fait que surmonter le bourrelet hémorrhoïdal, comme sur cette pièce due à mon cher collègue le Dr Hallopeau[1].

Il est alors facilement reconnaissable, car rien n'est plus simple que de déterminer par l'analyse clinique, d'une part, le bourrelet hémorrhoïdaire servant de base au chancre et, d'autre part, le chancre couronnant ce bourrelet.

Tantôt, au contraire, il s'insinue dans les plis de bourrelets hémorrhoïdaires plus ou moins volumineux ; et alors, de deux choses l'une : S'il est petit, il prend la forme d'une lésion allongée, effilée, qui se dissimule dans l'interstice de deux mamelons contigus ; auquel cas on a affaire à une variété de chancre « en fissure ». — Au contraire, est-il plus ou moins large, il devient *informe*, en se moulant sur les parois adossées de deux ou trois mamelons hémorrhoïdaires voisins ; informe, ai-je dit, et j'ajouterai presque méconnaissable, car

1. Pièce n° 1509 du Musée de Saint-Louis, Coll. générale.

généralement alors, irrité et enflammé, il prend un aspect violacé, vineux, sphacélique même quelquefois, en simulant de la sorte les ulcérations consécutives aux phlegmasies, voire aux étranglements hémorrhoïdaires.

3° *Chancre fissural.* — Enfin, il est, si je puis ainsi parler, une variété *subjective* du chancre anal, qui, prenant la forme douloureuse de la fissure, peut être dite chancre *fissural.*

Par ce qui précède vous savez que le chancre anal constitue, comme règle, une lésion ou peu douloureuse ou même presque indolente; mais il n'est pas impossible qu'en certaines occasions (et pour des raisons encore inconnues) il devienne douloureux à un degré plus ou moins accentué, voire au degré de la fissure elle-même, et ce n'est pas peu dire.

M. le Dr Paul Jean a observé un cas de cet ordre, dans lequel un chancre de l'anus était particulièrement douloureux, « douloureux, dit-il, au point d'affecter la forme clinique de la fissure. Le malade accusait des souffrances très vives un quart d'heure après chaque selle; ces souffrances débutaient par une tension désagréable, puis s'exacerbaient et devenaient très violentes. Elles persistaient une demi-heure environ à ce degré, pour se calmer ensuite peu à peu. Le malade les redoutait à ce point qu'il évitait, dans la mesure du possible, d'aller à la selle. L'examen du chancre était très difficile et l'introduction du doigt dans l'anus à peu près impossible en raison de la douleur ».

Cette forme douloureuse du chancre anal est absolument exceptionnelle. Je n'ai pas souvenir de l'avoir observée.

Diagnostic. — Sur les divers points où nous venons

de l'envisager, le chancre des régions anale et péri-anale est de nature à donner lieu à de très nombreuses méprises : méprises de deux ordres, consistant les unes à prendre pour un chancre ce qui n'est pas un chancre, et les autres à méconnaître le chancre en l'assimilant à telle ou telle affection d'un autre ordre.

Voulez-vous un spécimen des erreurs possibles à commettre en l'espèce? Au hasard je citerai le suivant, qui nous a *tous* trompés ici-même.

Il y a quelques mois, mon collègue et ami le Dr Ducastel présentait à la Société de dermatologie, sous le nom de « chancre géant péri-anal » une lésion qui semblait vraiment, de par ses caractères objectifs, un type parachevé de chancre syphilitique péri-anal. C'était une lésion érosive de très grande étendue, rappelant absolument le chancre syphilitique de par sa surface lisse et unie, de par sa belle couleur rouge, de par l'induration de sa base, voire de par son adénopathie. Tout en restant sur la réserve, en raison de certaines anomalies relatives à l'étendue de la lésion et surtout à son induration vraiment trop exubérante, les membres de notre Société ont été *unanimes* (remarquez bien ceci) à la considérer comme un chancre. Et c'est seulement l'évolution morbide, sans parler d'un examen biopsique, qui a révélé la nature véritable de la lésion, laquelle n'était autre qu'un lymphosarcome[1].

Des méprises de ce dernier genre sont de celles auxquelles on ne peut s'attendre en raison du caractère exceptionnel de l'affection. Mais il en est d'autres, et assez nombreuses, qui sont à prévoir, parce qu'elles sont usuelles, courantes. Je vous parlerai seulement de

1. V. *Annales de dermat. et de syph.*, 1894, p. 1369.

ces dernières. Six d'entre elles — pas moins — méritent de nous arrêter.

I. — Disons tout d'abord qu'il y a souvent une difficulté réelle à différencier le chancre de la *plaque muqueuse* dans ses divers types et tout particulièrement dans son type papuleux.

Et, en effet, il arrive souvent qu'en raison de conditions toutes locales le chancre des régions péri-anales végète, s'exhausse, bombe, devienne papuleux et prenne décidément, absolument, l'aspect d'une papule muqueuse. Impossible alors, *de visu*, de le distinguer d'une plaque muqueuse. On ne parvient à l'en différencier que par des considérations d'un autre ordre, à savoir : par une rénitence de base plus accentuée; — et surtout (signe bien meilleur, signe supérieur à tout autre) par la chronologie des accidents.

D'autre part, il n'est pas moins fréquent que les plaques muqueuses anales et péri-anales, alors qu'elles sont anciennes, qu'elles ont été négligées, irritées par l'incurie et la malpropreté, se doublent à leur base d'un infiltrat inflammatoire plus ou moins épais, plus ou moins rénitent, lequel aboutit à simuler le néoplasme chancreux, l'induration chancreuse. Comment alors les différencier du chancre? Quelquefois on y parviendra de par leur multiplicité; — leur dureté plus pâteuse et plus diffuse que ne l'est l'induration du chancre; — leur coloration rosée ou grisâtre; — leur caractère de lésions moins arrêtées, moins circonscrites, moins définies que ne l'est le chancre, etc. Mais, d'autres fois, de tels signes resteront mal accusés, équivoques, au total insuffisants, et l'on sera forcé de rester dans le doute. — *A fortiori*, bien entendu, le diagnostic devra-t-il rester en suspens pour les cas complexes où ces

deux ordres d'accidents (chancre et plaques muqueuses) pourraient se trouver réunis au même siège, côte à côte. De tels cas, en effet, sont possibles, et même la clinique nous apprend qu'ils ne sont pas rares.

Fort heureusement, les erreurs de cet ordre ne portent pas à conséquence. Qu'un chancre soit pris pour une plaque muqueuse ou réciproquement, il n'importe guère, pour la pratique tout au moins. Car le traitement local des deux accidents est à peu près le même, et le traitement général qui dérive de l'un et de l'autre est identique. Donc, inutile d'insister sur ce point.

Tout au contraire, une méprise devient sérieuse et singulièrement regrettable alors qu'elle conduit soit à méconnaître la syphilis, soit à l'admettre indûment, comme dans les cas dont il me reste à vous entretenir.

II. — *Le chancre simple* des régions anale et péri-anale a plus d'une fois donné le change pour un chancre syphilitique. A l'anus notamment il le simule parfois d'une étrange façon, et cela à deux titres : 1° en affectant la configuration dite « en feuillets de livre », que l'on a fréquemment le tort de considérer comme spéciale au chancre syphilitique; — 2°, plus particulièrement encore, en se doublant à sa base, sous l'influence d'irritations accidentelles, d'une infiltration phlegmasique tout à fait dure et exactement identique à l'induration de la syphilis.

En général, cependant, il pourra être différencié — voire assez facilement — du chancre syphilitique par deux signes qui font rarement défaut, à savoir :

1° *Multiplicité de lésions*;

2° *Coexistence de lésions inégales d'âge et de développement.*

Je m'explique sur ces deux points.

1° Inutile de rappeler tout d'abord que le propre du chancre syphilitique est d'être soit unique, soit discret, tandis qu'inversement le chancre simple est presque toujours multiple, souvent même multiple à un singulier degré. Or, nulle part ailleurs plus qu'au niveau des régions anale et péri-anale ne s'accuse le contraste entre ces deux espèces morbides au point de vue du *nombre* de leurs lésions, et cela pour des raisons toutes locales, dérivant de la disposition de parties à surfaces tégumentaires adossées. Ainsi, il est absolument rare, voire exceptionnel (sauf le cas où un traitement approprié est intervenu dès le début des accidents), qu'un chancre simple de ces régions reste isolé, unique. Si peu qu'il soit laissé sans pansement pour quelques jours, il se *multiplie* sur place par une série d'inoculations de voisinage, en contaminant les surfaces adjacentes par le pus qui s'écoule de son ulcération. Il engendre donc de la sorte toute une série de chancres simples de seconde génération, lesquels sont non moins susceptibles, et toujours par le même mécanisme, de donner naissance à une troisième génération de chancres, et ainsi de suite. De là résulte presque toujours une certaine *confluence* de lésions, laquelle est caractéristique en certains cas, laquelle même parfois, rien que par son exagération extraordinaire, peut devenir presque pathognomonique.

2° D'autre part — et ce second signe n'a pas moins de valeur au point de vue diagnostique —, ces chancres multiples se présentent naturellement avec des caractères de développement et de *taille* (passez-moi l'expression) proportionnels à leur âge. A côté des chancres primitifs qui, adultes, ont déjà acquis, je suppose, les

dimensions d'une amande, on en trouve de plus jeunes qui ne dépassent pas encore celles d'une lentille, puis de plus petits encore, puis un certain nombre à l'état d'embryons, ne faisant que de naître et tout au plus comparables comme diamètre à une fine tête d'épingle. Or, cette contemporanéité de lésions disparates comme âge et comme développement est tout à fait significative en l'espèce, parce que le chancre simple est la seule espèce morbide susceptible de s'ensemencer de la sorte *in situ* et de donner naissance à une véritable *dynastie* d'ulcérations de même nature et de même physionomie pathologique.

Ajoutez d'ailleurs que, très usuellement, ces chancres simples multiples ne laissent pas de s'accuser par des caractères objectifs tout à fait spéciaux, à savoir ceux de lésions creuses, excavées; — à bords nets, découpés, entaillés à l'emporte-pièce; — à fond jaune et parfois d'un beau jaune presque caractéristique; — à base souple, dépourvue d'induration, etc. — Il n'est pas jusqu'aux plus jeunes et aux plus petites de ces lésions qui n'offrent quelquefois une physionomie presque pathognomonique, constituées qu'elles sont par de minimes ulcères jaunâtres, déjà presque *aussi creux que larges,* voire presque térébrants eu égard à leur exiguïté de taille.

Ajoutez enfin qu'au cas où l'ensemble des signes précédents viendrait par exception à faire défaut, le chancre simple pourrait toujours être reconnu et différencié soit par les données de l'examen bactériologique qui révèleraient le bacille de Ducrey, soit, plus sûrement encore, par les données positives d'une auto-inoculation.

III. — Certes l'*herpès*, dans ses formes usuelles, ne court pas risque d'être confondu avec le chancre syphilitique anal ou péri-anal. Car il s'en distinguera toujours aisément par divers signes bien connus, à savoir : multiplicité habituelle de lésions ; — importance moindre de ces lésions, souvent réduites à l'état d'érosions minuscules et miliaires; — contour sinueux et microcyclique[1]; — absence d'induration de base; — absence usuelle d'adénopathie, etc.

