

On l'a même rencontré, comme le montreront les statistiques qui vont suivre, sur des régions où sa présence paraît extraordinaire et n'est explicable que par des aberrations érotiques inimaginables ou par le hasard aveugle de contagions médiatees.

Mais, de même que la contagion ne se porte pas partout avec une égale fréquence, de même le chancre qui la traduit *in situ* n'est pas également commun sur toutes les régions du corps. Très fréquent en certains sièges, il devient naturellement plus rare sur d'autres, comme aussi tout à fait exceptionnel sur certains points.

Apprécier ces divers degrés de fréquence du chancre suivant les régions est œuvre de statistique; laissons donc parler la statistique.

Voici ce que m'a appris mon observation personnelle dans la clientèle privée, pour trente-six années de pratique.

SIÈGE DU CHANCRE.	Hommes.	Femmes.	Total	
Organes génitaux.....	9110	246	9356	
Bouche.....	Lèvres.....	258	70	328
	Langue.....	47	6	53
	Gencives.....	8	1	9
	Joue.....	1		1
	Palais et voile du palais.	4		4
	Amygdales.....	35	5	40
	Pharynx.....	1		1
Visage.....	Front.....	2		2
	Joues et région parotidienne.....	7	2	9
	Nez et pituitaire.....	4	1	5
	Menton.....	19	5	24
	Paupières et conjonctive.....	6	1	7
Cuir chevelu.....		2	2	
Cou.....	2	1	3	
Thorax.....	Région antérieure.....	1		1
	— dorsale.....			
	Seins.....	3	16	19
Épaule.....	Aisselle.....	1		1
		1		1
Membre supérieur.....	Bras.....	5	4	9
	Avant-bras.....	1		1
	Main.....	39	7	46
Abdomen.....	16		16	
Aine.....	3		3	
Fesses et région interfessière.....	4		4	
Anus.....	21	12	33	
Région péri-anale; périnée.....	16	3	19	
Membre inférieur.....	Cuisse.....	4	4	8
	Jambe.....		1	1
Total.....	9619	387	10006	

De ces chiffres dérivent plusieurs enseignements majeurs; — à savoir que :

1° Les chancres des organes génitaux sont les plus communs de tous, et cela dans une proportion considérable, énorme : 9.356 sur 10.000, c'est-à-dire plus de 93 p. 100.

Donc, la syphilis est d'origine génitale plus de neuf fois sur dix.

2° Au second rang par ordre de fréquence, mais à longue et très longue distance, se rangent les chancres de la bouche (chancres des lèvres, de la langue, des gencives, des joues, du palais, du voile du palais et des amygdales). On en compte 435 sur 10.000, c'est-à-dire 4 à 5 p. 100 (exactement : 4,3).

3° Viennent ensuite au troisième rang, mais à une distance considérable, trois ordres de chancres qui figurent, dans cette somme de 10.000 chancres, pour des chiffres de 52 à 46, à savoir : chancres de l'anus et de la région péri-anale; — chancres du visage; — chancres de la main. — Leur proportion de fréquence par rapport aux deux groupes précédents est minime, à savoir 0,5 p. 100.

4° Au quatrième rang prennent place, pour des chiffres encore inférieurs, deux groupes de chancres (chancres de l'abdomen et chancres du sein). Ceux-ci ne doivent leur supériorité de fréquence par rapport aux suivants qu'à deux raisons spéciales : proximité des organes génitaux pour les premiers, et allaitement pour les seconds.

5° Puis, viennent au dernier rang, et pour des chiffres tout à fait insignifiants, des chancres de toutes régions (chancres du cuir chevelu, du cou, du thorax, de l'aisselle, des bras, des avant-bras, de la cuisse, de la jambe, etc.).

