

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;
- 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 des bubons inguinaux. Cela, en raison des anastomoses extrêmement nombreuses du réseau lymphatique cutané, lesquelles permettent au virus (ou au microbe, n'importe) d'irradier à la fois vers l'aîne 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 aîne et un pour chaque aisselle.

Tel est le chancre de l'*ombilic*, célèbre par ses quatre bubons. J'ai observé deux cas de cet ordre avec quadruple adénopathie, 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.

CHANCRÉS DU SEIN.

Fréquence. — Assez communs chez la femme, ils ne se rencontrent chez l'homme qu'au titre de rarissimes exceptions.

Chez la femme, ils sont bien plus fréquents dans les milieux hospitaliers que dans la clientèle de ville. Et cela pour une raison des plus simples : c'est que, pour la grande majorité, ils s'observent sur des nourrices, c'est-à-dire sur des femmes du peuple.

Étiologie. — Chez l'homme, ils dérivent, comme cause unique, des caresses locales d'une bouche féminine.

Chez la femme, ils procèdent, très inégalement comme fréquence relative, de deux ordres de causes, à savoir : une fois sur quinze,

d'une contagion portée au sein par la bouche de l'homme; — quatorze fois sur quinze, ou bien de l'**allaitement**, ou bien de diverses pratiques afférentes à l'allaitement. Je précise :

1° Pour l'énorme majorité des cas, la contagion résulte de l'allaitement; — presque toujours, de l'allaitement d'enfants hérédo-syphilitiques; — quelquefois, seulement, de l'allaitement d'enfants qui, nés sains, ont contracté la syphilis après leur naissance.

L'allaitement est, pour la femme, une source active et puissante de contamination syphilitique. Quantité de nourrices sont infectées de la sorte. J'en vois bien dans mon seul service une demi-douzaine au moins chaque année. En cinq ans et quelques mois, quatre-vingt-six nourrices (pour le moins) ont reçu la contagion de nourrissons qui leur ont été envoyés de Paris par l'Assistance publique (1).

2° Pour un très petit nombre de cas, relativement, la contagion procède soit du **dégorgement des seins** par la bouche d'un adulte (femme en général, homme quelquefois), soit du **façonnement des bouts de sein**. Exemples :

Une de mes malades, 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.

Une jeune paysanne, 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.

Les contaminations de cet ordre resteraient isolées et au total peu nombreuses, si une condition toute particulière ne les réalisait quelquefois *par fournées*. C'est qu'en effet on a vu plus d'une fois dans les 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 (1825), qui, issue d'une spécialiste de ce genre, contamina « douze ou quatorze femmes » (Bourgogne) (2). Une épidémie toute semblable, importée à Tourcoing par une « tireuse de seins », infecta plus de vingt personnes (Leloir).

Siège. — Le plus souvent (132 cas sur 206), la contagion ne s'exerce que sur un sein. — Plus rarement (74 fois sur 206), elle affecte les deux (Dimey).

(1) Ce chiffre a été emprunté aux sources officielles.

(2) Voir mes *Leçons sur la syphilis chez la femme*, 2^e édit., p. 40.

Par ordre de fréquence, le chancre mammaire se localise : 1° de beaucoup le plus souvent à la base même du mamelon, dans le sillon qui sépare le mamelon de l'aréole; — 2° sur le mamelon; — 3° sur l'aréole; — 4° bien plus rarement, sur le globe mammaire.

Caractères cliniques. — Le chancre du sein n'offre rien de spécial en tant que symptômes. C'est un chancre cutané presque identique à tant d'autres que je viens de décrire.

Comme tous les chancres de la peau, il peut se présenter sous la forme croûteuse ou sous la forme de plaie à découvert.

La première de ces formes 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 ce type ne se rencontre-t-il qu'en dehors de l'allaitement ou chez les femmes qui ont cessé de nourrir.

Sous cette forme, le chancre mammaire 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.