Mais ce qui peut donner le change, c'est l'herpès à larges érosions, l'herpès creux et légèrement engorgé de base, bref l'herpès auquel l'ensemble de ses caractères a valu la dénomination de *chancriforme*. Instituer ici un diagnostic différentiel entre cet herpès et le chancre syphilitique serait répéter ce que déjà je vous en ai dit dans plusieurs des chapitres qui précèdent. Je me bornerai donc à vous rappeler très sommairement que les trois éléments principaux de ce diagnostic consistent en ceci : 1° l'état de *base* des lésions ; — 2° l'état des *ganglions* ; — 3° et surtout, par-dessus tout, le *graphique de contour* des lésions. Si ce graphique est sinueux et, tout particulièrement, s'il présente d'une façon bien nette le caractère *microcyclique*, il constitue en faveur de l'herpès un signe absolument démonstratif.

Que si, par exception rare, les trois signes en question ne fournissent rien de décisif, le diagnostic ne pourra être définitivement fixé que par l'*évolution* morbide, critérium de dernier ressort, mais critérium absolu et sans appel.

Enfin, je dois encore mention à une cause d'erreur

1. V. page 58.

dont il faut être prévenu pour savoir s'en défier, à savoir la *coexistence possible de l'herpès et du chancre* sur la même région. Cette coexistence n'est même pas très rare, à en juger d'après ce que j'ai vu. Le cas suivant servira d'exemple.

Il y a deux ans, un malade m'est présenté par l'un de mes confrères à propos de lésions péri-anales datant d'une dizaine de jours. Ces lésions sont au nombre de sept. Six d'entre elles s'attestent à première vue pour des herpès, et cela en raison de leur ténuité, de leur superficialité, de leur contour microcyclique, etc. Mais il n'en est pas de même pour la septième qui, beaucoup plus étendue, large comme une petite amande, ovalaire et à contours réguliers, légèrement rénitente de base, rouge et d'un beau rouge chair musculaire, nous paraît bien être un chancre syphilitique. Nous l'aurions même affirmée comme telle (d'autant que déjà quelques ganglions commençaient à pointer dans les aines) sans les dénégations du malade qui prétendait n'avoir fait aucune infidélité à sa femme et ne s'être exposé à aucun risque de contagion.

Devant ces dénégations formelles, nous croyons prudent, mon confrère et moi, de suspendre tout diagnostic provisoirement, et nous nous bornons à prescrire un traitement local. Qu'arrive-t-il? C'est que les six lésions que nous avions jugées herpétiques se cicatrisent avec une rapidité significative. Mais subsiste la septième, qui s'élargit quelque peu en s'accusant de plus en plus comme chancre; puis deux pléiades inguinales se constituent; puis, en temps voulu, éclot une irrécusable roséole. — Alors, vaincu par l'évidence, notre client finit par nous avouer, un peu piteusement, qu'en effet, il y a deux mois et demi environ, « il s'est laissé entraîner

un soir chez une prostituée, qu'il n'a pas voulu avoir rapport avec cette fille, mais qu'il n'a pu se défendre contre certaines caresses », de nature à expliquer plus que suffisamment la localisation de l'accident originel.

Inutile de dire si les cas de cet ordre sont particulièrement insidieux. Quoi de plus naturel, en effet, que de rapporter à un seul ordre de lésions un ensemble de lésions de même siège et d'apparences à peu près identiques? L'erreur est donc plus que facile en pareille occurrence. On ne peut espérer y échapper — et encore? — qu'en prenant pour règle d'examiner et de déterminer *individuellement* chaque lésion constitutive d'un groupe éruptif. Affaire de patience, d'analyse méticuleuse et aussi d'éducation spéciale.

IV. — L'*hémorrhoïde ulcérée* par inflammation et sphacèle a plus d'une fois éveillé le soupçon de chancre; comme aussi, et plus souvent encore, le chancre anal a pu être pris indûment pour une ulcération hémorrhoïdaire.

La méprise cependant sera facilement évitée, si l'on tient compte des considérations suivantes :

D'abord, une ulcération d'origine hémorrhoïdaire ne saurait être mise en cause indépendamment des deux conditions suivantes : 1° des antécédents plus ou moins éloignés de fluxions et de crises hémorrhoïdaires (car ce n'est pas à propos d'une première ou de premières crises hémorrhoïdaires que se produit un sphacèle anal); — 2° des antécédents rapprochés, tout récents, d'une crise hémorrhoïdaire violente, accompagnée de douleurs vives, d'accidents suraigus d'étranglement et de gangrène, tous phénomènes trop connus pour que j'aie à les décrire.

En second lieu, l'ulcération hémorrhoïdaire a toujours pour symptômes contemporains, pour symptômes témoins, une fluxion locale notablement intense, un bourrelet extra-anal plus ou moins volumineux, voire une corolle de tumeurs anales.

Finalement, la présence ou l'absence d'une adénopathie spécifique viendra compléter ce diagnostic, qui, vraiment, n'offre pas grandes difficultés.

V. — *Fissure anale.* — Si la fissure ne risque guère d'être prise pour un chancre anal, en revanche le chancre anal a plus d'une fois été taxé de fissure.

Trois signes interviendront ici pour fixer le diagnostic, à savoir :

1° D'abord, le chancre, même dans sa forme fissuraire, est presque toujours une lésion plus importante, plus large, moins *effilée* « en trait de plume », que ne l'est la fissure.

2° Le chancre a une adénopathie spéciale, que n'a pas la fissure.

3° Et surtout le chancre, relativement à la fissure, peut être dit une lésion indolente. A ce point de vue, il se différencie absolument de la fissure, laquelle, on le sait de reste, est une affection douloureuse, très douloureuse, et une affection dont les douleurs seules sont doublement significatives, et de par leur échéance d'apparition (un quart d'heure, vingt minutes après les selles), et de par leur caractère d'éréthisme spasmodique, leur acuité, leur intensité souvent considérable et presque caractéristique.

On a bien parlé de chancres à douleurs « fissurales », mais ce ne sont là, à coup sûr, que de rarissimes exceptions.

VI. — *Ulcère tuberculeux.* — Les ulcérations tuberculeuses ne sont pas très rares au niveau des régions anale, péri-anale, ou même rectale; mais il est rare qu'elles simulent véritablement le chancre.

Assez souvent, d'abord, elles s'en différencient immédiatement rien que par leurs grandes dimensions. Comme exemple, rappelez-vous un malade que M. Ducastel nous adressait ces derniers jours et qui présentait toute la marge de l'anus, non moins que toute la région anale, absolument transformée en une nappe ulcéreuse, laquelle même, en plus, pénétrait dans le rectum à une certaine profondeur.

Ce sont exclusivement les ulcérations tuberculeuses encore jeunes, encore restreintes de dimensions, qui pourraient donner le change. Mais alors même elles se différencient du chancre par toute une série de caractères, tels que les suivants :

1° Bords bien accentués, à entaillure intéressant tout ou partie de l'épaisseur du derme; — quelquefois encore, assez souvent même, bords décollés.

2° Fond déprimé, fond « en contre-bas », relativement aux bords de la lésion.

3° Fond jaunâtre et fond inégal, donc très différent à ces deux points de vue de l'aspect usuel du chancre syphilitique qui, d'une part, est ou rouge ou grisâtre, et, d'autre part, lisse, uni, vernissé.

4° Base dépourvue d'induration, tout au moins d'une induration comparable à celle du chancre.

5° Absence d'adénopathie satellite; tout au moins pas d'adénopathie comparable à celle du chancre.

6° Évolution chronique.

Sans parler même de quelques autres signes qui peuvent apporter leur contingent, tels que la coexistence

au pourtour de la lésion de petits *points jaunes* constitués par des tubercules miliaires en voie d'évolution. Sans parler non plus des renseignements indirects fournis par la constitution, les antécédents du malade, l'état des poumons, etc.

Pronostic. — Variable suivant les localisations, mais n'offrant jamais rien de sérieux.

Ainsi les chancres péri-anaux, qui se comportent à la façon de tous les chancres cutanés, constituent conséquemment des chancres presque toujours bénins.

Tel n'est pas, au contraire, le chancre anal. Sans doute, traité et soumis à l'hygiène locale que je préciserai dans un instant, il guérit sans trop de difficultés. Même non traité, il guérit encore le plus souvent sans incidents fâcheux, mais avec une réelle lenteur, c'est-à-dire au prix de deux à trois mois, si ce n'est plus. Dans ces conditions, en outre, il devient parfois sujet à des complications diverses, et il a de bonnes raisons pour cela. C'est qu'en effet, étant données sa situation et sa configuration spéciales, il est exposé, sans parler d'inévitables contacts irritants, à des distensions, à des tiraillements, voire à des déchirures au moment de la défécation, surtout si les malades sont constipés et n'ont pas le soin de diluer leurs matières à l'aide de lavements, avant de se présenter à la selle. Il peut alors s'enflammer, devenir douloureux, éréthique, se compliquer d'érythème, d'intertrigo, d'intertrigo érosif, de lymphangite en nappe, voire de lymphangite pseudo-érysipélateuse. A son tour, cet état d'irritation locale devient une cause d'appel pour les syphilides secondaires, qui s'installent sur la région et y pullulent avec une singulière confluence. Et c'est de la sorte qu'on

voit parfois des malades (grâce, il est vrai, à leur incurie et à leur malpropreté) arriver à l'hôpital dans le plus lamentable état, c'est-à-dire avec toute la marge de l'anus et la région interfessière converties en une véritable *nappe* érosive ou sub-ulcéreuse, rouge, violacée, baignant dans une sanie purulente et fétide, semée de lésions multiples (syphilides érosives, papulo-érosives ou même ulcéreuses), au nombre desquelles on a toutes les peines du monde à retrouver le chancre, si tant est même qu'on parvienne à l'y reconnaître.

A vrai dire, toutefois, de tels accidents sont plus hideux d'apparence que graves en réalité. Des soins d'hygiène et quelques topiques des plus simples en font généralement prompte justice. — Au total, donc, le chancre anal ne comporte rien de grave, sauf exceptions rares. — En particulier, jamais je ne l'ai vu prendre le caractère phagédénique.

Enfin, le chancre rectal n'a jamais non plus présenté de gravité réelle, au moins d'après la demi-douzaine de cas authentiques qu'on en connaît. Une seule fois, dans le fait de M. Campenon, il s'est étendu sur une surface assez large, mais n'en a pas moins guéri en l'espace de six à sept semaines.

Je n'en dirais rien de plus, s'il ne s'était établi à son sujet une véritable légende, aussi injustifiée que la plupart des légendes. On l'a présenté comme « enclin au phagédénisme »; et, de plus, on a prétendu en faire « l'une des origines les plus habituelles du rétrécissement syphilitique du rectum ».

Il y a là une double erreur. D'abord, on serait fort embarrassé — et pour cause — de citer un seul cas de chancre syphilitique du rectum ayant abouti à un véritable phagédénisme. En second lieu, la genèse du

rétrécissement rectal imputée à un phagédénisme issu d'un chancre syphilitique n'est qu'une théorie *fantaisiste*, édifiée de toutes pièces sans l'ombre d'un document sérieux. C'est une théorie qui n'a pour base que quelques vieilles observations empruntées à une époque où l'on ne se préoccupait en rien de distinguer le chancre syphilitique du chancre simple, où même l'on ne prenait guère plus souci de différencier le chancre syphilitique d'ulcérations tertiaires développées dans le rectum. Bref, c'est une théorie dénuée de toute valeur scientifique et bonne à reléguer dans l'oubli, surtout depuis les notions nouvelles acquises sur la question. Comment, d'ailleurs, le chancre syphilitique, accident de durée toute passagère, lésion superficielle, lésion très circonscrite et toujours bornée à un segment presque insignifiant du rectum, pourrait-il jamais aboutir à constituer, par le fait de sa cicatrice, une lésion majeure, étendue à toute une portion du rectum, cylindroïde, annulaire, etc., telle que celle qui constitue le rétrécissement rectal d'origine spécifique[1]?. Il y a là de réelles impossibilités, des impossibilités matérielles, dirai-je, qui infligent un démenti absolu à la doctrine en question.