Mais, pour n'être qu'exceptionnels, ces derniers n'en comportent pas moins un intérêt de premier ordre. Ils démontrent, d'abord, un fait : c'est que le contagion syphilitique peut atteindre tous les points du corps, sans exception, peut se porter partout et pénétrer partout. Bien vrai donc est le mot de Ricord : « Le chancre est une graine bonne pour tous les terrains, une graine capable de germer n'importe où le hasard la dépose ». — En second lieu, de ces chancres à siège insolite, extraordinaire, résulte un enseignement : c'est qu'étant donnée une syphilis dont l'accident initial n'est pas accusé par le malade, il ne faut pas se contenter d'explorer les seules régions où cet accident a coutume de se localiser le plus souvent, c'est-à-dire les régions génitales et péri-génitales. Si l'on ne trouve pas le chancre sur lesdites régions, il faut le chercher ailleurs, puis ailleurs encore, puis partout, n'importe où, car il peut être là où malade et médecin soupçonneraient le moins sa présence.

Comment, en effet, soupçonner à priori qu'un chancre puisse aller se loger sur le cuir chevelu, à l'épaule, à l'aisselle, au coude, à l'avant-bras, sur la région du grand trochanter, sur le mollet, etc., etc.? Eh bien, on a observé des chancres, de véritables chancres sur toutes ces régions. Tout est possible en fait de localisation du chancre, car le transport du contagion peut être réalisé par les circonstances les plus

bizarres, par les conditions les plus insolites, les plus imprévues. De cela les exemples à produire seraient innombrables. J'en citerai quelques-uns seulement, à titre de spécimens.

Un jeune homme est mordu à l'oreille dans une rixe, et, sur le siège même de la morsure, éclot un chancre quelques semaines plus tard. Pourquoi? Parce que l'agresseur portait, au moment de la dispute, des plaques muqueuses à la bouche.

Un malade de nos salles présentait un chancre typique au niveau de la région du grand trochanter. Comment expliquer la présence d'un chancre en un tel point? Enquête laborieusement faite, nous apprîmes ceci: Notre malade, par raison d'économie, partageait son lit avec un camarade, lequel était affecté d'un chancre au sommet du gland, chancre qu'il laissait sans pansement. Or, le lit étant, paraît-il, assez étroit, il arrivait souvent que la verge de l'ami, couché sur le côté, touchait la cuisse de notre malade.

Une de mes clientes de la ville a été affectée au niveau du mollet d'un chancre syphilitique dont j'ai pu découvrir l'origine et la filiation. Dans un dîner folâtre, une bouteille de champagne lancée à terre vint faire explosion aux pieds de ladite dame. Il en résulta une petite éraillure au mollet. Mais la dame jetant les hauts cris et craignant qu'un éclat de verre ne fût resté dans la peau, un des convives se mit à exercer « pendant dix minutes » une forte succion sur la plaie. Malheureusement cette ventouse labiale, loin d'être immaculée, se trouvait couverte de plaques muqueuses à cette époque, et transmit ce qu'elle devait transmettre.

6° On peut avancer, sans crainte de s'éloigner sensiblement de la réalité des choses, que, chez l'homme, la relation numérique de fréquence entre les chancres génitaux et les chancres situés en dehors des organes génitaux est environ de 94 à 6.

C'est-à-dire que, sur 100 hommes affectés de chancre, il en est 94 qui présentent leurs chancres aux organes génitaux, contre 6 dont les chancres occupent d'autres sièges.

Chez la femme, cette relation numérique est-elle la même? Non certes, et nous sommes même autorisés à la dire très différente. De par l'observation courante comme de par toutes les statistiques, il est certain que, chez la femme, le nombre des chancres extra-génitaux est infiniment plus considérable que chez l'homme. Mais ce nombre est impossible à déterminer rigoureusement, étant données les causes d'erreur multiples et de divers ordres qui se rattachent à une telle évaluation. Toute appréciation numérique sur ce point doit encore être réservée.