Mais, bien plus fréquemment, il est constitué par une plaie à découvert, et son type usuel est celui du chancre *érosif*, que je n'ai plus à décrire. — Je préciserai seulement que son induration est toujours aisément saisissable et bien manifeste. Le sein, en effet, comme on l'a remarqué de vieille date, est « une des régions du corps où l'induration spécifique se formule le mieux ». Pour la grande majorité des cas, cette induration affecte 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.

Variétés. — Le chancre mammaire comporte de nombreuses variétés. Ainsi, à l'instar de tout chancre, il peut être *ulcéreux*, *sub-ulcéreux*, *papuleux*, etc.; — *unique*, ce qui est le cas le plus usuel, (61 fois sur 100); — ou bien *multiple* (39 fois sur 100), et multiple au nombre de 2, 3, 4 ou même, bien plus rarement, 5 et 6 chancres, et cela soit sur un sein, soit sur les deux seins.

Il peut encore rester petit et comparable à une pièce de vingt centimes, ou bien inversement atteindre comme surface les dimensions d'une pièce d'un franc, de deux ou même de cinq francs, etc.

Ce ne sont là que toutes variétés banales qui ne demandent qu'à être énoncées. Il n'en est pas de même de deux autres qui sont dignes d'une description particulière.

1° *Variété fissuraire.* — Importante au point de vue diagnostique, celle-ci 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 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. — Cette forme est de nature à simuler les fissures simples, les « crevasses » du sein qui sont si communes au cours de l'allaitement.

2° *Variété confluyente (chancres multiples herpétiformes du sein).* — Celle-ci, qui est extrêmement rare, se traduit par une véritable et surprenante pléiade de lésions.

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).

Mon distingué collègue et ami le D^r de Beurmann a observé à Lourcine une nourrice affectée de *vingt-cinq* chancres des seins.

Ces chancres, si extraordinairement multiples, diffèrent du type usuel de l'accident primitif par divers caractères, tels que leur exigüité de proportions, leur superficialité extrême, leur excessive bénignité d'allure, etc. Bref, ils revêtent à tous égards la physionomie de ces chancres rudimentaires que Dubuc a très bien étudiés sous le nom de *chancres multiples herpétiformes*.

Évolution. — Phagédénisme. — L'évolution du chancre mammaire ne comporte rien de spécial. — Variable naturellement suivant des conditions multiples, sa durée oscille en général entre cinq et sept semaines. Quelquefois, mais bien rarement, plus courte (quatre semaines), elle peut s'élever jusqu'à deux ou trois mois pour les chancres ulcéreux.

D'une façon tout à fait exceptionnelle, le chancre mammaire est susceptible d'aboutir au phagédénisme, soit au phagédénisme en surface, soit au phagédénisme en profondeur, dit térébrant. (On verra un bel exemple de ce dernier sur la pièce n° 156, que j'ai déposée au Musée de Saint-Louis. Collect. partic.)

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 rencontre des muscles pectoraux et du grand dentelé.

Diagnostic. — I. — Sans doute on pourrait citer des cas où le

(1) V., au Musée de Saint-Louis, Collect. Fournier, la pièce n° 275.

chancre mammaire a été confondu avec quelques affections très différentes, telles que l'eczéma, la syphilide gommeuse ulcérée, l'épithéliome, la maladie de Paget, etc. Mais de telles erreurs ne sont jamais que le résultat d'examens faits à la hâte, incomplets, où l'on n'a pas tenu compte de tous les éléments diagnostiques à interroger. Prenons comme exemple l'épithéliome. Certes, oui, comme le démontrent les observations relatées par les D^{rs} Claude, Dimey, Feulard, des chancres du sein ont pu être réputés épithéliomes, au point que déjà l'on avait proposé pour eux une intervention chirurgicale. Mais de telles méprises se seraient-elles produites si l'on avait examiné à fond les malades et si, tout spécialement, on n'avait pas négligé les trois considérations suivantes, qui établissent une différence profonde entre les deux lésions ? A savoir :

1° *Dissemblance radicale d'évolution* entre le chancre et l'épithéliome. Ainsi, 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 à son apogée, à son terme définitif, etc. — Avec l'épithéliome, inversement, évolution progressive, lente, à pas comptés, demandant des 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 ; — 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 ?