Traitement. — Rien à dire des chancres péri-anaux qui sont des chancres cutanés et ne comportent que le traitement des chancres cutanés.

Au contraire, les chancres de l'anus donnent lieu à quelques indications particulières.

D'abord, à quels topiques avoir recours pour les panser? Les corps gras sont certainement, de par expérience, ce qui leur convient le mieux. Car, sauf excep-

1. V. mes *Leçons sur le syphilome ano-rectal et le rétrécissement syphilitique du rectum*, 1875.

tions rares, tout autre topique n'aboutit guère qu'à les exciter, à les irriter, à les enflammer. Pommades au calomel ou à l'iodoforme (à la dose de 1 à 2 grammes pour 10 grammes de vaseline), voilà ce qui est devenu d'usage le plus habituel. J'ai vu toutefois certains chancres « irritables » ne tolérer que la vaseline simple ou le cérat opiacé, ou bien encore quelque préparation cocaïnée.

En second lieu, comment panser ces divers chancres?

1. — S'ils sont tout à fait extérieurs, on peut se contenter de les panser à plat, avec une couche d'ouate enduite de tel ou tel topique.

S'ils présentent la forme dite en « feuillets de livre », on aura soin d'interposer une lamelle d'ouate entre les deux « feuillets », et cela jusqu'au niveau de leur sillon de convergence. Puis, ce pansement sera recouvert d'une couche d'ouate et de quelques compresses. Finalement, il sera immobilisé par un bandage en T.

Il va sans dire qu'un pansement aussi minutieux qui, pour être actif, doit être soigneusement fait, réclame le secours d'une main étrangère. Il ne sera donc jamais confié au malade.

II. — Si le chancre est interne, c'est-à-dire s'il siège dans le canal de l'anus, une mèche devient nécessaire. Pour que cette mèche (enduite, bien entendu, de telle ou telle pommade) soit tolérable et tolérée, il faut qu'elle ne soit pas trop grosse. Une petite mèche, quelque peu inférieure comme volume à un porte-plume ordinaire, est plus que suffisante.

Mais ce qui n'est pas moins utile à la cure, ce qui peut-être même y contribue plus efficacement, c'est une série de menues précautions vraiment indispensables en l'espèce, à savoir :

1° Surveiller les garde-robes et prévenir la constipation, en ne perdant pas de vue que certains malades, dans la crainte des douleurs déterminées par la défécation, retardent le plus possible le moment d'aller à la selle.

2° Ne permettre aux malades d'aller à la selle qu'à la suite d'un grand lavement huileux, destiné à diluer les matières non moins qu'à en rendre le passage plus facile. Il est d'expérience en effet qu'un bol fécal volumineux et dur court risque de distendre et d'érailler, voire de déchirer la surface du chancre.

3° Avant chaque selle, onctions graisseuses sur l'anus, en vue de protéger, dans la mesure du possible, la surface du chancre contre des contacts irritants.

4° Ablutions prolongées après chaque selle, et pansement immédiat à la suite.

Joignez à cela l'usage de grands bains et de bains de siège fréquemment répétés (un bain général tous les deux ou trois jours, un bain de siège matin et soir dans une décoction tiède de guimauve), et vous aurez l'ensemble du traitement qui convient le mieux au chancre de l'anus.

III. — Les mêmes indications se présentent à remplir pour le chancre rectal, qui, lui aussi, sera pansé de la même façon (soit avec des mèches enduites de pommades à l'iodoforme, soit encore avec des suppositoires iodoformés).

Le Dr Campenon dit s'être bien trouvé, pour combattre l'élément douloureux et l'élément septique, de grandes irrigations chaudes de chloral (à un gramme pour 100 grammes d'eau), portées dans le rectum par une sonde à double courant, laquelle offre l'avantage

de ne pas distendre l'intestin. C'est là une pratique à ne pas oublier[1].

En tout cas, une indication plus urgente est celle de lavements fréquents (lavements à la décoction de guimauve ou à l'eau boriquée, matin et soir), en vue d'exonérer l'intestin, d'éviter la distension de l'ampoule rectale et surtout la stagnation irritante des matières au contact du chancre.

1. V. *Bulletin de thérapeutique*, 1894, t. I, p. 221.

PRONOSTIC DE LA SYPHILIS

ISSUE DE CHANCRES EXTRA-GÉNITAUX

J'en ai fini, Messieurs, avec l'étude clinique des chancres extra-génitaux. Il ne me reste plus, pour avoir épuisé mon sujet, qu'à vous entretenir d'une question que j'ai déjà abordée incidemment à diverses reprises, mais que je dois maintenant reprendre et envisager d'une façon générale, à savoir : le *pronostic des syphilis de provenance extra-génitale.*

Une légende — ou plutôt, pour ne rien préjuger — une opinion s'est constituée sur les dangers des chancres extra-génitaux. On les croit plus graves que d'autres en tant que conséquences d'avenir. On les considère comme devant servir d'origine à ce qu'on appelle de « mauvaises syphilis ». Pourquoi, comment et à quel degré ces chancres seraient-ils ainsi « plus graves que d'autres »? On ne le dit pas, on ne précise rien, et pour cause. Mais, vaguement, on leur attribue un pronostic fâcheux, voire particulièrement fâcheux.

De cela j'ai eu maintes fois la preuve dans ces conversations familières entre médecins, qui sont si instructives parce que chacun y dit librement et sans gêne ce

qu'il a vu, ce qui l'a frappé, ce qui est le résultat de son observation personnelle. Maintes fois, par exemple, j'ai entendu (et sans doute vous avez entendu comme moi) des propos tels que les suivants :

« Je traite en ce moment une pauvre nourrice qui a une syphilis des plus graves, se traduisant par tels et tels accidents.... Au reste, rien d'étonnant à cela, car elle a gagné la syphilis par le sein, et les syphilis de provenance extra-génitale sont toujours plus ou moins graves. »

Ou bien :

« J'ai sous les yeux en ce moment une affreuse vérole, une vérole *moyen âge,* consistant en telles et telles manifestations... Au reste, rien d'étonnant à cela, car c'est une vérole issue du vaccin, et l'on sait que les syphilis vaccinales sont particulièrement nocives et graves. »

Ou bien encore :

« Vous rappelez-vous X., notre pauvre confrère? En voilà un qui a payé un rude tribut à la vérole, jusqu'à en mourir, le malheureux! Car il est bien mort de la vérole, comme vous le savez.... Au reste, rien d'étonnant à cela, car il avait reçu d'un de ses malades la contagion par le doigt, et les syphilis gagnées de la sorte sont généralement graves, si ce n'est même véritablement malignes. »

Ou bien encore :

« C'est un malheur de prendre la vérole; mais c'est un *double* malheur — et pour cause — de la prendre par d'autres voies que la voie génitale ».

Et ainsi de suite.

De tels propos reflètent bien un état d'esprit qui n'est pas à nier. Ils témoignent d'une opinion qui s'est établie

dans le public médical et qui même a pénétré jusque dans le grand public.

Eh bien, qu'y a-t-il de fondé ou de non fondé, de vrai ou de faux dans cette opinion? C'est là ce qu'il m'incombe d'examiner, comme complément nécessaire du sujet que je viens de traiter devant vous.

I

Au préalable et avant d'entrer au cœur même de la question, peut-être y aura-t-il quelque intérêt à rechercher quelles ont pu être les origines de l'opinion qui, à tort ou à raison, assigne une gravité spéciale aux syphilis de provenance extra-génitale.

D'où a pu naître cette opinion?

Après mûr examen, je la crois née de deux raisons : une raison de fait et une raison d'analogie.

Une raison de fait, ai-je dit. Et, en effet, on a eu maintes fois l'occasion d'observer des syphilis plus ou moins sérieuses issues de contaminations extra-génitales. Comment, d'ailleurs, pourrait-il en être autrement? Est-ce que la syphilis n'est pas toujours la syphilis, quelle que soit la porte qui lui donne accès dans l'organisme? Elle a donc aussi bien le droit d'être grave alors qu'elle procède d'un chancre extra-génital que dans le cas où elle dérive d'un chancre génital. — De plus, il est tout aussi certain qu'on a vu des syphilis non plus seulement sérieuses, mais graves, très graves, voire mortelles, succéder à des contagions extra-génitales. Deux exemples, pris au hasard.

Rappelez-vous d'abord ces épidémies de syphilis vaccinale qui ont sévi en de certaines localités et qui se sont montrées véritablement terribles, pernicieuses, meurtrières, jusqu'à tuer à bref délai 7, 8, 19 enfants dans de petits villages. Voilà certes des faits dramatiques et susceptibles d'impressionner les esprits.

De même, les contaminations digitales, dont les médecins sont si souvent victimes professionnellement, ont abouti plus d'une fois à de déplorables catastrophes.

Or, ces faits, comme tant d'autres encore que j'aurais à citer, étaient de nature à rester en souvenir. On les a répétés, commentés de génération en génération. Ainsi, à ne parler que de ceux qui nous concernent, on ne cesse de se raconter entre médecins l'histoire de confrères qui, ayant eu le malheur de contracter une syphilis professionnelle, en ont été rudement et gravement éprouvés, parfois jusqu'à en mourir. « Tel a eu une affreuse syphilis qui l'a mis à deux doigts de la mort. — Tel autre a été frappé d'hémiplégie dès le sixième mois d'une syphilis qu'il avait gagnée par le doigt. — Tel autre a succombé à des accidents de syphilis viscérale. — Un quatrième a été pris de paralysie générale; un cinquième a fait du tabes »; etc., etc.

Eh bien, Messieurs, nul doute, à mon sens du moins, que ces tristes faits — malheureusement trop indéniables — n'aient contribué pour une large part au renom de gravité spéciale que se sont acquis les chancres extra-génitaux. Des catastrophes de cet ordre, bruyantes, sensationnelles, retentissantes, étaient certainement faites pour frapper l'imagination. Il a suffi d'une poignée de tels cas pour constituer la réputation d'un groupe et pour établir une légende. Du particulier on a conclu au général, car la généralisation est une tendance in-

stinctive et presque irrésistible de l'esprit humain. Si bien en définitive qu'au lieu de rester dans la vérité des choses et de dire : « Certaines syphilis extra-génitales sont graves », on a dit, de par l'exemple de quelques-unes : « *Toutes* les syphilis extra-génitales sont graves ». Et de là sorte la légende s'est trouvée constituée.

En second lieu, la doctrine en question semblait, je dois le reconnaître, pouvoir être étayée par certaines *analogies* morbides, telles, par exemple, que les suivantes :

« Voyez donc, a-t-on dit, ce qui se passe dans la rage. La mortalité y varie, avec ou sans le traitement Pasteurien, suivant le *siège* de la morsure, c'est-à-dire suivant la localisation de ce qu'on pourrait appeler le chancre rabique.

