

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 ecthymateux*. 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

suivie dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures d'une induration semblable à celle du chancre syphilitique. A quoi cela tient-il? Vraisemblablement à l'excessive richesse du réseau lymphatique sous-jacent. En tout cas, c'est là une particularité clinique très digne de mention et comportant, au point de vue diagnostique, le plus haut intérêt.

Autre point, devant trouver place ici, au titre de digression, mais de digression nécessaire. C'est dans la rainure glando-préputiale que s'observent surtout et bien plus fréquemment qu'ailleurs les *indurations satellites* du chancre.

Qu'est-ce que ces indurations satellites du chancre? Cliniquement, elles consistent en ceci : des noyaux d'induration qui se produisent soit en continuité avec le chancre, soit à petite distance du chancre.

Deux cas, en effet, sont possibles.

Tantôt on voit l'induration déborder le chancre et se déverser, à la façon d'une *coulée néoplasique*, dans la rigole glando-préputiale. Si bien qu'alors on assiste à ce spectacle curieux d'une induration chancreuse qui, au lieu de rester limitée à la base même du chancre, se prolonge bien au delà, par exemple sur l'étendue d'un à deux centimètres. — Cette coulée peut envahir une moitié de la rainure. — On l'a même vue s'étendre à toute la rainure et constituer ainsi à la base du gland une sorte de couronne ou de bague qui fait tout le tour de la verge.

Tantôt, au contraire, il se produit dans la rainure, non plus en continuité avec l'induration chancreuse, mais à une certaine distance (variable de quelques millimètres à un ou deux centimètres), un ou plusieurs noyaux néoplasiques, noyaux indépendants, pisiformes ou aplatis en ménisque, durs et d'une dureté identique à celle du chancre, rappelant comme volume et comme forme soit un petit pois, soit un haricot, soit une amande, voire une moitié de noisette.

La nature de ces curieuses indurations satellites n'a pas encore été démontrée par biopsie. Mais tout porte à croire qu'elles consistent simplement en des lymphangites plastiques. D'autant qu'assez fréquemment elles se continuent avec des cordons lymphatiques indurés, lesquels, émergeant de la rainure, se prolongent sur les parties latérales ou le dos de la verge.

II. — **Chancre du frein et des fossettes du frein.** — Rien à dire des chancres du frein, si ce n'est qu'ils sont presque toujours allongés, effilés, rouges, souvent éraillés par les érections, et qu'ils saignent assez facilement en raison des petites déchirures auxquelles ils sont exposés par le fait des érections.

A signaler, au contraire, comme particulièrement insidieux le chancre des fossettes latérales du frein. Celui-ci, généralement petit, très

petit, et comme enfoui dans un recoin, *se dérobe littéralement au regard*. Il peut échapper à l'œil, et besoin est parfois de le rechercher spécialement pour le découvrir, cela en étalant par traction la muqueuse qui tapisse l'infundibulum de la fossette. — D'autre part, son induration est assez difficile à constater, parce qu'elle fuit sous les doigts. Il faut parfois la poursuivre en profondeur pour la percevoir.

III. — **Chancre du méat uréthral.** — Tantôt limité à une seule lèvre du méat, et tantôt occupant les deux lèvres. — Circonscrit originairement au méat, il peut secondairement ou bien pénétrer dans l'urèthre ou bien s'étaler sur le gland.

Erosif ou ulcéreux. — Rouge d'aspect, parfois même carminé. — Toujours *dur* et souvent même très dur. — Secrétant une sérosité louche, souvent rosée ou même striée de sang. — Saignant assez facilement au toucher ou sous l'influence des frottements auxquels il est naturellement exposé. — Son induration, toujours fortement accentuée, diffuse parfois sur les portions voisines, en sorte qu'il n'est pas rare de voir, de son fait, le sommet du gland converti en un *bloc scléreux* de rénitence cartilagineuse ou cancréidienne.

A son début, alors qu'il est encore minime et simplement excoriatif, il peut être confondu avec l'*érosion blennorrhagique*, c'est-à-dire avec cet état de desquamation inflammatoire du méat que réalisent certaines blennorrhagies suraiguës. L'erreur inverse est également possible et même plus fréquente. — Le diagnostic différentiel réside ici dans les considérations suivantes : 1° Chancre *plus étendu* et *mieux défini* comme lésion que l'érosion blennorrhagique ; — 2° *induration* plus accentuée avec le chancre et d'une rénitence plus sèche, moins inflammatoire qu'avec l'érosion blennorrhagique ; — 3° avec le chancre, *secrétion* bien moindre, et *secrétion* très différente de l'écoulement blennorrhagique comme aspect et comme couleur ; — 4° avec le chancre, bubon satellite.

