

raison même de leur localisation insolite, bon nombre de ces chancres extra-génitaux restent méconnus des malades et passent inaperçus ; — parce que bon nombre d'autres, même soumis à un examen médical, ne sont pas diagnostiqués pour ce qu'ils sont ; — parce que d'autres encore échappent à nos statistiques, drainés qu'ils sont par des cliniques spéciales, à savoir : les chancres oculaires par les cliniques ophthalmologiques, les chancres des doigts, généralement pris pour des panaris, par les cliniques chirurgicales, etc. Ce chiffre de 6 à 7 p. 100 est donc susceptible bien sûrement d'une certaine *majoration* ; il pourrait, je crois, être élevé sans exagération à 8 ou 9, si ce n'est même à 10 p. 100. C'est-à-dire que, sur 100 chancres de tout siège, il en est environ 8, 9 ou 10 de localisation extra-génitale contre 90 à 92 affectant les organes génitaux ou les régions avoisinantes.

**Siège.** — I. — Les chancres extra-génitaux *sont très inégaux comme fréquence suivant les régions.* Voici, en effet, ce que démontre ma statistique personnelle à cet égard :

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.

II. — Cette même statistique met encore en pleine évidence un second fait d'intérêt majeur en l'espèce, à savoir : le *prodigieux excès de fréquence des chancres céphaliques* par rapport à tous les autres chancres extra-génitaux. Elle ne contient pas moins, en effet, de 849 cas de chancres céphaliques sur un total de 1.124 chancres extra-génitaux de tout siège. Cela donne, au calcul, une proportion de 75 chancres céphaliques sur 100 chancres extra-génitaux de toute localisation. C'est-à-dire que les chancres céphaliques constituent à eux seuls les *trois quarts* des chancres extra-génitaux qu'on rencontre en pratique.

Diverses raisons expliquent cet excès de fréquence. C'est, d'abord, que la tête est la région où se porte usuellement le baiser ; — c'est qu'elle est exposée à diverses contaminations professionnelles dont je parlerai dans un instant ; — c'est qu'elle se présente à découvert, non protégée conséquemment contre divers risques de contamination ; — c'est, enfin, qu'elle porte trois muqueuses, districts de moindre résistance contre la pénétration des contagés, etc.

III. — Mais, à leur tour, les diverses régions céphaliques ne sont pas également sujettes à subir la contamination. En ce qui concerne la fréquence relative du chancre sur les trois grands départements de

la tête (visage, bouche, cuir chevelu), la statistique nous fournit les résultats suivants :

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.....		849

La bouche est donc par excellence le foyer prédominant des chancres céphaliques.

Et, à la bouche, la localisation prédominante se fait sur les lèvres. A lui seul le chancre labial est trois fois plus fréquent que tous les autres chancres buccaux réunis.

#### CHANCRÉS BUCCAUX.

**Étiologie.** — La syphilis peut être portée à la bouche de cent façons différentes. Le plus souvent elle y trouve accès par tel ou tel des trois modes de contamination que voici :

1° Par *contagion génito-buccale* (périphrase qui me dispensera d'un commentaire scabreux).

2° Bien plus souvent, par *contagion bucco-buccale*. D'une part, en effet, la bouche est par excellence un « foyer de vérole », un véritable « nid de germes contagieux », en raison de l'excessive fréquence des lésions secondaires qui y pullulent véritablement. Et, d'autre part, elle a pour agent de transmission de ces germes un mode de contact essentiellement usuel, à savoir le *baiser*, et le baiser de tout ordre, c'est-à-dire non pas seulement le baiser de l'amour, mais le baiser de l'amitié, voire le baiser familial et respectueux.