« Ainsi, les morsures du membre inférieur ne donnent qu'une mortalité de 19 %, tandis que cette mortalité devient 66 % pour les morsures des mains, et s'élève jusqu'à 87 % pour celles du visage.

« De même, après la vaccination Pasteurienne, la mortalité est de 2,23 pour les morsures du visage, tandis qu'elle s'abaisse à 0,66 pour celles des mains, et même à 0,32 pour celles des membres et du tronc. »

Puis encore : « L'incubation, dans la rage, varie suivant le *siège* de la morsure. Or, d'après le grand Pasteur, la durée d'incubation est un thermomètre de virulence. Donc, le siège même du chancre rabique modifie la virulence. C'est-à-dire que le virus agit d'une façon plus ou moins intensive suivant le point par lequel il pénètre dans l'économie. »

Et tout naturellement, sans se préoccuper si d'au-

tres raisons que celle du siège ne pouvaient rendre compte de ces résultats d'observation, on a appliqué ces résultats à la vérole, en disant : « Ce qui se produit dans la rage doit se produire dans la vérole. Donc le siège du chancre doit modifier l'intensité de l'infection vérolique. »

Enfin, continuant et complétant cette argumentation en ce qui touche notre sujet actuel, on a conclu comme il suit : « Les syphilis d'origine extra-génitale sont graves en raison même de leur origine extra-génitale ».

Et la théorie s'est trouvée édifiée de la sorte; c'est-à-dire, en somme, édifiée sur un certain nombre d'observations comme base, et sur des analogies ou de prétendues analogies cliniques comme interprétation.

II

Mais, en réalité, les syphilis dérivées des chancres extra-génitaux sont-elles, comme on le prétend, plus graves que d'autres, plus graves que les syphilis usuelles succédant à des chancres génitaux? Voilà un premier point qu'il s'agirait d'établir et de bien établir, avant de s'ingénier à lui trouver une interprétation.

Or, comment l'établir?

A première vue, la solution du problème ne paraît pas entourée de grandes difficultés. On se dit même : « C'est bien simple. Nous allons prendre dans nos archives, d'une part, un certain nombre d'observations de syphilis à début génital (quelques centaines, par exemple), et, d'autre part, un nombre équivalent de

syphilis à début extra-génital; puis nous analyserons toutes ces observations, en additionnant de part et d'autre les cas graves que les unes et les autres nous fourniront; et la différence des chiffres ainsi obtenus nous donnera la solution que nous cherchons. Que si, par exemple, nous trouvons pour les syphilis extra-génitales un total de 50 cas graves, contre un total de 20 cas graves dérivant des syphilis génitales, nous dirons que les premières sont plus graves que les secondes dans la proportion de 50 à 20, comme inversement au cas de constatations inverses. Et ce résultat sera formel, péremptoire, indiscutable, pour peu qu'opérant sur un grand nombre d'observations nous ayons évité l'écueil de ce qu'on appelle en langage de statistique les *chances de série.* »

Eh bien, Messieurs, j'ai tenté d'opérer de la sorte et j'ai opéré de la sorte. Or, savez-vous ce à quoi j'ai abouti? A me convaincre, pour mon édification personnelle, que je n'avais fait ainsi, passez-moi le mot, que de la mauvaise besogne; à me démontrer à moi-même que je m'étais donné beaucoup de mal pour n'arriver à rien de bon, à rien de significatif, à rien qui ait quelque valeur sérieuse et scientifique.

Comment cela? Parce qu'avec un tel procédé on va à l'encontre de ce grand principe d'arithmétique, de statistique et de bon sens, qui veut qu'on ne mette jamais en parallèle que des unités comparables, des unités de même rang, de même ordre, de même qualité.

Or, qu'avais-je fait? J'avais précisément mis en parallèle des syphilis non comparables entre elles, très différentes les unes des autres à divers titres, à savoir : des syphilis jeunes et des syphilis âgées, des syphilis traitées et des syphilis non traitées, des syphilis perdues de vue

après quelques mois d'observation et des syphilis longtemps suivies, etc., etc.

Bref, pour ces raisons et d'autres encore, j'ai vu qu'en procédant de la sorte j'avais fait fausse route et qu'il me fallait trouver une autre voie pour en arriver à mes fins. J'ai donc cherché mieux.

Eh bien, il m'a semblé que je me tiendrais en garde contre une partie des inconvénients et des causes d'erreur que comporte la méthode précédente en opérant d'une façon précisément inverse, c'est-à-dire en prenant pour base de mon parallèle entre les syphilis extra-génitales et les syphilis génitales non plus leur point de départ, à savoir leur chancre originel, mais leurs résultats accomplis à lointaines échéances. Cela vous paraît-il obscur? Rien de plus simple, cependant, comme vous allez le voir.

J'ai pris dans mon stock d'observations un certain nombre (nombre toujours le plus élevé possible, vous en savez le pourquoi) de cas de syphilis à manifestations *graves,* de syphilis ayant abouti au *tertiarisme*. Puis, analysant tous ces cas relativement au *siège* du chancre qui leur avait servi d'exorde, j'ai calculé combien de ces cas revenaient aux chancres génitaux et combien aux chancres extra-génitaux.

Ce nouveau procédé réalisait tout au moins un avantage par rapport au précédent, en excluant du parallèle une foule de cas qui, simplement observés à leur début pour quelques semaines ou quelques mois et perdus de vue au delà, ne comportaient aucun sens pronostique et ne prenaient place dans mes relevés que pour en fausser les résultats.

Certes, je ne vous donne pas ledit procédé comme

irréprochable (d'ailleurs quelle méthode serait à l'abri de tout reproche en l'espèce?) ; mais, après expérience, je l'ai jugé meilleur que celui dont j'avais essayé tout d'abord et que tels autres aussi dont je ne vous parlerai pas. Je l'ai donc adopté en principe. Puis, alors, je me suis évertué à l'appliquer, et cela de diverses façons que je vais dire, à la solution du problème que j'avais à cœur d'élucider.

I. — La gravité de la syphilis, c'est le tertiarisme. Donc, mon premier soin devait être de rechercher si les chancres extra-génitaux aboutissent au tertiarisme plus souvent que d'autres, en tenant compte, bien entendu, de leur proportion de fréquence relative.

Or, pour déterminer ce point, j'ai opéré de la façon que voici. J'ai pris dans mes cartons un certain nombre de syphilis *à manifestations tertiaires* de n'importe quel ordre. J'en ai pris un bon chiffre, 1.200; — 1.200 observées par moi et dont l'histoire complète m'était connue, y compris celle du chancre ayant servi d'exorde à l'évolution morbide. Puis, j'ai recherché quelle avait été dans tous ces cas l'origine de l'infection, c'est-à-dire quel avait été le chancre, quel *siège* il avait affecté, et je suis arrivé aux résultats suivants :

Sur 1.200 syphilis ayant abouti au tertiarisme, 1.125 dérivaient de chancres génitaux; — et 75 de chancres extra-génitaux.

Ramenant alors ces chiffres par le pourcentage à des expressions plus aisément comparables, j'ai trouvé ceci :

Sur 100 syphilis à manifestations tertiaires :

93,75 dérivant de chancres génitaux;
et 6,25 — — extra-génitaux.

Plus simplement encore, on peut dire que, sur 100 cas de tertiarisme, il en est :

6 *à* 7 *qui résultent de syphilis à chancres extra-génitaux ;*

Contre 93 *à* 94 *issus de chancres génitaux.*

Eh bien, c'est ici, Messieurs, que se présente un rapprochement des plus significatifs, sur lequel j'appelle toute votre attention. Car, notez-le bien, *ces derniers chiffres sont rigoureusement identiques à ceux qui traduisent la fréquence relative des chancres génitaux et des chancres extra-génitaux*, puisque, d'après une autre statistique (résultant du relevé de 10.000 chancres), on compte, pour 100 chancres de tout siège :

6 à 7 chancres extra-génitaux ;

contre 93 à 94 chancres génitaux[1].

Donc, de cette identité de chiffres se dégage, au nom de la logique, cette conclusion, à savoir :

Que *la proportion des accidents tertiaires dérivant des chancres génitaux et des chancres extra-génitaux est rigoureusement équivalente à la proportion de fréquence relative de ces deux ordres de chancres.*

J'insiste, quoi qu'il n'en soit guère besoin, et je dis : Si, comme on le croit et comme on le dit généralement, les chancres extra-génitaux comportaient une gravité supérieure à celle des chancres d'autre siège, ils auraient dû nous fournir, dans le relevé qui précède, un *quotient* d'accidents tertiaires *supérieur* à leur proportion relative de fréquence, c'est-à-dire un quotient tel que 10, 12, 15, 20 pour 100, etc. ; tandis que celui des syphilis à chancres génitaux aurait dû s'abaisser à 90, 88, 85, 80

1. V. page 6.

pour 100. Et, s'il en eût été de la sorte, nous aurions été autorisés à dire : « Oui, les chancres extra-génitaux sont plus graves que d'autres, puisqu'au lieu de fournir un quotient d'accidents tertiaires égal à celui de leur fréquence (à savoir 6 à 7 pour 100), ils en fournissent un notablement supérieur ». Mais pas du tout! Figurant pour 6 à 7 pour 100 dans le total des chancres de tout siège, ils figurent de même pour 6 à 7 pour 100 dans le total des accidents tertiaires dérivant de chancres de tout siège. Donc, en toute évidence, ils n'ont ni gravité supérieure, ni gravité inférieure à celle des chancres de n'importe quelle localisation. Ils ne sont ni plus ni moins dangereux que les chancres génitaux. Ils comportent, au total, le *pronostic commun à tout chancre*.

Voilà ce qui ressort bien manifestement et bien logiquement, je crois, de ce premier parallèle. Et cela, vous le voyez de reste, n'est pas sans infliger un premier démenti à la croyance vulgaire qui a fait une réputation de gravité spéciale aux chancres extra-génitaux.

Mais poursuivons.

Il y aurait eu sans doute quelque imprudence à juger le problème résolu par ce qui précède. J'ai donc essayé de prendre la question par une autre face et de la soumettre à une autre épreuve, voire à d'autres épreuves, en vue d'aboutir, s'il était possible, à des résultats qui, se servant de contrôle réciproque, devinssent par cela même formels et irrécusables.

Cherchant toujours ma voie, j'ai raisonné de la façon suivante.

Comment les syphilis malignes ou graves ont-elles coutume de se traduire? De deux façons, à savoir :

Soit, d'une façon tout à fait précoce, par ce qu'on appelle le *tertiarisme d'emblée*, sous forme de ces infections si particulièrement redoutables auxquelles on donne usuellement le nom de *syphilis malignes précoces*;

Soit, d'une façon non plus immédiate, mais *prématurée*, par des manifestations tertiaires entrant en scène avant l'heure de leur échéance habituelle, c'est-à-dire, pour fixer un terme, dans la première année ou les dix-huit premiers mois de l'infection (*Syphilis à tertiarisme précoce*).

Eh bien, voilà pour nous une *pierre de touche* qui peut nous servir à titrer, à doser (passez-moi l'expression) la gravité propre des syphilis qui nous intéressent, à savoir des syphilis de provenance extra-génitale. Voyons donc ce qu'à ce point de vue réalisent les syphilis en question. Sans doute, si leur réputation de gravité propre n'est pas usurpée, elles vont, soit comme syphilis malignes précoces, soit comme syphilis à tertiarisme prématuré, se distinguer par des méfaits éclatants, significatifs.

