

de la gale commencera à faire la lumière; car, à la suite de ce traitement, les ecthymas scabieux, comme toutes les déterminations scabieuses, s'évanouissent et s'effacent avec une précipitation significative. Puis, finalement, l'explosion ou la non-explosion secondaire jugera la question en dernier ressort.

VARIÉTÉS DU CHANCRE.

Le chancre a des variétés cliniques innombrables. Et, en effet, si, prenant un à un ses divers attributs, nous nous posions à propos de chacun d'eux la question suivante: « Cet attribut est-il constant? » nous verrions que la plupart, presque tous, sont susceptibles de modifications diverses, peuvent se présenter atténués, amoindris, effacés, voire peuvent faire défaut. De là, forcément, des variétés infinies dans la physionomie du chancre.

De tous les signes cliniques du chancre, il n'en est guère que deux qui soient constants, ou peu s'en faut, à savoir: 1° le *processus érosif* ou *ulcéreux de surface*; — 2° l'*induration*.

Pour le processus érosif ou ulcéreux de surface, on est autorisé à le dire constant. Toujours le chancre « fait plaie ». Il peut bien être sec à son origine, et pour un certain temps; mais toujours, à un moment donné, il devient excoriatif. Il peut bien se dissimuler, se masquer sous une croûte. Mais enlevez cette croûte et vous trouverez sous elle le derme dénudé. Le chancre sec n'est donc qu'un mythe.

Quant à l'induration, plus de réserve est de rigueur. Certes, ce n'est que justice à lui rendre, elle constitue un des attributs les plus fidèles du chancre, les moins sujets à faire défaut. Mais, en définitive, a-t-on le droit de la dire constante? Non. En tant que signe clinique, en tant que signe utilisable pour le diagnostic, on ne saurait la donner pour constante, et cela pour deux raisons:

1° Parce qu'en certains cas elle n'est pas accessible au doigt, elle n'est pas perceptible, constatable. Peut-être bien, dans les cas en question, ne manque-t-elle pas à l'appel en tant que lésion; mais, en tant que signe clinique, elle est comme si elle n'existait pas, ce qui est tout un pour le diagnostic. Impossible, par exemple, d'explorer la base de certains chancres situés d'une façon difficilement accessible ou même inaccessible au toucher (chancres du col utérin, chancres de l'anus, chancres de l'amygdale, etc.). Et de même pour quelques autres qui, toujours en raison de leur situation, sont malaisément saisissables. Tels sont les chancres de l'infundibulum vulvo-vaginal, de la fosse naviculaire, de l'anneau vaginal, qui, lorsqu'on veut les prendre, glissent, fuient sous les doigts, et se dérobent véritablement au palper.

2° Parce qu'en d'autres cas le néoplasme chancreux est si pauvre-

ment formulé, si réduit, si *fruste*, que véritablement on éprouve une réelle indécision à dire, même quand on le tient entre les doigts, si l'induration existe ou n'existe pas.

Mais, sous le bénéfice de ces réserves, l'induration (je le répète à dessein, parce que c'est là un des points de la syphiligraphie qui a donné lieu à d'incessants débats) peut être dite un *signe fidèle* du chancre, non moins qu'un de ses meilleurs signes. Combien sont rares les cas où ce signe fait défaut! J'ai fait trois statistiques à ce sujet, chacune portant sur 100 malades (hommes) affectés de chancre, et j'ai dûment constaté l'induration 98 fois dans la première, 96 fois dans la seconde, 99 fois dans la troisième. Est-il, en médecine commune, beaucoup de signes qui se présentent avec un pareil degré de fréquence?

On a dit, il est vrai, que « l'induration chancreuse ne se produit pas chez la femme ou ne s'observe sur elle que d'une façon rare, presque exceptionnelle ». C'est là un préjugé, de paternité inconnue, auquel la clinique inflige un démenti formel. Pour avoir longuement étudié cette question, je suis autorisé à dire tout au contraire: que le chancre s'indure chez la femme comme chez l'homme; — que les chancres de siège commun aux deux sexes (chancres des lèvres, de la langue, de la face, des paupières, des doigts, des bras, des cuisses, du tronc, etc.) s'indurent de la même façon et au même degré chez la femme que chez l'homme; — que les chancres spéciaux ou presque spéciaux de la femme (chancres du sein) présentent très fréquemment des indurations égales à celles qu'on observe sur d'autres sièges chez l'homme; — que les chancres génitaux de la femme, notamment ceux des grandes lèvres, du capuchon, du clitoris, de l'urèthre, présentent très communément de beaux types d'induration, absolument comparables et équivalents à ceux qu'on rencontre sur la verge, etc.