IV. — **Chancre de l'urèthre.** — Sans être commun, le chancre intra-urétral est loin d'être rare. Il n'est réputé rare que parce qu'il a de bonnes raisons pour rester souvent méconnu.

Le plus souvent il avoisine le méat, dont il n'est séparé que par quelques millimètres, et peut alors être aperçu par écartement forcé de l'orifice urétral. — Bien plus rarement il occupe la fosse naviculaire où il se dérobe à l'examen. Un hasard, probablement unique dans la science, m'a permis de le constater là nécroscopiquement. Voici le fait en deux mots. Un malade entre (en 1856) dans le service de M. Ricord pour un « écoulement urétral », que mon maître reconnaît comme symptomatique d'un chancre induré de l'urèthre. Quelques jours plus tard, il succombe subitement, à la suite d'un

violent accès de colère; et l'autopsie nous révèle, dans la fosse naviculaire, l'existence d'un chancre érosif, parcheminé de base, large comme un haricot, à contours légèrement saillants et à fond pseudo-membraneux (1). — On a bien parlé de chancres situés plus profondément dans l'urèthre (par exemple, à plus d'un pouce au delà du méat, dans un cas cité par Berkeley Hill); mais les faits de cet ordre exigent confirmation.

Bien que larvé, le chancre uréthral n'en est pas moins d'un diagnostic facile. Il se dénonce en effet par trois symptômes : 1° Une légère *douleur* au moment de la miction; — 2° un faible *suintement* séro-sanieux, roussâtre, qui devient tout aussitôt sanguinolent alors qu'on exerce une pression sur l'urèthre; — 3° et surtout une *induration* des plus significatives au palper du canal. Seulement, *il faut savoir rechercher et palper cette induration pour la percevoir*. Car on ne la sent pas, sauf exceptions rares, alors qu'on explore le canal transversalement, c'est-à-dire en pressant la verge d'un côté à l'autre. Elle n'est perceptible que par un palper du gland exercé d'avant en arrière. Pourquoi? Tout simplement parce que le chancre est situé *de champ* dans l'urèthre, à savoir suivant un plan antéro-postérieur; conséquemment, lamelleuse de forme, son induration n'est accessible que dans le même sens, c'est-à-dire verticalement, alors que la verge, pour la facilité de l'exploration, est placée dans une direction horizontale.

Superficiel et résolutif, le chancre uréthral ne comporte pas d'accidents posthumes. Jamais on ne l'a vu servir d'origine à des atrésies du canal. Il diffère en cela du chancre du méat, lequel, comme nous l'avons vu, est assez fréquemment suivi de déformation ou de rétrécissement de l'orifice uréthral.

V. — **Chancres du prépuce.** — Susceptibles, à l'instar de ceux du gland, de formes variées et de physionomies diverses suivant le point qu'ils occupent. Ainsi :

1° Au niveau du limbe, où ils sont très communs, ils se présentent généralement sous forme de petits chancres *en rhagade*, c'est-à-dire de chancres allongés verticalement et souvent parcourus à leur partie moyenne par un sillon ulcéreux vertical, lequel n'est qu'un épiphénomène traumatique. C'est qu'en effet ils sont exposés à des tiraillements, à des déchirures, chaque fois que le malade, pour découvrir le gland, distend l'orifice préputial, lequel, infiltré par le néoplasme chancreux, a perdu son élasticité à ce niveau.

Aussi bien, ces chancres, alors surtout qu'ils sont multiples, aboutissent-ils assez fréquemment au phimosis.

2° Les chancres du limbe balanique présentent souvent des parti-

(1) *Bulletins de la Soc. anat. de Paris*, 1856, p. 329.

cularités sans importance, mais curieuses, qui leur ont valu le nom de chancres en *volet* ou de chancres à *charnière*, et voici pourquoi. Lorsque, pour les découvrir, on ramène le prépuce en arrière, ils ne se déroulent pas à la façon du prépuce sain, c'est-à-dire lentement, progressivement et sans secousse; au contraire, ils résistent un moment à la traction, puis soudainement *se renversent tout d'une pièce*, à la façon d'un volet de fenêtre que l'on rabat sur le mur, ou mieux, d'un couvercle qui aurait sa charnière insérée sur la rainure glando-préputiale.