II. — Donc, fouillant à nouveau dans mes archives, j'y ai fait récolte de 242 cas de syphilis à accident initial connu et à tertiarisme précoce (c'est-à-dire, pour préciser derechef, soit à tertiarisme immédiat, soit à tertiarisme se manifestant dans les dix-huit premiers mois de l'infection). Puis, analysant ces 242 cas relativement au siège affecté par l'accident initial, par le chancre, j'ai trouvé très exactement ceci :

223 fois des chancres à localisation génitale;
et 19 fois des chancres extra-génitaux.

Ramenés au pourcentage, ces chiffres nous donnent les résultats suivants :

Syphilis d'origine génitale à tertiarisme d'emblée ou précoce.	92,2 %
Syphilis d'origine extra-génitale à tertiarisme d'emblée ou précoce.	7,8 %

Eh bien, ici encore s'impose à nous un rapprochement des plus curieux, identique à celui que je vous signalais tout à l'heure. Jugez-en.

Vous vous rappellez qu'en tant que fréquence relative les chancres extra-génitaux sont aux chancres génitaux dans la proportion d'environ 7 à 93.

Or, en tant que causes originelles du tertiarisme précoce, les syphilis extra-génitales sont aux syphilis génitales dans la proportion de 7,8 à 92,2.

Ainsi, d'une part, 7 et 93; — et, d'autre part, 7,8 et 92,2. Ces chiffres, vous le voyez, sont *équivalents*.

D'où il suit, au nom de l'arithmétique, que les infections extra-génitales déterminent les formes graves de syphilis à tertiarisme précoce exactement *suivant leur proportion de fréquence relative*. Elles comptent environ pour 7 % dans le nombre total des infections de tout ordre ; de même, elles réalisent pour un quotient d'environ 7 % les formes graves de syphilis à manifestations tertiaires prématurées.

C'est-à-dire qu'au total, en ce qui concerne le tertiarisme précoce consulté comme critérium de gravité, les chancres extra-génitaux ne font rien autre et rien de plus que ce qu'ils feraient s'ils étaient des chancres génitaux. C'est-à-dire que *leur spécialité de siège n'ajoute rien à leur pronostic*.

Conclusion : Notre seconde épreuve, vous le voyez,

n'est pas plus favorable que la première à la doctrine qui attribue une gravité particulière aux syphilis de provenance extra-génitale. Loin de là même, puisqu'elle les place sur un pied d'*égalité* avec les syphilis d'autre origine.

Cependant, ne nous hâtons pas de conclure encore. Poursuivons notre enquête et tâtons la question d'un autre côté.

III. — De toutes les manifestations possibles de la syphilis, quelle est *la plus grave*, quelle est celle qui porte à l'être humain le plus intense préjudice, celle que doit redouter le plus un sujet infecté?

« La *syphilis cérébrale* », répondra sans hésitation chacun de nous; — car c'est la syphilis cérébrale qui affecte l'homme dans ses fonctions les plus nobles et les plus essentielles, en le menaçant à la fois quant à l'intelligence, quant au mouvement et quant à la vie.

Donc, me semble-t-il, la syphilis cérébrale se trouve naturellement désignée à notre choix, dans la question dont nous poursuivons l'étude, en tant qu'*étalon de gravité* (passez-moi l'expression), c'est-à-dire en tant que manifestation permettant de juger le pronostic de telle ou telle catégorie d'infections.

Choisissons-la donc à ce titre, et voyons si elle constitue un accident plus commun pour les syphilis extra-génitales que pour les syphilis d'autre origine.

Ici encore j'ai procédé de la même façon. J'ai réuni toutes les syphilis cérébrales que pouvaient me fournir mes notes personnelles, et voici ce que j'ai trouvé :

Sept cent cinquante-quatre observations de syphilis cérébrale. Défalquant de ce nombre quarante-sept cas à chancre indéterminé de siège, je suis resté en face

de sept cent-sept cas à chancre connu, dûment déterminé comme siège. Or, après analyse de tous ces cas au point de vue de la localisation de l'accident initial, j'ai abouti aux chiffres suivants :

676 syphilis cérébrales reconnaissant comme exorde des chancres génitaux ;
Contre 31 syphilis cérébrales issues de chancres extra-génitaux.

C'est-à-dire, en ramenant ces chiffres au pourcentage pour facilité de comparaison :

95 syphilis cérébrales dérivant d'infections génitales ;
Contre 5 syphilis cérébrales dérivant de chancres extra-génitaux.

Or — remarquez bien ceci, messieurs — les chancres extra-génitaux figurant pour une proportion de fréquence de 7 pour 100 dans le total des chancres de tout siège, vous voyez que ces chancres *restent* AU-DESSOUS *de ce qu'ils devraient produire comme manifestations cérébrales*, alors même que leur gravité propre serait seulement égale à celle des chancres génitaux.

A gravité égale, ils auraient dû nous donner un quotient de 7 syphilis cérébrales ; ils ne fournissent qu'un quotient de 5 syphilis cérébrales.

Voilà certes — et cela pour la troisième fois — un résultat qui n'est guère de nature à justifier leur renom de gravité.

Donc, vous le voyez, de quelque côté que nous ayons envisagé la question, nous n'avons abouti jusqu'ici qu'à des résultats toujours peu favorables à la croyance qui

a doté d'un pronostic « particulièrement grave » les infections extra-génitales.

Tour à tour nous venons de constater, chiffres en main, que les infections extra-génitales ne figurent pas pour un quotient supérieur dans l'étiologie du tertiarisme, dans l'étiologie des syphilis malignes précoces ou à tertiarisme prématuré, non plus que dans celle de la plus grave de toutes les manifestations possibles de la syphilis, à savoir la syphilis cérébrale.

Mais, alors, où donc réside leur malignité, leur gravité? Nous avons beau la chercher ici, là, ailleurs encore, nous ne la rencontrons nulle part. Toujours, inversement, nous aboutissons, alors qu'au lieu de nous en tenir à quelques faits particuliers nous envisageons les choses d'ensemble, à enregistrer ceci comme résultat, à savoir : que les syphilis extra-génitales ne comportent pas un pronostic différent de celui des syphilis vulgaires, c'est-à-dire des syphilis de provenance génitale.

IV. — Mais ce n'est pas tout encore. Car voici le moment venu de mettre en lumière un autre côté de la question, celui-ci toujours négligé, toujours laissé dans l'ombre, toujours oublié, et je ne sais vraiment pourquoi.

C'est que les infections extra-génitales, elles aussi, sont susceptibles de ce qu'on a appelé les *formes bénignes* de la syphilis. Elles aussi, à l'instar des syphilis génitales, constituent parfois et même assez souvent des syphilis en quelque sorte atténuées, mitigées, se bornant à quelques manifestations légères, dociles au traitement, entrant sous l'influence d'une thérapeutique spéciale dans un état d'accalmie prolongée et peut-être même de silence définitif, au total restant *en deçà* du tertiarisme.

Les cas de cet ordre sont loin d'être rares avec les chancres extra-génitaux, et j'en aurais, pour ma seule part, quantité d'exemples à produire. Au hasard et seulement à titre de spécimens, je citerai les suivants, observés sur des clients que j'ai toujours conservés sous ma direction et dont l'histoire spécifique m'est donc connue d'une façon à la fois authentique et intégrale.

Voici, d'abord, quelques cas où l'infection secondaire est restée singulièrement bénigne. A savoir :

1° Un cas de chancre du doigt, n'ayant déterminé depuis deux ans et demi qu'une roséole et quelques papules disséminées ;

2° Un cas de chancre amygdalien, remontant à quatre ans et demi et n'ayant produit jusqu'à présent qu'une roséole, avec quelques taches érythémato-squameuses de la paume des mains ;

3° Un cas de chancre lingual, simplement suivi, depuis cinq ans, d'une légère syphilide papuleuse et de quelques plaques buccales ;

4° Un cas de chancre anal, n'ayant eu pour tous accidents depuis la même époque qu'une roséole et quelques érosions amygdaliennes ;

5° Un cas de chancre de l'abdomen, s'étant borné, depuis cinq ans et huit mois, à un très petit nombre d'accidents tout aussi bénins.

Et ainsi de suite.

Mais voici, en second lieu, des faits bien autrement significatifs encore, en raison des étapes bien plus considérables sur lesquelles a porté l'observation.

Je possède dans mes notes plus d'une vingtaine de cas dans lesquels des syphilis extra-génitales, après s'être traduites par quelques accidents secondaires légers, sont restées *muettes*, j'entends absolument exemptes de

toutes manifestations ultérieures, depuis 6, 7, 7, 8, 8, 9, 10, 15, 19, 25, 28 et 29 ans. — Quelques exemples seulement, car je ne saurais tout citer :

Un de mes clients, devenu syphilitique il y a *vingt-cinq ans* par le fait d'un chancre amygdalien, a fait une syphilis qui s'est très exactement bornée (et cela au cours de ses neuf premiers mois) aux quelques manifestations suivantes : syphilide érythémato-papuleuse, plaques buccales, et légers maux de tête.

Un de mes amis, médecin, a pris la syphilis par un chancre du doigt il y a *vingt-huit ans*. Au début, il a présenté quelques syphilides et, à plusieurs reprises (en sa qualité de fumeur), des plaques muqueuses buccales. Depuis lors il n'a plus éprouvé l'ombre d'un accident, et je l'ai encore vu ces derniers jours en parfait état de santé.

Une dame, dont je suis toujours resté le médecin, a contracté un chancre anal il y a *vingt-neuf ans*. Pour tous symptômes j'ai eu à observer sur elle, dans la première année de l'infection, une roséole et quelques plaques amygdaliennes. Depuis lors, santé parfaite et restée indemne de toute manifestation spéciale.

De telles syphilis, à coup sûr, ne sont pas indignes de la qualification de syphilis *bénignes*. Or, elles n'en dérivaient pas moins d'infections extra-génitales.

De sorte qu'en définitive, après avoir soumis les syphilis extra-génitales à toute une série d'épreuves ayant pour visée d'en mesurer, d'en doser le pronostic spécial, me voici amené à vous répéter, comme conclusion générale, ce que déjà j'ai eu à vous formuler après chacun des paragraphes précédents, à savoir :

1° Que leur réputation de syphilis particulièrement

graves ne paraît en rien légitimée par l'analyse des faits;

2° Que ces syphilis, alors qu'on les examine d'ensemble et en nombre considérable (au lieu de se borner à en envisager quelques cas particuliers), ne semblent différer des syphilis usuelles d'origine génitale ni par leurs symptômes précoces ni par leurs conséquences éloignées;

3° Qu'au total leur pronostic ne paraît pas autre que celui de la syphilis en général, quel qu'en soit l'accident d'origine.

Voilà, tout au moins, ce qui a résulté pour moi de l'enquête personnelle à laquelle je me suis livré sur le sujet.