La seule différence qu'on observe d'un sexe à l'autre consiste en ceci: que les indurations nodulaires ou profondes sont moins fréquentes dans le sexe féminin que dans le nôtre, et que les indurations lamelleuses s'y rencontrent au contraire d'une façon plus habituelle (1). Mais à cela se bornent les différences d'un sexe à l'autre relativement à l'induration.

Au surplus — plaçons ici cette digression nécessaire — l'absence ou la non-constatation (c'est tout un, cliniquement) de l'induration dans le chancre syphilitique n'a plus de nos jours l'importance considérable qu'on lui accordait autrefois. Autrefois, alors que le chancre syphilitique et le chancre simple n'étaient pas encore abso-

(1) Je ne fais qu'esquisser et résumer ici cette question, que l'on trouvera longuement développée dans mon livre sur la *Syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme*. Paris, 2^e édit., p. 89 et suiv.

lument séparés en tant qu'espèces morbides, on raisonnait de la façon suivante : « Un chancre qui n'est pas induré est un chancre mou ; — or, il est des chancres sans induration qui sont suivis de symptômes d'infection constitutionnelle ; — donc chancre mou et chancre induré ne sont que des variétés d'une seule et même espèce morbide, etc. ». Aujourd'hui, au contraire, c'est-à-dire à une époque où le chancre syphilitique et le chancre simple sont définitivement disjoints en tant qu'espèces pathologiques, nous n'accordons plus qu'une importance de second rang à l'absence possible de l'induration dans le chancre syphilitique ; et, lorsque cette induration vient à faire cliniquement défaut dans un chancre que nous sommes autorisés d'autre part à considérer comme syphilitique, nous n'en concluons pas moins à la nature syphilitique de la lésion, sans songer à faire de ladite lésion un chancre simple sous prétexte que nous n'y constatons pas l'induration.

C'est qu'en effet — et que de débats n'a pas coûtés cette simple vérité ! — *ce n'est pas l'induration qui constitue le chancre, pas plus que ce n'est la crépitation osseuse qui constitue la fracture*. Ce n'est pas l'induration qui communique au chancre le caractère, la spécificité syphilitique ; c'est l'essence syphilitique du chancre qui imprime au chancre le caractère d'induration. En autres termes, l'induration ne fait pas la syphilis ; c'est au contraire la syphilis qui fait l'induration.

Car, en somme, qu'est-ce donc que l'induration ? Cliniquement, c'est *un signe*, et rien de plus. C'est, tout simplement, l'expression sensible du néoplasme syphilitique initial. Or, est-il beaucoup de signes en pathologie qui soient absolument constants et que l'on rencontre à coup sûr dans tous les cas d'une affection donnée ? N'est-ce pas, au contraire, le sort commun de toutes les maladies de se présenter parfois à l'observation sous des formes plus ou moins incomplètes, voire sous des formes *frustes*, comme on les appelle ? La crépitation, par exemple, est-elle constante dans toutes les fractures ? Certes, non. Peut-elle manquer, manque-t-elle même souvent ? Certes, oui. — De même, toutes les pneumonies s'accusent-elles invariablement par le râle crépitant, leur signe essentiel, propre ? Pas davantage. — N'a-t-on pas signalé de même, dans bon nombre de maladies, l'absence possible de certains de leurs symptômes les plus importants et les plus habituels, des taches lenticulaires dans la fièvre typhoïde, des vomissements et de la céphalée dans les tumeurs cérébrales, de la fièvre dans les affections le plus communément fébriles, de la diarrhée dans le choléra, etc. ? N'a-t-on pas même parlé de fièvres éruptives sans éruption ? Et ainsi de cent autres exemples qu'il serait superflu de rappeler ici.

Résumons-nous donc en disant :

Le chancre n'est pas syphilitique parce qu'il est induré ; il est induré,

au contraire, *parce qu'il est syphilitique*. — Et il peut être syphilitique *sans induration* comme il le serait en l'absence de tout autre de ses caractères habituels.

D'ailleurs, cette variété du chancre fruste par absence d'induration cliniquement constatable ne constitue, je le répète, qu'un fait des plus rares ; et bien autrement importantes sont les autres variétés qui vont suivre.