3° Enfin, au niveau de la portion moyenne du prépuce, soit cutanée, soit muqueuse, les chancres reprennent leur forme usuelle de lésions étalées, régulières, conformes au type normal.

Phimosis. — A coup sûr, l'intérêt principal de tous les chancres préputiaux, quel qu'en soit le siège, réside dans une complication à laquelle ils servent d'origine très fréquente, à savoir le *phimosis*.

Comment produisent-ils le phimosis? Par tel ou tel des processus suivants : Pour les chancres de l'anneau inférieur du prépuce, par infiltration de cet anneau, devenu rigide, non élastique, inextensible; — pour ceux de la face muqueuse, par irritation de voisinage développant une balano-posthite, laquelle à son tour détermine le phimosis; — pour ceux de l'une et l'autre face de l'organe, soit par complication de lymphangite avec œdème, soit par diffusion de l'induration chancreuse. Dans ce dernier cas, qui est des plus communs, l'induration déborde le chancre pour envahir tout un segment de la poche préputiale, laquelle se solidifie littéralement et devient rigide au point de figurer comme une plaque de blindage. En de telles conditions, le prépuce perd, au moins partiellement, la souplesse qui lui est indispensable pour se dérouler et se trouve de la sorte immobilisé en état de phimosis.

Il peut même arriver que le prépuce devienne le siège d'une *infiltration en masse*, et cela sous deux formes d'inégale fréquence.

Dans la plus commune de ces formes, la verge se présente renflée en massue à base inférieure; elle doit cette configuration à un état d'intumescence du prépuce, lequel est notablement épaissi et comme *bouffi*, mais sans offrir ni les caractères de l'infiltration inflammatoire ni ceux de l'œdème. Chose singulière, ce prépuce, qu'on s'attendrait *de visu* à trouver résistant, consistant, dur en masse, n'offre que des duretés partielles correspondant aux chancres sous-jacents; mais, en dehors de ces points circonscrits, il est plutôt mollasse ou demi-mollasse, et le terme de bouffissure est le seul propre à traduire ce singulier état.

Dans l'autre forme, le prépuce se présente non pas seulement tuméfié et épaissi en masse, mais en outre résistant, dur, et dur à ce point qu'il est pour ainsi dire converti en une *coque rigide* qu'on a pu

comparer assez exactement, comme impression de palper, à une « boule creuse de caoutchouc ». Cette coque fait soufflet, « si bien qu'en pressant sur elle, puis en la laissant se dilater alternativement, l'air qui entre et sort par l'orifice préputial forme des bulles dans le flux séro-purulent qui s'échappe de la cavité glando-préputiale ». (Mauriac.)

En tout cas, dans l'une et l'autre de ces formes, le point essentiel est que les chancres logés dans cette poche préputiale deviennent *ipso facto* ce qu'on appelle des chancres *larvés*. Quel qu'en soit le siège, c'est-à-dire qu'ils occupent la muqueuse préputiale, la rainure ou le gland, ils se dérobent à la vue. Et alors intervient une difficulté diagnostique d'un genre tout spécial, à savoir : *Comment soupçonner et reconnaître l'existence de tels chancres? Comment différencier d'une balano-posthite simple cette balano-posthite d'origine chancreuse? Car voilà, d'une part, les chancres masqués, et, voilà, d'autre part, l'épiphénomène accessoire devenu, en apparence tout au moins, la lésion principale, prédominante. Problème pratique par excellence, et problème d'intérêt majeur, puisqu'en l'espèce une erreur n'aboutit à rien moins qu'à méconnaître le chancre.*

Or, de quels éléments disposons-nous pour nous tenir à l'abri d'une telle erreur? C'est là ce que j'ai l'obligation, vu l'extrême fréquence des cas de ce genre, d'examiner en détail.

I. — Sans doute, on peut être éclairé par les *antécédents*. Ainsi la question diagnostique se trouve tranchée du coup, ou même, pour mieux dire, il n'est pas de question diagnostique, si l'on a assisté à l'évolution morbide depuis son début, ou bien si l'on a affaire à un malade intelligent qui vous expose nettement les commémoratifs en vous racontant « qu'il a commencé par avoir en tel ou tel point une plaie, une ulcération, qui présentait tels ou tels caractères; puis que son prépuce s'est gonflé, tuméfié, au point de ne plus pouvoir être ramené en arrière, etc. ». Mais que de fois les choses ne se présentent-elles pas ainsi! Que de fois les malades n'arrivent-ils à nous qu'après production du phimosis! Que de fois sont-ils incapables de nous rendre compte (parce qu'ils ne s'en rendent pas compte eux-mêmes) de ce qu'ils ont eu, de ce qui s'est passé, de l'évolution successive de leurs divers accidents! Aussi bien, en de telles conditions, l'anamnèse ne fournit-elle rien au diagnostic, et c'est à d'autres éléments qu'il faut demander la lumière.