III

Et cependant je ne dis pas, je ne crois pas qu'on soit autorisé à dire que tout soit semblable entre les syphilis extra-génitales et les syphilis génitales. Bien au contraire, de l'étude spéciale qu'a exigée de moi ce sujet il me paraît dériver ceci :

Que, si ces deux modes d'infection, considérés d'ensemble et en bloc, aboutissent à une quasi-identité au double point de vue symptomatologique et pronostique, il est cependant certains cas *particuliers* d'infection extra-génitale qui « sortent de l'ordinaire », comme on l'a dit, et qui se présentent avec une physionomie propre. J'ai la conscience, j'ai le sentiment clinique que certaines infections extra-génitales diffèrent des contaminations usuelles, et cela soit par quelques dissemblances de symptômes, soit par une gravité, voire parfois une malignité spéciale.

A quoi tiennent ces dissemblances? Relèvent-elles d'une influence de localisation, ou bien sont-elles imputables à telle ou telle autre cause d'ordre différent? C'est là ce qu'il nous reste à discuter et ce que nous discuterons dans un instant. Mais, tout d'abord, précisons le fait en lui-même.

Un exemple me suffira, car je tiens à vous épargner les redites. Je l'emprunterai au chancre amygdalien.

Rappelez vous combien ce chancre, pour certains cas (je dis « pour certains cas » et vous prie de le noter, car ce qui va suivre n'a trait qu'à quelques éventualités particulières et ne constitue en rien un caractère général, usuel, de la lésion), rappelez-vous combien ce chancre, pour certains cas, diffère et s'éloigne du type classique, du type normal, courant, du chancre syphilitique.

Il en diffère, dans les cas en question, par des symptômes insolites, étranges, étonnants, à savoir :

1° Par des *accidents fébriles* (élévation de la température jusqu'à 38 et 39°, accélération du pouls, et troubles divers de l'ordre de ceux qui servent de cortège à toute fièvre) ;

2° Quelquefois même par un ensemble de symptômes constituant une sorte de petit *orage infectieux*, tels que frissons, fièvre, céphalalgie, état saburral, altération du teint, courbature, accablement, prostration, voire adynamie, etc.

Or, n'est-il pas étrange, je dirai même plus, n'est-il pas extraordinaire de voir de tels phénomènes prendre place dans la symptomatologie du chancre syphilitique? Le propre de ce chancre n'est-il pas, au contraire, de constituer un accident froid, aphlegmasique, apyrétique, exempt de toute réaction, dénué de toute sympathie organique, essentiellement local d'apparence, etc.? A

ce point qu'en bien des cas il reste méconnu par les malades, voire dédaigné au titre d'une simple « écorchure », d'un « bobo », d'un « rien » ; à ce point que souvent même il passe absolument inaperçu.

Il y a donc, vous le voyez, dans l'ensemble symptomatologique qui accompagne parfois le chancre amygdalien, quelque chose non pas seulement d'insolite et d'étrange, mais de véritablement *spécial*. Cela n'est pas à nier.

Or, ce quelque chose, à quoi le rapporter ?

Est-il à croire que cet ensemble symptomatologique spécial relève uniquement d'une influence de localisation, c'est-à-dire de la pénétration du virus ou du microbe par tel ou tel département de l'organisme ? En autres termes, le chancre amygdalien développe-t-il des symptômes différents de ceux du chancre génital par cela même qu'il est né en dehors du département génital, par cela même que l'infection est partie de la gorge au lieu de partir, comme d'usage, de la verge ou de la vulve ? Aucun argument sérieux ne légitime une telle pathogénie.

Certes, la raison des faits en question nous échappe, je n'ai guère besoin de le dire. Mais tout au moins avons-nous d'ores et déjà, pour l'interpréter, une hypothèse bien préférable à l'explication précédente, laquelle d'ailleurs n'explique rien. Et cette hypothèse, la voici :

Les symptômes fébriles et réactionnels du chancre amygdalien seraient le produit d'*infections secondaires* greffées sur le chancre, pénétrant l'organisme par la voie ouverte du chancre et y développant les symptômes propres à leurs microbes pathogènes.

« Hypothèse ! », dira-t-on. — Sans doute, mais hy-

pothèse n'ayant rien d'irrationnel, rien de contraire au mode de genèse des processus infectieux.

D'abord, rien d'étonnant à ce que des infections prennent naissance dans la bouche, laquelle n'est, on le sait, qu'une sorte d'aquarium peuplé par une foule de microbes. Rien d'étonnant non plus à ce qu'elles aient pour point de départ préféré la loge amygdalienne, et cela en raison de ses anfractuosités de surface, de ses cryptes, de ses arrière-cavités, qui constituent, comme on l'a dit, des « nids à microbes », des « chambres de culture », essentiellement propices à la rétention, la stagnation et la germination de tous les microorganismes.

Et ce n'est pas tout. Car, déjà ces microorganismes ont été pris sur le fait, j'entends constatés et dûment constatés en rapport, en relation intime avec le chancre. On les a vus — ce qui s'appelle vus — faisant partie intégrante de la fausse membrane qui si souvent coiffe le chancre amygdalien. Ainsi, trois de mes anciens élèves — dont je m'honore — MM. Boulloche, Bourges et Hudelo, qui ont eu l'occasion d'ensemencer et d'étudier bactériologiquement la fausse membrane du chancre amygdalien, y ont découvert et déterminé plusieurs microbes, à savoir « des cocci, des streptocoques, des bacilles analogues aux bacilles de Lœffler, mais en différant par quelques caractères », voire jusqu'au bacterium coli commune. Si bien que, pour M. Boulloche, la fausse membrane de ce chancre résulterait « non pas de l'agent encore inconnu de la syphilis, mais, plus probablement, de bactéries étrangères trouvant sur la muqueuse dénudée un milieu favorable à leur développement ».

D'après cela, donc, le chancre amygdalien serait, dans

les cas en question, un chancre *infecté* par des microbes étrangers à la syphilis et un chancre développant par le fait même de cette infection secondaire des symptômes étrangers à la syphilis.

D'autre part, qui de vous n'a en souvenir un cas fameux de Pasteur, cas dans lequel l'inoculation de salive rabique détermina non pas la rage, mais une affection septicémique foudroyante, et cela de par la présence inattendue dans la bouche d'un microbe coexistant avec le virus rabique[1] ?

Sans doute, comparaison n'est pas raison. Mais les analogies précédentes ne sont-elles pas de nature à légitimer dans une certaine mesure l'hypothèse qui consiste à rapporter les phénomènes infectieux du chancre amygdalien à des *infections buccales* surajoutées au chancre?

Second point. — Il n'est pas à nier que certaines syphilis d'origine extra-génitale se présentent quelquefois avec une allure de gravité, voire de malignité insolite. De cela je vous ai cité de nombreux exemples dans ce qui précède, et je n'ai plus à y revenir. Le fait est constant, indiscutable et d'ailleurs indiscuté.

Oui. Mais reste à l'interpréter, ce fait, et c'est là le point sur lequel je dois maintenant appeler votre attention.

Or, lorsqu'au lieu de s'en tenir aux constatations particulières, on vient à examiner les choses d'ensemble et à scruter le sujet à fond, on ne tarde pas à être frappé par une considération non moins importante qu'inattendue, voire absolument inattendue et non encore signalée jusqu'à présent.

1. V. Bulletin de l'Acad. de médec., 1881.

C'est que la gravité des syphilis extra-génitales n'est pas un trait commun à *toutes* les syphilis extra-génitales, quel qu'en soit l'accident d'origine. Bien au contraire, c'est un trait qui n'appartient qu'à *quelques-unes* d'entre elles seulement.

En autres termes, les syphilis extra-génitales ne sont pas *toutes* indifféremment graves. Ce sont certaines d'entre elles qui, sinon exclusivement, au moins plus particulièrement, se traduisent par des manifestations sérieuses, importantes; ce sont celles-là seulement qui « sortent de l'ordinaire », comme on l'a dit, pour se caractériser par des accidents graves, malins, d'où ont dérivé ces désastres bruyants, ces catastrophes sensationnelles dont je vous ai entretenus précédemment.

Et c'est de celles-là qu'a rejailli le renom de « mauvaises syphilis » sur tout le groupe des syphilis extra-génitales.

Venons au fait. Il est nombre de chancres extra-génitaux qui, dans l'opinion publique, ne passent pas — et à juste titre — pour entraîner à leur suite des infections particulièrement graves. Tel est, par exemple, le plus commun de tous, à savoir le chancre labial. Tels sont encore les chancres du visage, du cou, du tronc, de l'anus, etc. Tandis qu'il en est d'autres qui, à tort ou à raison (nous nous expliquerons sur ce point dans un instant), se sont acquis une « mauvaise réputation », laquelle, à première vue, ne paraît que trop méritée.

Je précise. Il est *trois* ordres de syphilis extra-génitales qui, de par les méfaits inscrits à leur bilan, semblent spécialement dignes du renom de « mauvaises syphilis » qui s'y rattache actuellement. Ce sont :

La syphilis d'origine *mammaire*;

La syphilis d'origine *digitale*;

Et la syphilis dérivée du *vaccin*.

Oui, voilà les trois ordres de syphilis qui sont accrédités dans l'opinion publique comme particulièrement graves. Et, en effet, c'est de cette triple source, incontestablement, que sont issus ces cas malheureux, néfastes, retentissants, qui ont frappé l'imagination, qui sont restés dans les souvenirs et qui, je le répète, ont constitué la fâcheuse renommée de tout le groupe. Compulsez à ce point de vue l'historique de la question, comme j'ai dû le faire pour mon édification personnelle, et vous y prendrez sûrement la même conviction que moi.

Or, pourquoi et comment les syphilis d'origine mammaire, digitale et vaccinale sont-elles entachées, au moins pour certains cas, d'une gravité singulière qu'il paraît impossible de leur refuser?

Doivent-elles cette tare au fait même d'avoir eu leur berceau sur le sein, sur le doigt ou sur le bras? Ou bien la doivent-elles à des causes d'un ordre tout différent?

C'est là un point qui nous a longuement occupés dans ce qui précède. Vous vous rappelez qu'à propos de chacun de ces groupes de syphilis nous avons agité la question de savoir quelles pouvaient être les raisons qui, en certains cas, les rendaient particulièrement graves. Or, du triple débat que nous avons ouvert à ce sujet qu'est-il résulté? Ceci :

Pour chacun de ces trois ordres de syphilis nous avons été conduits à reconnaître que la gravité indéniable dont ils font preuve quelquefois n'est qu'une *gravité d'emprunt*, si je puis ainsi parler, une gravité qui ne leur est en rien propre, mais qui, bien plus rationnellement et plus sûrement, doit être imputée soit à des circonstances étrangères surajoutées, soit à des

conditions essentiellement *individuelles* et toutes spéciales aux sujets affectés, telles que conditions d'âge, de constitution, de personnalité, de prédispositions morbides, de débilitation préalable, de mauvaise hygiène, de mauvais traitement ou d'absence de traitement, etc., etc.

En définitive, après longue et minutieuse analyse, nous avons abouti à la conviction suivante : qu'en toute vraisemblance le caractère intensif ou malin qu'affectent quelquefois les syphilis extra-génitales relève bien moins de la *spécialisation de siège* de leur accident originel que du *terrain organique* sur lequel elles sont appelées à évoluer.

Vous le voyez donc, Messieurs, de quelque côté que nous ayons pris et envisagé cette question de pronostic, toujours et invariablement nous avons été ramenés à un résultat identique, à savoir : que le siège de la lésion originelle ne saurait en rien être considéré comme l'élément causal, comme la raison de la gravité ou de la malignité qu'affectent parfois les syphilis extra-génitales.