I. — **Variétés de nombre.** — A ce sujet, trois points à établir.

1. — Le premier et le plus important consiste en ceci : *Le plus habituellement, et de beaucoup, l'infection se traduit par un seul accident, par un chancre unique*. — Ricord avait dit de vieille date : « C'est le propre du chancre induré d'être le plus habituellement *solitaire*. » Les statistiques depuis lors ont confirmé cette parole du maître. Voici la mienne, d'après mes observations de ville :

I. Malades (hommes) affectés de <i>chancres génitaux</i>	9110 cas.
Chancre unique.....	7386 cas.
Chancres multiples.....	1724 —
Total.....	9110 cas.
II. Malades (hommes et femmes) affectés de <i>chancres extra-génitaux</i>	644 cas.
Chancre unique.....	621 cas.
Chancres multiples.....	23 —
Total.....	644 cas.

C'est-à-dire :

1° Aux régions génitales, chancre unique au moins quatre fois plus fréquent que les chancres multiples ;

2° En dehors des régions génitales, chancre unique vingt-sept fois plus fréquent que les chancres multiples.

Additionnant ces deux termes, nous trouvons en somme que le chancre unique est *plus de cinq fois plus fréquent* que les chancres multiples.

II. — Quand le chancre syphilitique est multiple, il est toujours, si je puis ainsi parler, *discrètement multiple*. En autres termes, quand on rencontre plusieurs chancres syphilitiques, on en rencontre le plus souvent deux ; — bien plus rarement, trois ; — bien plus rarement encore, quatre ; — exceptionnellement, davantage.

Cela ressort en toute évidence de toutes les statistiques, notamment de la suivante, déduite de mes relevés personnels :

Deux chancres.....	824 cas.
Trois —	274 —
Quatre —	60 —
Cinq —	27
Six —	6 —
Sept —	5 —
Huit —	3 —

En sorte que la fréquence des chancres multiples est en raison inverse de leur multiplicité même.

III. — Exceptionnellement, enfin, l'infection syphilitique peut se traduire sous une *forme confluyente*. Il est des cas très authentiques où l'on a observé, comme produit d'une contamination spécifique, dix, douze, quinze chancres. Ainsi, Ricord a relaté le cas d'un de ses malades qui présentait à la verge et sur le scrotum *dix-neuf chancres* bien comptés (1). Une femme de mon service, infectée par un nourrisson syphilitique, portait *vingt-trois chancres* sur les seins, à savoir sept sur le gauche et seize sur le droit (2). — S'il est bon pour la pratique d'être prévenu de la possibilité de tels faits, il ne convient pas moins de ne les prendre que pour ce qu'ils sont, à savoir des raretés, des curiosités extraordinaires.

Détail curieux : La gale sert souvent d'origine aux chancres multiples de la verge ; ou, en autres termes, il n'est pas rare, dans les cas de chancres multiples de la verge, de rencontrer la gale dans les antécédents de contagion. Rien d'étonnant à cela, car on sait que la verge est, par excellence, un foyer d'élection pour la gale qui la crible de lésions diverses (papules, papules excoriées, vésicules, pustules, sillons, érosions de grattage, etc.). Or, toutes ces lésions à épiderme exfolié ou malade sont autant de *portes d'entrée* pour le contage syphilitique et se laissent facilement inoculer par lui.

Inutile d'ajouter que semblable condition n'existe pas pour la femme, puisque, chez elle, la gale n'a pas de foyer génital.

II. — **Variétés d'étendue.** — Il se peut que le chancre excède les limites moyennes que nous lui avons assignées, comme aussi qu'il reste en deçà.

Dans le premier cas, on a affaire à ce qu'on appelle de *grands chancres*, lesquels sont susceptibles de formes variées : chancres orbiculaires, comparables à une pièce d'un franc, de deux francs, voire (bien plus rarement) de cinq francs ; chancres ovalaires, elliptiques, allongés, etc. Certains chancres contournent la moitié ou même les deux tiers de la rainure glando-préputiale ; d'autres couvrent toute une grande lèvre ; d'autres, allongés en gousse de légumineuse, suivent le trajet du pli génito-crural, etc.

Inversement, il est de *petits chancres*, ne dépassant guère l'étendue d'un ongle d'enfant, d'une lentille. Il en est même de tout à fait minimes (*chancres nains*). — J'ai traité récemment un malade d'un chancre fissuraire du frein qui n'a jamais dépassé l'étendue d'un pépin de poire. — Un autre chancre, que j'ai observé *ab ovo ad finem*

(1) Voir *Leçons sur le chancre*, 2^e édit., p. 121.