II. — La lumière, la trouvera-t-on dans ce qu'on a sous les yeux, dans ce qu'on peut voir et constater objectivement? On a dit : « La balano-posthite simple est très différente comme aspect de la balano-posthite symptomatique du chancre induré, et elle en diffère surtout par ces deux points : 1° par une physionomie plus inflammatoire, plus aiguë, due à l'état des téguments qui sont rosés, tendus, fortement œdémateux, etc. ; — 2° par un écoulement, d'une part, beau-

coup plus abondant et, d'autre part, phlegmoneux, jaune-verdâtre, véritablement blennorrhagique; — tandis qu'inversement la balano-posthite du chancre offre une allure moins éréthique et un flux bien moindre. » La remarque est juste et repose sur des faits bien observés. Mais, qu'on veuille bien s'en rendre compte, les différences que je viens de signaler ne sont que des différences de degré, des différences du plus au moins, qui ne comportent rien de péremptoire et sur lesquelles il serait imprudent de baser un diagnostic aussi important que celui dont il s'agit en l'espèce. D'autant que des conditions éventuelles peuvent conférer à une balano-posthite chancreuse une acuité égale, supérieure même, à celle d'une balano-posthite simple. — Ce second ordre de signes n'est donc capable que de fournir des présomptions, des probabilités, et rien de plus.

III. — L'exploration directe est d'un bien autre secours. Elle s'impose, et doit être pratiquée de la façon suivante : Soutenue par la main gauche du médecin, la verge sera palpée et littéralement explorée par les doigts de la main droite. Cet examen, bien entendu, portera sur les parties *profondes*, car ce qu'il s'agit de dépister, c'est une induration profonde, sous-jacente à toute l'épaisseur pathologique du prépuce. Quelque méthode et beaucoup d'attention ne sont pas choses superflues pour cette délicate recherche.

Que résultera-t-il de cet examen, pratiqué comme je viens de le dire? Trois alternatives possibles, et rien que trois, à savoir :

1° Ou bien cette exploration ne fournira que la sensation de tissus épaissis, phlegmasiés, œdémateux, résistants ou mollasses, mais *sans le moindre noyau isolé véritablement dur*, qui rappelle l'induration chancreuse. Et, alors, du résultat négatif de cet examen on sera légitimement conduit à conclure qu'on a affaire à une balano-posthite simple, réserve faite pour la possibilité d'une induration minime se dérochant à l'exploration.

Par avance j'ajouterai que, si les aines n'offrent pas d'adénopathie suspecte, ce diagnostic de balano-posthite simple se trouvera confirmé; — dans ces conditions, donc, on sera en droit d'exclure le soupçon de chancre.

2° Seconde alternative : le toucher révèle l'existence d'un prépuce induré en masse, représentant une coque rigide qui offre aux doigts la sensation d'une poire de caoutchouc et ne permet pas l'exploration des parties profondes.

Dans ce cas, pas de diagnostic rigoureusement certain, de par le seul état des parties et abstraction faite des indications fournies par les ganglions de l'aine; — mais soupçon grave de chancre, car c'est presque exclusivement l'infiltration symptomatique du chancre qui détermine ces scléroses générales du prépuce.

3° Troisième et dernière alternative : Le toucher révèle en profondeur, sous le prépuce, un ou plusieurs noyaux durs, doublement

remarquables : 1° par leur *circonscription* bien nette, en forme d'olive, de noisette, de ménisque; — 2° par une *rénitence* sèche, chondroïde, ligneuse, qui rappelle exactement l'induration chancreuse. Conclusion : Presque sûrement ces noyaux durs attestent l'existence d'un ou de plusieurs chancres sous-préputiaux.