Logiquement, cette conclusion s'imposait presque *a priori*. La voilà, *a posteriori*, déduite de l'analyse des faits, la voilà dérivant de l'enquête clinique.

Terminerai-je néanmoins en ces termes et sans réserves? Non, car je n'ai pas la prétention de vous donner comme définitivement résolue, comme jugée sans appel, la délicate question qui vient de nous occuper. C'est qu'en effet (ai-je besoin de le dire ?) cette question est *neuve*. C'est même, à ma connaissance du

moins, la première fois qu'elle se trouve posée d'une façon générale. Donc, peut-être bien contient-elle des éléments *inconnus*, dont nous n'avons même pas l'idée quant à présent. Songez que nous ne savons rien encore du microbe supposé et si vainement attendu de la syphilis. *A fortiori*, ne savons-nous rien des réactions que pourraient exercer sur lui certaines circonstances particulières, certains milieux, certains terrains, certains microbes, hôtes habituels ou accidentels des divers départements de l'organisme. Nous ne sommes que dans le vague relativement à ces difficiles et intéressants problèmes que sans doute agiteront nos fils avec plus de compétence. Conséquemment, soyons modestes, soyons prudents; gardons-nous d'affirmations prématurées, et laissons la porte ouverte aux enseignements de l'avenir.

Cela dit, et sous le bénéfice de telles réserves, je vous présenterai, comme dérivant de l'enquête que (bien impartialement, je vous l'affirme) j'ai instituée sur le sujet, les conclusions suivantes :

1° Il est indéniable que les syphilis de provenance extra-génitale se présentent quelquefois avec un cachet de gravité peu commune, voire insolite pour certains cas.

2° Mais, quand on vient, au lieu de s'en tenir à quelques cas particuliers, à mettre en parallèle par gros chiffres, par gros bataillons, les syphilis extra-génitales et les syphilis de provenance génitale, on ne voit pas que celles-là comportent un pronostic plus grave que celles-ci. Considérées en masse, les syphilis extra-génitales n'ont d'autre pronostic que celui de toutes les syphilis, quel qu'en soit l'accident d'origine, ou, disons mieux, que celui de la syphilis en général.

3° D'autre part, alors que les syphilis extra-génitales viennent à se signaler par une gravité particulière, une enquête étiologique instituée sur elles permet presque toujours d'imputer rationnellement cette gravité insolite à certaines circonstances, à certaines conditions propres aux malades; — et cette interprétation est bien autrement légitime, bien autrement plausible que celle qui, sans l'ombre d'une preuve, même sans une ébauche de preuve, attribue une importance pronostique à la spécialisation de siège de l'accident originel du chancre.

En un mot, ce qui paraît faire la gravité d'une syphilis, c'est la nature du *terrain*, bien plutôt que le *siège d'implantation de la graine*.

4° De tout ce qui précède résulte en dernière analyse, relativement au sujet spécial qui vient de nous occuper dans ces Conférences, que l'EXTRA-GÉNITALITÉ du chancre (laissez-moi forger ce mot) ne constitue en rien de par elle-même, de par elle seule, un élément, un présage de gravité pour la syphilis qui dérive de ce chancre.

ROYAL MEDICAL & CHIRURGICAL SOCIETY
1886

ROYAL MEDICAL & CHIRURGICAL SOCIETY
6 NOV
1903

TABLE DES MATIÈRES

Exposé du sujet. — Double intérêt, clinique et prophylactique, se rattachant à l'étude des chancres extra-génitaux. 1

I. — Aperçu historique. 2

II. — Fréquence relative des chancres extra-génitaux. — Statistiques. — Pourquoi les statistiques sont-elles condamnées à n'exprimer jamais en l'espèce qu'un *minimum* de fréquence, minimum forcément inférieur à la réalité des choses? 3

III. — Sièges divers des chancres extra-génitaux. — Fréquence inégale suivant les régions. — Statistiques de ville et statistiques d'hôpital. — Prodigieux excès de fréquence des chancres de la région céphalique. 8

CHANCRES CÉPHALIQUES.

Raisons diverses de leur excès de fréquence. — Tous les départements qui composent la région céphalique ne sont pas également sujets à subir la contamination — Statistiques. 13

I. — CHANCRES BUCCAUX.

Localisations multiples. — Prédominance excessive du chancre labial. 15

Étiologie. — Trois modes principaux de contamination. — 1° Contagion génito-buccale; — 2° contagion bucco-buccale; — 3° contagion médiate.

Autres modes plus rares de contagion. — Contaminations professionnelles; — contaminations accidentelles; — contaminations dérivant de l'allaitement; — contaminations inexpliquées, purement accidentelles, etc. 16

1° Chancres labiaux.

Fréquence prédominante des chancres labiaux. — Description clinique. — Nombre. — Localisations. — Six formes principales. . 46

I. — Type *croûteux*. — Ses caractères. — Variété : Chancre *rupial*. — Diagnostic. — Erreurs faciles à commettre avec lésions banales à revêtement croûteux. — Deux pièges à éviter. 50

II. — Type *érosif*. — Forme insidieuse. — Caractères cliniques. — Confusions faciles avec herpès et lésions banales de forme érosive. — Eléments d'un diagnostic différentiel. — Trois signes principaux à consulter : graphique de contour; — induration; — adénopathie. 56

III. — Type *papuleux*. 61

IV. — Type *hypertrophique*. — Ses caractères. — Comment ce chancre peut simuler des tumeurs malignes. — Regrettables erreurs commises à son sujet. — Diagnostic différentiel avec *épithéliome* labial. — Tableau résumant les éléments de ce diagnostic. . . . 62

V. — Type *ulcéreux*. — Caractères. — Variétés. — Conséquences cicatricielles. — Chancre auto-ulcéreux ou pseudo-ulcéreux. . . 74

VI. — Type *phagédénique*. — Forme extrêmement rare. — Deux variétés : phagédénisme de surface et phagédénisme térébrant. — Diagnostic différentiel avec lésions d'ordre tertiaire. 77

Autres modalités possibles du chancre labial. — Chancre *fissuraire*. — Chancre *nain*. 82

Cicatrice terminale. — Adénopathie satellite. — Exception possible à la loi d'aphlegmasie usuelle du bubon satellite du chancre syphilitique. 85

Diagnostic. — Confusion facile avec lésions vulgaires; et, réciproquement, confusion facile de lésions vulgaires avec le chancre labial. — Lésions traumatiques, brûlures, furoncles, ulcérations d'origine dentaire, chancre simple, ulcère tuberculeux, etc. 88

Traitement. 92

2° Chancres de la langue.

Fréquence. — Nombre. — Localisations. — Deux formes cliniques principales. 96

1° Forme *érosive*. 97

2° Forme *ulcéreuse*. 100

Variétés. — Chancre *fissuraire*, chancre en rhagade, chancre étoilé. — Chancre *scléreux*. 101

Symptomatologie. — Durée. — Complications. — Cicatrice. — Bubon satellite 103

Diagnostic. — Multiplicité d'erreurs possibles à commettre, erreurs naturellement variables suivant la forme du chancre. — Diagnostic différentiel à établir : 1° dans la forme érosive, avec herpès, aphthe, hydroa, leucoplasie, syphilides secondaires; — 2° dans la forme ulcéreuse, avec syphilides ulcéreuses, secondaires ou tertiaires, et avec *ulcère tuberculeux*; — 3° dans la forme scléreuse, avec épithéliome, glossite scléreuse spécifique glossite dentaire, etc. 106

3° Chancre des gencives.

Fréquence. — Nombre. — Siège. — Deux formes cliniques. — Chancre *érosif* ou *sub-ulcéreux*. — Caractéristique objective. — Variétés. — Chancre *fongueux*, avec phénomènes de périostite alvéolo-dentaire. — Difficultés de diagnostic offertes par cette dernière forme. . 128

4° Chancres du palais, du voile palatin, des piliers, de la muqueuse génienne, etc.

Rareté de ces accidents. — Caractéristique. — Diagnostic. . 134

5° Chancre de l'amygdale.

Historique. — Fréquence. — Nombre. — Siège. — Etendue. — Configuration. — Prétendu polymorphisme. 139

Trois formes usuelles. — 1° Forme *érosive*. — 2° Forme *ulcéreuse*. — 3° Forme *angineuse*. — Insidiosité de ce type angineux au point de vue diagnostique. 144

Variétés. — Forme *diphthéroïde*, simulant les angines « blanches ». — Forme *gangréneuse* 149

Adénopathie. 154

Diagnostic. — Pourquoi le chancre amygdalien est exposé à rester fréquemment méconnu. — Erreurs de surprise à son sujet. — Deux éléments essentiels de diagnostic : adénopathie et induration. — Comment ce chancre peut être pris pour une angine vulgaire. — Diagnostic différentiel avec plaque muqueuse; — syphilides ulcéreuses secondaires ou tertiaires; — angine couenneuse vulgaire; — angine diphthéritique; — amygdalite lacunaire, etc. 155

Évolution. — Durée. — Complications. 171

Traitement. 172

II. — CHANCRE DE LA PITUITAIRE. CHANCRE DES NARINES.

Rareté. — Étiologie restant souvent mystérieuse. — Contagions directes, indirectes, médiates. — Localisations. — Nombre. — Formes cliniques. — Forme érosive. — Forme néoplasique. — Forme croûteuse ou impétigineuse. — Troubles fonctionnels. — Complications. — Adénopathie. — Diagnostic. — Traitement. 173

III. — CHANCRES DE L'OEIL.

Historique. — Fréquence. — Division : Chancres palpébraux; — chancre du bord ciliaire; — chancre de la conjonctive. — Fréquence relative de ces diverses localisations. — Nombre. 191

Étiologie. — Souvent impénétrable. — Fréquence relative du chancre oculaire chez les médecins, au titre d'accident d'origine professionnelle. — Contaminations directes; — indirectes; — médiates. . . . 193

Étude clinique. — I. Chancre *palpébral*. — II. Chancre du *bord ciliaire*. — III. Chancre *conjonctival*. — Chancre du grand angle et du

petit angle de l'œil. — Chancre de la conjonctive palpébrale et de la conjonctive bulbaire. 202
Variétés. — Variété diphthéroïde. — Variété ulcéreuse. . . 208
Troubles fonctionnels. — Adénopathie. — Adénopathie à chapelet cervical 209
Diagnostic différentiel. 212
Évolution. — Durée. — Pronostic. — Traitement. 219

IV. — CHANCRES DU VISAGE.

Fréquence. — Localisations diverses. 223
Étiologie. — Contaminations directes, indirectes et médiates. — Contagion usuelle par le *baiser* et par le baiser de n'importe quel ordre. — Contagions par morsure, succion, sputation. — Contagion spéciale à la région, à savoir contagion dérivant du *rasoir*. — Dangers du rasoir banal, servant à tout le monde. — Contaminations d'origine ignorée. — Contaminations faciales observées chez les enfants. — Le chancre facial est, dans l'enfance, le plus fréquent des chancres extra-génitaux. 224
Nombre. — Multiplicité possible et singulière des chancres du menton 238
Formes cliniques. — Forme croûteuse. — Forme de plaie à découvert. — Modalité érosive. — Modalité ulcéreuse. — Caractères communs à ces deux formes. 240
Variétés. — I. Variétés d'étendue. — II. Chancre *hypertrophique*, faisant tumeur. — Chancre en cabochon; — chancre en plateau. — Chancre pseudo-phagédénique. — Chancre à néoplasme considérable, simulant une tumeur maligne. 245
Évolution. — Durée. — Cicatrice; stigmates consécutifs. — Adénopathie. 254
Diagnostic. — Dans la forme bénigne du chancre, confusion possible avec dermatoses croûteuses, eczéma, impétigo, engelures, furoncle, etc. — Dans la forme exubérante, diagnostic différentiel à établir avec syphilides tertiaires et épithéliome. — Autres lésions pouvant donner lieu à méprises : sycosis tubéreux, chancre simple, etc. 259

V. — CHANCRES DE L'OREILLE.

Fréquence. — Étiologie. — Localisations. — Caractères cliniques. — Complications. 269

VI. — CHANCRES DU CUIR CHEVELU.

Fréquence. — Étiologie. — Aspect clinique. 274

CHANCRES DU COU, DU TRONC ET DES MEMBRES.