II. — A vrai dire, il n'est guère qu'une seule forme du chancre mammaire qui soit parfois difficile à différencier ; c'est la forme *fissuraire*. Celle-ci peut être prise pour une **fissure** simple, et la réciproque a lieu. Certaines fissures simulent même absolument le chancre, tout comme certains chancres reproduisent exactement la physionomie de la fissure. Toutefois, sinon toujours et du premier coup, au moins le plus souvent et après mûr examen, ces deux lésions pourront être distinguées d'après les données suivantes :

La fissure n'a pas, comme lésion, l'ampleur du chancre ; elle est moins large ; elle est *effilée*, grêle, *en trait de plume*, si je puis ainsi parler ; — elle est souvent souple de base ; ou bien, sa rénitence est

moindre que la dureté néoplasique du chancre ; — elle *saigne* souvent pendant la tétée, tandis que, sauf incident traumatique, le chancre ne saigne pas ; — elle n'a pas, tout au moins au même degré et sous la même forme, le retentissement ganglionnaire du chancre ; — enfin, elle est bien plus douloureuse que le chancre (lésion essentiellement indolente, sauf au cas d'irritations surajoutées) ; elle l'est même quelquefois au point de se dénoncer comme fissure rien que par l'intensité, l'acuité des souffrances dont elle s'accompagne.

CHANCRE VACCINAL.

Le chancre vaccinal, ou chancre issu de l'inoculation d'un vaccin auquel s'est accidentellement mêlé le contagion 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 ;

2° Par certaines particularités possibles (mais non constantes) de sa période initiale.

Comme d'usage, il se produit après une *incubation* moyenne de 20 à 25 jours, mais susceptible de s'abaisser à une quinzaine, comme aussi de s'élever à six ou sept septénaires.

Multiples et différentes sont les conditions dans lesquelles il entre en scène, par rapport à la vaccine. Ainsi, 1° il peut :

Ou bien se développer *seul*, sans phénomènes d'inoculation vaccinale, le vaccin ayant avorté, faisant défaut ;

Ou bien se développer *avec la vaccine* ; et toujours alors il est *consécutif* à la vaccine, toujours il lui est postérieur.

2° D'autre part, dans ce second ordre de cas :

Ou bien il se développe sur des piqûres qui ont été réfractaires à la vaccine ;

Ou bien il se développe sur des piqûres ayant subi l'évolution vaccinale.

Finalement, alors qu'il se développe au même siège qu'une pustule vaccinale, il fait *éclosion* soit *après*, soit *avant* la chute des croûtes vaccinales. Dans le premier cas, il apparaît à *découvert*, c'est-à-dire sur une peau libérée des croûtes du vaccin ; — dans le second, il naît *larvé*, c'est-à-dire sous la croûte vaccinale, conséquemment masqué et dissimulé par elle.

Je me borne à énoncer ici ces divers levers de rideau (qu'on me passe l'expression) du chancre vaccinal, que j'ai longuement étudiés dans une monographie à laquelle je ne puis que renvoyer le lecteur (1).

(1) *Leçons sur la syphilis vaccinale*, recueillies par le D^r P. Portalier.

Caractères cliniques. — Le chancre vaccinal, ai-je dit, répond de tous points au type du chancre cutané. Et, en effet, alors qu'il se produit isolément, il se présente sous les divers aspects suivants :

A ses débuts, il ne consiste qu'en un simple bouton *papuleux*, originellement 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, 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.