« Presque sûrement », ai-je dit ; car, si rares que soient les exceptions à la règle, il faut en tenir compte en l'espèce, alors qu'il s'agit d'un diagnostic aussi important que celui-ci, alors qu'il s'agit de décider si un malade vient de contracter ou non la vérole. Or, il est avéré que la sensation de duretés sous-préputiales simulant l'induration du chancre a pu être réalisée par toute autre chose qu'un chancre, à savoir : par des bouquets de végétations; — par des lymphangites nodulaires : — voire par des corps étrangers (exemple, par un tampon d'ouate tassée et macérée, qu'un de mes clients avait « oublié » sous son prépuce). Mais de telles causes d'erreur sont bien rares, et l'on peut dire que, pour la grande généralité des cas, des noyaux sous-préputiaux nettement durs et circonscrits relèvent presque sûrement de chancres syphilitiques larvés.

iv. — Reste enfin, comme quatrième signe à consulter, l'*adénopathie* inguinale. C'est là, à coup sûr, le meilleur élément diagnostique dont nous disposions, et pour cause. Car, si cette adénopathie fait défaut, le soupçon de chancre se trouve par cela même formellement éliminé; — comme inversement, si elle se trouve bien constituée, avec l'ensemble des caractères propres au bubon satellite, elle atteste sûrement un chancre larvé sous-préputial.

Une remarque cependant s'impose ici. C'est que la balano-posthite simple ne se développe jamais sans un certain processus inflammatoire et que ce processus n'est pas, en général, sans déterminer une fluxion ganglionnaire, laquelle peut simuler une pléiade spécifique. Il y a donc là matière à erreur. Conséquemment, on n'acceptera comme probant, dans l'ordre des cas en question, le témoignage d'une adénopathie que si cette adénopathie est absolument nette, bien formulée, avec tout le cortège de ses caractères classiques.

Tel est l'ensemble des signes sur lesquels doit être basé le diagnostic différentiel de la balano-posthite simple et de la balano-posthite symptomatique de chancres sous-préputiaux.

Dans la plupart des cas, ces divers signes, alors surtout qu'ils se confirment les uns les autres, sont amplement suffisants pour établir ce qu'il est pratiquement essentiel d'établir, à savoir l'existence ou l'absence de chancres sous-préputiaux. Laissent-ils place au contraire à la moindre équivoque, le diagnostic doit être différé. Car la prudence exige qu'on ne se hâte pas de résoudre un problème qui ne comporte pas de solution *actuelle* catégorique. Il faut donc, en pareil cas, *savoir attendre*, en faisant appel à l'évolution ultérieure pour juger le litige en dernier ressort.

VI. — **Chancres du fourreau, des bourses et de la région pubienne.** — Rien de bien important à dire de ces divers chancres.

En leur qualité de chancres cutanés, ils se présentent souvent sous la forme dite *ecthymateuse* ou *croûteuse*, laquelle n'est pas sans donner le change quelquefois pour des lésions d'un tout autre ordre. — A signaler seulement que ceux du pubis, dissimulés par les poils de la région, échappent souvent à l'attention ou peuvent facilement être confondus avec de simples lésions furonculeuses, ou eczéma-teuses, impétigineuses, etc.

Enfin, au niveau du scrotum, le chancre devient hâtivement papuleux. Il prend alors l'aspect d'une papule muqueuse, et, n'étant son induration, resterait malaisément différenciable d'une lésion secondaire.

II. — VARIÉTÉS DU CHANCRE CHEZ LA FEMME.

Chez la femme, également, les variétés de siège se traduisent souvent par des différences objectives plus ou moins accentuées.

Un mot, au préalable, sur la fréquence relative avec laquelle le chancre syphilitique affecte chez la femme les divers départements de la région génitale.

Les diverses statistiques (1) publiées sur ce point s'accordent pour établir :

1° Que les chancres des *grandes lèvres* sont de beaucoup les plus communs de tous, et cela dans une proportion notable (114 sur 249 cas, dans ma statistique de Lourcine);

2° Qu'au second rang, mais à longue distance, se placent les chancres des *petites lèvres*; — et au troisième, pour un chiffre quelque peu inférieur, ceux de la *fourchette*;

3° Qu'après ces trois localisations qu'on peut dire habituelles, les chancres qui affectent d'autres départements des organes sexuels ne figurent plus que pour une moyenne relativement très basse;

4° Qu'au quatrième rang (ceci est digne d'attention) se placent les chancres du *col utérin*;

(1) Voici les résultats de ma statistique personnelle, dont les éléments ont été recueillis à l'hôpital de Lourcine :

Relevé de 249 cas de chancres syphilitiques observés chez la femme

Chancres des grandes lèvres.....	114 cas.
— des petites lèvres.....	55 —
— de la fourchette.....	38 —
— du col utérin.....	13 —
— de la région clitoridienne.....	10 —
— de l'entrée du vagin.....	9 —
— du méat urinaire ou de l'urèthre.....	7 —
— de la commissure supérieure de la vulve.....	2 —
— du vagin (proprement dit).....	1 (?).
Total.....	249