I. — Fréquence relative des chancres affectant les divers départements du tronc et des membres. 278

II. — Étiologie. — Assez fréquemment l'origine de ces chancres à siège insolite reste absolument mystérieuse, impénétrable. — I. Contaminations directes. — II. Contaminations indirectes; contagions issues du *tatouage*; contagions issues des *greffes*. — III. Contagions médiates par linges, vêtements, objets de literie, linge de bain, etc., etc.; contagions d'hôpital; contagions par *latrines*; contagions instrumentales, *médicales*; contagions dérivant des *ventouses*; contagions dérivant du *crayon de nitrate d'argent*. 282

III. — Étude clinique. — Formes diverses. — Modalité croûteuse. — Modalité érosive. — Modalité ulcéreuse. — Modalité papuleuse.

Variétés de nombre. — Multiplicité possible et parfois singulière. — Variétés d'étendue. — Grands chancres; chancres géants. — Adénopathies. 318

Traitement. 327

I. — CHANCRES DU SEIN.

I. — Fréquence. — Chancre mammaire *chez l'homme*. 331

II. — Chancre mammaire *chez la femme*.

Étiologie. — Causes d'infection chez la femme qui ne nourrit pas. — Causes d'infection chez la femme qui nourrit. — L'allaitement constitue pour la femme une source active et puissante de contamination syphilitique. — Statistiques officielles de l'Assistance publique. — Deux origines (très inégales comme fréquence) de contagion mammaire par allaitement : hérédo-syphilis et syphilis infantile acquise. — Autres causes de contamination : dégorgement du sein par la bouche d'un adulte; — façonnement du bout de sein. — Epidémie de Condé, épidémie de Tourcoing 335

Étude clinique. — Localisations possibles du chancre sur le sein.

Incubation. — A quelle échéance apparaît le chancre mammaire à la suite d'une contamination?

Éclosion et période initiale du chancre mammaire. — Caractères du chancre à cette époque. — Intérêt spécial se rattachant à ce point, par rapport à la sauvegarde de l'enfant.

Évolution ultérieure. — Chancre mammaire adulte. — Type usuel. — Deux formes : forme *croûteuse* et forme de *plaie à découvert*. — Caractéristique objective 346

Variétés. — Variétés de forme objective : chancre papuleux, chancre exulcéreux, chancre ulcéreux. — Variétés de configuration. — Chancre semi-lunaire. — Chancre fissuraire. — Variétés d'étendue, d'importance. — Variétés de nombre. — Chancres mammaires *multiples herpétiformes*. — Cas de 12, 23, 25 chancres mammaires. —

Variété *phagédénique*. — Phagédénisme en surface; — phagédénisme térébrant. 355

Adénopathie. — Évolution. — Durée. 368

Questions médico-légales. — Durée de l'induration chancreuse au sein. — Cicatrice du chancre mammaire. 371

Diagnostic. — Difficulté clinique : reconnaître le chancre mammaire à une époque voisine de son début. — Difficulté pratique : que faire en présence d'une lésion mammaire douteuse, qui peut être un chancre? — Discussion. — Diagnostic différentiel avec fissure du mamelon. — Quelle conduite tenir à propos d'un bouton *suspect* survenu sur le sein d'une nourrice? — Nécessité fréquente de prendre un parti *en ignorance de cause*. — Faut-il suspendre l'allaitement? — Parti plus pratique à mettre en œuvre.

Diagnostic différentiel avec eczéma, épithéliome, maladie de Paget, syphilide gommeuse, etc. 375

Pronostic. — I. Pronostic spécial à la lésion. — II. Pronostic de l'infection consécutive. — L'infection syphilitique d'origine mammaire comporte-t-elle une gravité spéciale? — Exemples de syphilis particulièrement graves, voire malignes, observées chez des nourrices. — Interprétation de ces faits. — Faisceau de conditions propres à servir de *facteurs de gravité* chez les nourrices affectées de syphilis, à savoir notamment : grossesse récente et allaitement. — En toute vraisemblance, la gravité insolite que revêt parfois la syphilis chez les nourrices relève des conditions défectueuses du *terrain* sur lequel la maladie est appelée à évoluer. — III. Pronostic *social*. — Comment la syphilis d'origine mammaire a été souvent l'origine de nombreuses contaminations domestiques. — Épidémies de famille, de maison, de village, issues de la syphilis mammaire. — Pian de Nérac. . . . 391

Traitement. 408

II. — CHANCRE VACCINAL.

Particularités de son histoire clinique. — Deux modes d'exorde de la syphilis vaccinale : 1° cas où la syphilis se produit seule, la vaccine faisant défaut; 2° cas où la vaccine et la syphilis dérivent de l'inoculation vaccinale. — Phénomènes divers et complexes de ce second ordre de cas. 409

Étude clinique. — Le chancre vaccinal est un chancre cutané, et rien autre. — A ce titre, c'est un chancre de forme croûteuse. — Description. 423

Variétés. — Adénopathie 425

Diagnostic. — Éléments séméiologiques habituels. — Diagnostic différentiel avec *vaccine ulcéreuse* 427

Pronostic. — La syphilis vaccinale est-elle entachée d'une gravité, voire d'une malignité propre? — Cas divers et notamment grandes épidémies de syphilis vaccinale semblant justifier ce soupçon. — Interprétation plus rationnelle de tels faits. — Comment la prétendue gravité de la syphilis vaccinale n'est qu'une *gravité d'emprunt*, qui lui est

conférée par les conditions spécialement défavorables dans lesquelles elle est le plus souvent appelée à se produire et à évoluer. . . . 439

III. — CHANCRES DE LA MAIN.

Fréquence. — Étiologie. — Contaminations *professionnelles*. — Contingent considérable fourni par la profession médicale. — Fréquence de ces chancres chez médecins, chirurgiens, accoucheurs, étudiants en médecine, sages-femmes, etc. — Contaminations par contact vénérien — Contaminations par morsure. — Contaminations accidentelles, médiates. 446

Localisations.

Formes cliniques. — I. Formes communes. — Variété érosive. — Variété ulcéreuse. — Configuration. — Modalité d'induration. — Phénomènes douloureux.

II. — Formes anormales. — 1° Chancre *hypertrophique*. — 2° Chancre-*panaris*. — 3° Chancre *fongueux*, formant une touffe de végétations.

Évolution. — Durée. — Cicatrices. — Complications.

Adénopathie. — Lymphangite en cordon; lymphangite en large ruban. 455

Pronostic. — Pronostic spécial du chancre. — Pronostic de l'infection consécutive. — Est-il vrai que la syphilis issue des chancres digitaux comporte une gravité particulière? — Discussion. — Le fait de la pénétration du virus par la région des doigts ne constitue en rien par lui-même un élément de gravité pour l'infection consécutive. 474

Prophylaxie 480

Traitement. 482

CHANCRES DES RÉGIONS ANALE, PÉRIANALE ET RECTALE.

Fréquence. — Fréquence variable suivant le sexe, les milieux sociaux, les pays, etc. 484

Division en trois groupes : chancres *périanaux*; — chancres de l'*anus*; — chancres *rectaux*. 486

Étiologie. — Contaminations directes. — Contaminations indirectes. — Transport possible par les doigts. — Chez la femme, contamination possible de la vulve à l'anus. — Contaminations médiates. — Contaminations par le crayon de nitrate d'argent.

Déductions médico-légales. 486

Étude clinique. — I. Chancre *périanal*. — Modalité érosive; — modalité exulcéreuse; — modalité ulcéreuse. 493

II. — Chancre *rectal*. — Comment on peut être conduit à le soupçonner et à le rechercher. — Caractéristique objective. — Adénopathie. 495

III. — Chancre *anal*. — Division. — 1° Chancre anal cutané. — 2° Chancre anal muqueux ou chancre anal proprement dit. — Physionomie toute spéciale : Chancre froncé « en collet de bourse », ou

chancre « en feuillets de livre ». — Caractéristique objective. — Douleurs. — Induration.

Variétés. — Chancre en crête extra-anale. — Chancre hémorrhoïdaire. — Chancre fissural. 498

Diagnostic. — Erreurs faciles à commettre. — Diagnostic différentiel avec plaque muqueuse; — chancre simple; — herpès; — ulcérations hémorrhoïdaires; — fissure; — ulcère tuberculeux. . . . 505

Pronostic. — Chancre anal. — Chancre rectal. — Est-il vrai que ce dernier chancre soit une des origines du rétrécissement rectal? — Réfutation de cette légende. 516

Traitement. 518

PRONOSTIC DE LA SYPHILIS ISSUE DES CHANCRES EXTRA-GÉNITAUX.

Opinion accréditée dans le public relativement au pronostic particulièrement grave des syphilis de provenance extra-génitale. — Origines probables de cette croyance. — Les syphilis extra-génitales sont-elles plus graves que d'autres quant à leurs conséquences d'avenir?

Examen de la question. — Les syphilis extra-génitales fournissent-elles, relativement à leur proportion de fréquence, un quotient *supérieur* d'accidents tertiaires; — de syphilis malignes précoces ou à tertiarisme prématuré; — de syphilis à localisations graves, notamment à localisations cérébrales? — Statistiques personnelles. — D'autre part, ces syphilis ne sont pas moins que d'autres susceptibles de formes *bénignes*. — Exemples cliniques. 524

Et cependant, tout n'est pas semblable entre les syphilis extra-génitales et les syphilis usuelles d'origine génitale. — Quelques dissemblances indéniables, soit comme caractères de symptômes, soit comme degré de gravité. — Comme caractères de symptômes, exemple du chancre amygdalien, parfois compliqué d'accidents fébriles, voire d'accidents infectieux. — Comme degré de gravité, exemples de quelques syphilis extra-génitales à manifestations graves. — Mais *toutes les syphilis extra-génitales ne sont pas indifféremment graves*. — Caractère de gravité possible n'appartenant qu'à trois d'entre elles : syphilis d'origine mammaire, syphilis d'origine digitale, et syphilis dérivant du vaccin. — Interprétation légitime de ces faits. — Le caractère intensif, voire malin, de ces dernières syphilis relève bien moins de la spécialisation de siège de leur accident originel que de conditions autres, de conditions individuelles, de conditions de terrain, toutes essentiellement propres aux sujets affectés.

Conclusion. — L'*extra-génitalité* du chancre ne constitue en rien par elle seule, par elle-même, un élément de gravité pour la syphilis qui dérive de ce chancre. 547

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE
ROYAL SOCIETY OF MEDICINE LIBRARY WITHDRAWN