(2) La reproduction de ce cas extraordinaire est conservée au musée de l'hôpital St-Louis, coll. Fournier, pièce n° 275. — Observation publiée dans les *Comptes rendus de la Soc. méd. des hôp.*, 1878.

sur une jeune femme, n'a pas dépassé, même à sa période adulte, 6 millimètres comme grand axe, sur 3 à 4 transversalement. (Soit dit incidemment, ce chancre a été l'origine d'une syphilis grave ; cela à l'adresse d'une certaine doctrine dont nous parlerons plus tard et dont la prétention est de mesurer la gravité de la syphilis sur le patron de son accident originel.)

Il est certain que ces petits chancres sont d'observation plus commune chez la femme que chez l'homme ; mais la raison de ce fait nous échappe absolument.

III. — **Variétés de forme objective.** — Celles-ci sont extrêmement nombreuses. Les plus importantes procèdent de la constitution anatomique et de la coloration du chancre.

A. — Au point de vue de sa constitution anatomique, les différences multiples que présente le chancre peuvent se ranger sous les cinq chefs suivants :

1° *Chancre érosif*, qui consiste simplement en une desquamation épidermique ou épithéliale, laquelle se borne à dénuder le derme sans l'entamer.

2° *Chancre exulcéreux*, qui attaque superficiellement le derme, mais qui l'effleure plutôt qu'il ne l'entame.

3° *Chancre ulcéreux*, plus creux, plus excavé que les précédents. Il fait ou paraît faire ulcère. Je m'explique.

Certes, le chancre entame véritablement le derme en quelques cas. Mais, bien plus souvent, il ne fait ulcère qu'aux dépens de son tissu propre, de son néoplasme d'induration, et non pas des tissus physiologiques. En l'examinant avec attention, on voit que son entamure, quelquefois assez creuse, porte exclusivement sur le noyau néoplasique qui sous-tend l'ulcération, sans attaquer les parties sous-jacentes. Il est, si je puis ainsi dire, *auto-ulcéreux* ; il se corrode, il se ronge lui-même. Et la preuve, c'est que, dans la plupart des cas de cet ordre, il ne laisse à sa suite qu'une cicatrice peu déprimée, superficielle, presque insignifiante ; n'en serait-il pas tout autrement si, au lieu de n'affecter qu'un tissu morbide, il ulcérait et détruisait le derme ?

4° *Chancre papuleux*. — C'est le chancre exhaussé en forme de mamelon, à surface faisant plateau.

Fréquemment le chancre prend cet aspect à une étape moyenne ou terminale de son évolution. On le voit alors proéminer, s'élever, s'exhausser, jusqu'à faire un relief de 2, 3, 4 millimètres au-dessus des parties saines. Il ressemble alors tout à fait, comme forme générale, à une *pastille*, en simulant au plus haut degré une variété de lésion secondaire que plus tard nous aurons à décrire sous les noms de papule secondaire ou de syphilide papulo-érosive. Aussi bien, sous cette forme, est-il fréquemment confondu avec cette dernière lésion.

5° *Chancre hypertrophique*. — Dans cette variété le chancre syphilitique ne donne plus, au premier coup d'œil, l'impression d'un chancre, mais bien celle d'une tumeur ulcéralive. C'est véritablement, alors, une sorte de *chancre-tumeur*, constitué par une large et grosse tubérosité saillante, que surmonte une ulcération de mauvaise mine. Détaillons.

Ce qu'on voit est ceci : D'une part, une tumeur tégumentaire, mesurant comme base l'étendue d'une pièce d'un franc ou même de cinq francs, faisant un fort relief (de 3 à 5, 6, 8 millimètres) au-dessus des tissus sains, régulièrement ou irrégulièrement arrondie de contour, dure et parfois extrêmement dure, jusqu'à donner aux doigts une sensation ligneuse ou cancéroïdienne ; — et, d'autre part, couronnant cette tumeur, une ulcération d'étendue proportionnelle, entamant ou semblant entamer plus ou moins les tissus, rouge ou violacée, livide, ichoreuse, au total de mauvais aspect.