Le **péril du baiser en état de syphilis** est immense. C'est par milliers qu'on pourrait citer les observations de syphilis dérivant du baiser de l'amour. Et les contaminations par le baiser de l'amitié ne laissent pas aussi d'être assez nombreuses. Pour ma seule part, j'ai dans mes notes huit cas où des malades affectés de lésions secondaires de la bouche ont contagionné leurs parents (frère, sœur, père, mère, fille, etc.). — C'est donc pour le médecin qui traite un syphilitique



une obligation professionnelle de lui dénoncer ce danger spécial, que d'ailleurs un homme du monde peut ignorer ou dont il pourrait tout au moins ne se méfier que d'une façon insuffisante.

3° Par contagion médiate, issue de n'importe quels intermédiaires souillés par le virus syphilitique, tels que : ustensiles d'alimentation (verres, cuillers, tasses, bouteilles, biberon, gobelet des fontaines Wallace, etc.) ; — tous objets composant l'arsenal du fumeur (pipes, cigares ou cigarettes échangés de bouche à bouche, embouts, tronçons de cigares ou de cigarettes ramassés à terre, etc.) ; — tous objets pouvant être portés à la bouche (plumes, porte-plumes, crayons, porte-crayons, pinceaux, tire-lignes, coupe-papier, tubes acoustiques, brosses à dents, pipettes et chalumeaux des laboratoires de chimie, joujoux, sifflets, trompettes, pièces de monnaie, bonbons, etc.) ; — sans oublier, bien entendu (car ils sont dangereux entre tous), les instruments médicaux servant à l'examen de la bouche et de la gorge (abaisse-langue, laryngoscope, miroir à bouche, instruments multiples de dentisterie, etc.).

Sans doute ce mode de contagion a pu être indûment invoqué par certains malades, soit en vue de dissimuler une faute, soit parce qu'ils se donnaient le change à eux-mêmes sur la provenance et le mode de leur infection. Mais il n'en est pas moins authentique et rigoureusement authentique. Il est attesté par des centaines d'observations, colligées pour la plupart dans le livre si intéressant et si précieux de Duncan Bulkley sur la *Syphilis des innocents* (1). Au reste, il n'est plus contesté de nos jours, et c'est à titre de spécimens seulement, plutôt que de pièces justificatives, que je produirai les deux observations suivantes, prises au hasard entre une foule d'autres de même ordre.

I. Un tout jeune collégien, vierge encore de tout contact sexuel, 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, écloison d'un chancre syphilitique sur la lèvre inférieure du collégien.

II. 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 1<sup>er</sup> 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. Chez l'un et chez l'autre, chancre induré labial.

(1) *Syphilis in the innocent*. New-York, s. d. — 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 (Voir *Analytical bibliography*, p. 240 à 386).

L'enfant, 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. (Dr Hanot.)

Bien plus rarement le chancre buccal dérive de contaminations professionnelles, comme chez les verriers, en raison du passage de bouche à bouche de la canne à souffler le verre (on sait que ce mode de contagion a réalisé plusieurs fois de véritables petites épidémies de syphilis, comme à Rive-de-Gier, où vingt ouvriers furent contaminés en 1862, à Montluçon où l'on compta, en 1867, plus de 30 victimes) ; — chez les musiciens, par échange d'instruments à vent ou d'embouts d'instruments ; — chez les tapissiers, les emballeurs, les électriciens, etc., en raison d'échanges analogues de divers objets servant à leur profession.

Enfin, il est un mode de contamination buccale propre à l'enfance, à savoir l'allaitement. Nombre d'enfants ont été infectés à la bouche par des lésions syphilitiques mammaires.

Voilà, certes, bien des origines possibles et variées de contagion buccale. Eh bien, en dépit de cette multiplicité et de cette diversité de causes, il n'est pas très rare que le pourquoi et le comment de telles contaminations nous échappent absolument. Il n'est pas très rare que l'on rencontre en pratique des chancres buccaux (comme aussi du reste des chancres de n'importe quelle région, de la face notamment) dont l'origine se dérobe complètement à la perspicacité de l'observateur, et cela dans des conditions où le malade n'est suspect ni de dissimulation ni de réticences. Qu'est-ce à dire ? Ceci, simplement : que ces contaminations d'origine mystérieuse ne sont rien autre que des contaminations dues à un hasard indéterminable, des contaminations dérivant d'un contact qui s'est produit entre la bouche et le contagé syphilitique dans des conditions telles qu'elles déjouent tout souvenir, toute analyse rationnelle, toute enquête scientifique. Le hasard seul y a présidé, si bien que le diagnostic se trouve impuissant à reconstituer après coup de telles éventualités.