7° En définitive, quant à leur localisation, les chancres syphilitiques peuvent être divisés en trois groupes, de la façon suivante:

1. Chancres génitaux, que leur dénomination définit d'elle-même;

2. Chancres *péri-génitaux*, c'est-à-dire situés au voisinage des régions sexuelles;

3. Chancres *extra-génitaux*, siégeant tout à fait en dehors et loin de ces mêmes régions.

Et la fréquence relative de ces trois ordres de chancres peut être (approximativement, bien entendu) évaluée comme il suit:

	Pour 10.000 cas.	Soit, en chiffres ronds.
Chancres génitaux.....	9356	93 p. 100
Chancres péri-génitaux.....	77	0,67 —
Chancres extra-génitaux.....	576	6,33 —

8° Dernière remarque, et celle-ci non moins importante, puisqu'elle intéresse la prophylaxie.

Pour le chancre syphilitique, les chiffres qui précèdent mettent en pleine évidence ce fait majeur: que, chez l'homme comme chez la femme, il a deux foyers principaux, sans doute fort inégaux de l'un à l'autre, mais infiniment supérieurs numériquement à tous les autres foyers, à savoir:

1. Un foyer génital (9.356 chancres sur 10.000);
2. Un foyer buccal (435 chancres sur 10.000).

Ce résultat de l'observation clinique ne doit pas être perdu. Il implique qu'au point de vue de la prophylaxie la vigilance médicale doit surtout et avant tout viser ces deux foyers. A ne parler que du chancre pour l'instant, la contagion qui procède du chancre a pour points de départ, sinon exclusivement, au moins pour l'énorme majorité des cas, soit les organes génitaux, soit la bouche. C'est donc là qu'il faut surtout la surveiller, la rechercher, la poursuivre; et nous aurons à tirer parti plus tard de cet enseignement.

II. — Seconde question: Quelles modifications résultent pour le chancre des variétés de localisation?

La condition de siège est une de celles qui modifient le plus activement l'aspect, la physionomie du chancre.

Comme confirmation de cette vérité on ne saurait trouver d'exemple plus probant que les différences profondes qui interviennent entre le chancre des téguments cutanés et le chancre des muqueuses. J'en parlerai tout d'abord.

Chancre des muqueuses; — chancre de la peau. — Le chancre des muqueuses se présente toujours sous forme de ce qu'on appelle une plaie, c'est-à-dire sous l'aspect d'une lésion mettant à nu le derme, d'une érosion ou d'une ulcération à découvert.

Cette plaie n'est jamais revêtue, masquée par un exsudat croûteux. Et cela se conçoit; car, sur une muqueuse, tout exsudat qui serait de nature à former une croûte est incessamment dilué et balayé par la sécrétion propre à la membrane. Pas de formation possible de

croûtes dans la bouche, dans la gorge, sur la conjonctive, sur le col utérin, etc.

Le chancre de la peau, tout au contraire, revêt très fréquemment la forme croûteuse, et cela parce que la formation d'une croûte est possible sur le tégument cutané, etc.

Là, un exsudat concrescible trouve toutes conditions propices à sa solidification et peut se transformer en croûte. Et alors, une fois cette incrustation réalisée, c'en est fait objectivement du chancre en tant que lésion à surface érosive ou ulcéreuse. Le chancre n'est plus une plaie, à le juger du moins par ce qu'on en voit; il devient une croûte, et rien autre; — croûte isolée et bien circonscrite; — large en moyenne comme une amande, comme une pièce de vingt ou de cinquante centimes; — habituellement brunâtre ou brune, quelquefois noirâtre; — tantôt assez mince et presque foliacée, tantôt un peu épaisse et alors plus ou moins inégale de surface; — assez adhérente en général; toutefois se laissant facilement soulever par l'ongle, ou se détachant en quelques heures sous l'influence d'onctions graisseuses, de cataplasmes, de bains, etc., mais pour se reproduire à brève échéance.

Bien entendu, cette croûte n'est qu'un masque à la surface du chancre. Détachée, elle laisse à nu le chancre, qui apparaît tout aussitôt avec sa physionomie propre et ses caractères habituels. Mais toujours est-il qu'avant sa chute elle représente le chancre sous une modalité objective absolument différente de ce qu'est le *facies* usuel de cet accident.