Si bien qu'une telle physionomie ne manque guère de tromper au premier moment. Impossible, d'après elle, de suspecter un chancre ; impossible de ne pas croire qu'on a affaire à une tumeur quelconque, voire à une tumeur maligne, à un épithélioma en voie d'ulcération. Ce n'est que par un examen complet de la lésion et du malade que cette première impression peut être redressée, rectifiée. Et elle ne l'est pas toujours. Car l'expérience apprend que plusieurs fois des chancres de cet ordre ont été définitivement considérés comme épithéliomas et traités comme tels. J'ai dans mes notes de ville deux observations relatives à des chancres hypertrophiques de la face qui ont été enlevés par des chirurgiens cependant très instruits. Une opération chirurgicale avait été de même proposée à la malade dont la lésion (chancre hypertrophique de la joue) se trouve reproduite sur un moulage déposé au musée de l'hôpital Saint-Louis (pièce n° 405), et qui guérit par les seuls secours du traitement médical.

On remarque au même musée (1) un spécimen presque exagéré de cette modalité hypertrophique, sous forme de deux chancres du menton, plus larges chacun qu'une pièce de cinq francs, ulcéreux de surface, et surtout très fortement surélevés, comme le seraient des tumeurs, au-dessus des téguments voisins. L'isthme cutané qui les sépare dessine une crête saillante, dont le relief ne paraît pas inférieur à 2 centimètres !

Le chancre hypertrophique a été signalé sur des points divers. Mais, à coup sûr, il a un siège de prédilection par excellence, à savoir le *visage*, notamment au niveau des joues, du menton, de la narine (2), etc.

B. — La *couleur* du chancre, qui naturellement constitue un des

(1) Coll. gén., pièce n° 256, déposée par M. le Dr TRÉLAT.

(2) Voir également au même musée un *chancre hypertrophique* de la narine (pièce n° 286).

traits principaux de sa physionomie, est susceptible de variétés nombreuses. Ainsi :

1° Assez souvent le chancre est simplement rouge, et d'un rouge banal, analogue à celui d'une plaie vulgaire. — D'autres fois, surtout alors qu'il languit, qu'il traîne quelque peu en longueur, il est d'un rose atone. — D'autres fois il est d'un jaune rosé ou bien d'un jaune paille, comme on peut en voir quelques spécimens à notre musée.

2° En d'autres cas, on le trouve *bicolore*. Généralement alors il présente, d'une part, à sa circonférence une zone étroite d'un rouge plus ou moins foncé, et, d'autre part, un disque central grisâtre. Cette forme est assez commune.

3° Signalons aussi le chancre dit *en cocarde*, constitué par une triple série de zones concentriques de couleurs différentes, à savoir : un noyau central de couleur foncée, rouge ; — une zone médiane de teinte jaunâtre ; — et une zone excentrique en forme de liséré rouge (1).

4° La grosseur — et surtout la grosseur avancée, avec veinosité de la région vulvaire — ne laisse pas d'imprimer au chancre des modifications toutes spéciales ; elle le rend livide, brunâtre, et parfois même très exactement *violet*, d'un violet noir qui rappelle tout à fait le ton de cette belle fleur de nos jardins qu'on appelle vulgairement la *pensée*.

5° Enfin, la coloration du chancre peut être artificiellement altérée par divers topiques. On voit parfois à nos consultations des chancres littéralement tatoués, soit en blanc par des sels de plomb, soit en bleu par des sels de cuivre, etc.

IV. — **Variétés de siège.** — Il va sans dire que les conditions de siège sont de nature à influencer puissamment sur les caractères objectifs et la physionomie générale du chancre.

De là deux questions à étudier : 1° Quelles localisations affecte usuellement ou peut éventuellement affecter le chancre ? — 2° Quelles modifications impriment au chancre ces localisations diverses ?

1. *Première question : Siège du chancre.* — La contagion pouvant se porter partout, une induction légitime fait prévoir que le chancre, expression locale de cette contagion, doit la suivre *partout*. C'est, en effet, ce qui a lieu.

Le chancre a été rencontré sur les départements du corps les plus divers. Pour ma seule part, je puis dire l'avoir rencontré partout, à l'exception d'une seule région, la région plantaire (où sans doute on le signalera quelque jour, étant donnée l'habitude déplorable qu'ont nos malades de marcher pieds nus dans nos salles d'hôpital ou de consultation, dont le sol risque fort d'être souillé par les crachats, les objets de pansement, le pus, etc.).

(1) La pièce n° 676 (Coll. gén. du musée de St-Louis) est un beau spécimen du genre.