Plus tard, à sa période adulte, le chancre vaccinal 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 s'accuser sous le doigt par une résistance sèche, élastique, parcheminée, très différente comme sensation soit de l'empatement 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.

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 sais pas que jamais il ait pris les caractères menaçants soit d'une ulcération térébrante, soit d'une ulcération serpiginieuse, 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 cicatrifier 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.

Diagnostic. — Deux points seulement à noter :

I. — Il est une condition qui rend absolument *impossible* le diagnostic du chancre vaccinal à ses débuts. Cette condition est relative aux cas où le chancre fait son éclosion sous la dépouille croûteuse de la vaccine. Le chancre, alors, est positivement *larvé*. Matériellement il est invisible et ne se traduit par aucun autre symptôme qu'une persistance plus longue que de coutume de la croûte vaccinale. Mais impossible d'attribuer à ce symptôme une signification précise. En sorte que, pour un temps, le soupçon même d'un chancre n'est légitimé par quoi que ce soit. Et ce n'est qu'après une à deux semaines que, de par l'évolution morbide, de par l'apparition d'une lésion nouvelle que laisse à nu la chute de la croûte, et surtout de par l'adénopathie, le chancre vaccinal peut être suspecté d'abord, puis affirmé plus tard.

II. — Maintes fois la *vaccine ulcéreuse* (que je n'ai pas à décrire ici) a jeté l'alarme dans les familles pour avoir été indûment considérée comme un chancre vaccinal. J'aurais plus d'une demi-douzaine

d'erreurs de ce genre à relater, et je me souviendrai toujours de l'anxiété, du désespoir d'un jeune confrère qui vint m'amener à Saint-Louis, il y a quelques années, un jeune enfant auquel il croyait avoir inoculé la syphilis par le vaccin et qui, de fait, n'était affecté que d'une vaccine ulcéreuse. C'est assez dire l'intérêt qui se rattache au diagnostic différentiel de ces deux lésions, diagnostic que j'ai essayé de résumer dans le tableau suivant :

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 en est encore à naître, ou bien ne fait que d'éclore, conséquemment 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 excoりative, 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. |

CHANCRE DE LA MAIN.

Rares; mais moins rares sans doute que ne le représentent nos statistiques, un certain nombre restant méconnus. — Beaucoup moins fréquents chez la femme que chez l'homme. — Un seul cas observé jusqu'ici chez l'enfant.

Étiologie. — Trois causes principales, à savoir :

1° **Contamination professionnelle**, propre aux médecins, chirurgiens, accoucheurs, sages-femmes, étudiants en médecine, dentistes, infirmiers, etc. — Sur 49 chancres de la main que j'ai observés en ville, 30 provenaient de cet ordre spécial de contagions, c'est-à-dire avaient été contractés dans tel ou tel acte de la profession médicale (opérations et notamment opérations sur les parties génitales, réduction de paraphimosis compliquant un chancre syphilitique, toucher vaginal, accouchement, version, exploration de plaies syphilitiques, etc., etc.).

2° *Contamination vénérienne*, par attouchements érotiques. — C'est le médius qui, dans cet ordre de contagions, est le plus souvent affecté, et il a ses raisons pour cela.

3° *Contamination par morsure*, dans une rixe. — Exemple :

J'ai traité dans mes salles, 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.

Beaucoup plus rares sont les contaminations procédant d'autres causes et surtout les contaminations médiates. On en connaît cependant un certain nombre de cas, tels que les suivants :

Le D^r Barthélemy a vu une nourrice prendre un chancre du doigt médius en soignant un nourrisson affecté de plaques muqueuses périanales.

Un policeman, dont Hutchinson a relaté l'histoire, contracta un chancre induré du médius, près de l'articulation 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 D^r Lejars.

Dans un cas cité par le D^r 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.

Pour bon nombre de cas, une cause prédisposante à la pénétration du contagé paraît avoir consisté dans une lésion tégumentaire quel-