#### I. — CHANCRES LABIAUX.

I. — Presque toujours uniques, solitaires (95 fois sur 100). — Quelquefois multiples cependant, au nombre de deux, bien plus rarement

(1) C'est là, soit dit au passage, 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 *Bull. de l'Acad. de méd.*, 30 oct. 1894.



de trois ou quatre, exceptionnellement de cinq. — Affectent de préférence la lèvre inférieure (105 fois sur 165); — plus rarement la lèvre supérieure (57 cas), bien moins souvent les commissures (5 cas). — Siègent le plus habituellement sur la semi-muqueuse labiale, mais peuvent se localiser exclusivement soit sur le département cutané, soit sur le département muqueux de l'une et l'autre lèvre, comme aussi se trouver à cheval sur la semi-muqueuse et la peau ou bien sur la muqueuse et la semi-muqueuse.

II. — Susceptibles de nombreuses formes cliniques; qu'il est possible de ramener aux six types suivants :

1° *Type érosif*. — C'est celui du chancre érosif de tout siège, bien connu par ce qui précède. A noter simplement que, sous cette forme, il peut être réduit aux dimensions d'une petite lentille (*chancre nain*) et devient alors plus que facile à confondre soit avec l'érosion herpétique, soit avec l'érosion simplement inflammatoire si commune chez les fumeurs.

2° *Type croûteux*, dans lequel la lésion chancreuse se trouve dissimulée sous une croûte d'étendue proportionnelle à celle du chancre, croûte solide, adhérente, brunâtre, quelquefois aplatie et ne faisant qu'un léger relief, mais d'autres fois assez épaisse et proéminente pour rappeler les grosses incrustations rupiales des syphilides tertiaires (*chancre rupial*).

Type insidieux par excellence, en ce qu'en raison même de cette croûte, on ne pense pas au chancre et l'on se laisse aller à mettre en cause quelque dermatose croûteuse (herpès, eczéma, impétigo, etc.). Le diagnostic repose ici essentiellement sur l'induration et l'adénopathie.

3° *Type papuleux*, où le chancre se présente sous l'aspect d'une lésion proéminente, figurant un mamelon, une pastille, bref faisant relief au-dessus des tissus périphériques.

4° *Type papulo-hypertrophique*. — Rare, mais très essentiel à connaître en raison des regrettables erreurs auxquelles il peut donner lieu, erreurs qui ont conduit plus d'une fois à des interventions chirurgicales.

Dans cette forme, le chancre est tout à fait exubérant comme volume, comme saillie, comme infiltration néoplasique, comme induration. Positivement il fait tumeur et prend la physionomie d'un néoplasme malin. Aussi ce « chancre-tumeur », comme on l'a appelé, a-t-il été pris plus d'une fois pour un épithéliome, voire excisé, amputé comme tel.

J'ai longuement insisté ailleurs (1) sur les diverses considérations qui permettent de distinguer ce chancre hypertrophique de l'épithéliome labial. Je ne puis que reproduire ici d'une façon sommaire les éléments de ce diagnostic différentiel.

(1) Voir mon livre sur les *Chancres extra-génitaux*, p. 64 et suiv.