Le chancre encroûté ne ressemble donc en rien au type que nous avons décrit jusqu'alors. Bien au contraire, il ressemble à toute lésion croûteuse, telle qu'ecthyma, eczéma, herpès, impétigo, etc. Aussi, sous cette apparence trompeuse, est-il par excellence matière à méprise, et les erreurs pullulent à son sujet. Que de chancres croûteux ou croûtelleux des lèvres ont été pris pour des herpès ou des impétigos! Que de chancres du sein ont été considérés comme des eczémas! Un large chancre croûteux de l'abdomen nous a été adressé ici récemment avec l'étiquette d'eczéma impétigineux. Un chancre croûteux du bout du nez a d'abord été diagnostiqué « engelure », puis, plus tard, ecthyma (cas du Dr Hanot). Et ainsi de suite.

Le chancre qui affecte cette forme spéciale est généralement dit *chancre ethymateux*. Mauvaise dénomination, en ce qu'elle semble supposer pour lui ce qui est vrai pour l'ecthyma, à savoir un début pustuleux. Or, le chancre croûteux n'est jamais pustuleux à son origine; il est ce qu'est tout chancre et ne s'encroûte que par la concrescence d'une exsudation qui se fait à sa surface sans production de la moindre pustule. Bien mieux vaudrait donc, à mon sens, l'appeler simplement *chancre croûteux*, dénomination qui aurait l'avantage de spécifier un aspect objectif sans rien préjuger du mode initial de constitution.

Cette forme croûteuse du chancre se rencontre sur tous les points du département cutané. On l'observe surtout sur le fourreau de la verge, aux lèvres, au visage, au sein, sur le tronc et sur les membres. — Pour le dire par avance, le chancre vaccinal est presque invariablement un chancre croûteux.

Particularités de localisation. — Mais ce sont surtout les particularités de *localisation* qui constituent pour le chancre des variétés multiples comme physionomie.

Quelques-unes de ces variétés sont essentielles à connaître pour la pratique, et cela dans l'un et l'autre sexe. Je les spécifierai sommairement.

I. — VARIÉTÉS DU CHANCRE CHEZ L'HOMME.

I. — Chancres du gland et de la rainure glando-préputiale.

— Sur une toute petite surface, telle que le gland, le chancre change absolument d'aspect suivant les points où il se produit. Ainsi :

Sur la surface même du gland, le chancre ne se présente guère que sous la forme d'une lésion plate, à induration exclusivement *lamelleuse*, étalée en « carte de visite ». Souvent même, dans sa forme érosive, il n'est doublé que d'une lamelle extrêmement fine, aussi fine qu'une feuille de papier (induration dite papyracée). En tout cas, presque jamais il ne constitue là de ces grosses indurations globuleuses en noyaux pisiformes, en demi-noisettes, qui représentent la variété nodulaire du néoplasme primitif.

Eh bien, tout au contraire, la rainure du gland est par excellence le siège favori des *grosses indurations*, des indurations massives, globuleuses, exubérantes, qui se projettent hors des téguments sous forme de mamelons, de crêtes, de soulèvements constitués par d'épais exsudats d'une dureté cartilagineuse. Il n'est pas rare, disons mieux, il est fréquent de rencontrer dans cette région des noyaux d'induration comparables à un grain de cassis, à une groseille, à la moitié d'une noisette. Souvent même, plus développées encore, ces indurations prennent en ce point les proportions d'une olive, d'un noyau d'abricot, d'un pruneau, voire d'une datte. Ce sont alors comme de véritables *tumeurs* enchâssées dans la rainure.

Au reste, le développement d'indurations notablement accentuées au niveau de la rainure glando-préputiale n'est pas un privilège du chancre syphilitique. Toute lésion qui se produit là, chancre simple, herpès, éraillure traumatique, érosion inflammatoire, ne manque guère de se doubler d'une rénitence de base plus ou moins marquée, souvent même d'une dureté véritable qui rappelle celle du chancre syphilitique. La plus légère cautérisation pratiquée sur ce point est