## Chancre labial.

## Épithélioma labial.

## I. — SIGNE DE PRÉSUMPTION : 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, rongée; — ou bien, dans une autre forme, surface en champignon végétant, bourgeonnant. |
| ii. Pas de bords, à proprement parler.   | ii. Bords élevés, épais, surplombants, éversés.<br>Parfois, signe de l'ourlet.   |
| iii. Surface non saignante, ni à la pression ni à l'essuyage.                                      | iii. Saignotement 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 <i>vermiotes</i> .  |

## III. — SIGNES DE CERTITUDE :

- |  |  |
|--|--|
| i. ÉVOLUTION hâtive, précipitée. (Chancre à son apogée dès 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. " "  |

5° *Type ulcéreux*, à fond excavé et à bords saillants; — quelquefois associé au type hypertrophique; — quelquefois aussi se présentant sous la forme croûteuse, à grosse croûte proéminente et rupioïde.

6° *Type phagédénique*. — Absolument exceptionnel. — Susceptible de détruire de larges portions d'une lèvre, voire toute une lèvre, comme dans le cas suivant :

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 5 centimètres de long sur 3 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. Finalement, 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.

A signaler enfin que le chancre labial se présente quelquefois sous la forme fissuraire, dite encore « en rhagade », alors surtout qu'il siège au niveau d'une commissure ou d'un sillon (normal ou pathologique) des lèvres, notamment de la lèvre inférieure.

*Adénopathie satellite.* — De tous les bubons satellites, c'est assurément celui du chancre labial qui comporte le plus d'exceptions à la 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 d'une 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 antiseptie rigoureuse de la bouche, etc. Cependant l'abcès se produit quelquefois.

Pour quelle raison le bubon sous-maxillaire fait-il exception à la règle commune? On a avancé que ce fait anormal 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.

*Traitement.* — Pour les formes bénignes, pansements avec baudruche gommée ou bandelettes de taffetas de Vigo. — Pour les formes ulcéreuses, pansements à la pommade faiblement iodoformée (1 à 2 grammes pour 10 grammes de vaseline). — Pour le chancre

interne, qui ne peut être pansé : 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 comme moyen soit de modifier un chancre qui tarde à se déterger, soit d'activer un travail languissant de cicatrisation.

## II. — CHANCRÉS DE LA LANGUE.

Les plus communs de tous les chancres buccaux, après ceux des lèvres, mais beaucoup moins communs que ces derniers (53 contre 328). — Bien plus fréquents chez l'homme que chez la femme.

Le chancre lingual est presque toujours *unique* (52 fois sur 53). — En quelques cas on l'a vu double.

Il a un siège de prédilection, à savoir le tiers antérieur de la langue; et là, on le rencontre : pour l'énorme majorité des cas, à la partie supérieure de l'organe; — plus rarement à la pointe; — plus rarement sur les bords latéraux. — Très exceptionnel sur le segment postérieur.

*Formes cliniques.* — Deux communes et deux rares.

Dans le premier groupe il faut ranger :

1° La forme *érosive*, de beaucoup la plus fréquente, se caractérisant par une simple abrasion du tégument muqueux, superficielle, lisse, contrastant par son aspect dépapillé avec le gazon papillaire des parties périphériques, large environ comme l'ongle du petit doigt, ronde ou ovale, rouge, et enfin soit parcheminée, soit foliacée de base.

2° La forme *ulcéreuse*, entamant le tégument muqueux, creusée en cupule ou en cuiller, toujours doublée d'une induration notable, qui parfois forme sous l'ulcération un ménisque très résistant.

Beaucoup plus rares sont les deux formes suivantes :

1° Forme *fissuraire*, dans laquelle le chancre, logé dans un pli lingual dont il suit la direction, est représenté par une érosion allongée et effilée, consistant en deux segments adossés qui, de la profondeur à la superficie, divergent à la façon des branches d'un V (*chancre fissuraire, chancre en rhagade*). — Exceptionnellement, ce même chancre, en se prolongeant sur des sillons secondaires branchés sur le sillon principal, prend l'aspect d'une étoile à plusieurs rayons (*chancre dit étoilé*).

2° Forme *scléreuse*. — Spéciale aux chancres de l'extrémité de la langue. — Très originale d'aspect, elle consiste en ceci : segment