

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

5° Au cinquième, pour un nombre à peu près égal, ceux de la région clitoridienne, de l'entrée du vagin, du méat urinaire et de l'urèthre;

6° Au sixième, ceux de la commissure supérieure de la vulve;

7° Au dernier, ceux du vagin.

Deux remarques s'imposent ici.

1° La première est relative au chancre du col utérin. Ce chancre a une réputation de rareté qu'à coup sûr il ne mérite pas. On le considère comme « une curiosité », comme « une exception ». Je proteste contre cette croyance. Il m'est arrivé maintes fois de rencontrer le chancre syphilitique sur le col utérin. Ma statistique de Lourcine le signale 13 fois sur 249 chancres génitaux, ce qui donne une proportion de 1 chancre du col sur 18 chancres d'autres régions.

Je tiens donc ce chancre pour notablement plus commun qu'on ne le suppose généralement. Et j'ajouterai que sa fréquence réelle est très certainement bien supérieure à sa fréquence apparente, à celle qu'enregistrent les statistiques. Cela pour deux raisons : parce que, d'abord, il est exposé plus que tout autre à passer inaperçu, étant donné son siège larvé, étant donnée aussi son indolence absolue; — parce qu'en second lieu il a pour caractère, comme je le dirai bientôt, de se modifier spontanément et de guérir spontanément avec une rapidité singulière. Il faut, pour le constater, arriver juste à point et le surprendre dans sa courte période d'existence; sinon, ou bien il n'a plus déjà de caractères suffisants pour permettre de le reconnaître, ou bien même c'en est fait, déjà il n'existe plus.

2° Un fait des plus surprenants, mais dont l'authenticité ressort de toutes les statistiques, est l'excessive rareté du chancre vaginal. Bien positivement, le chancre du vagin constitue ce qu'on est en droit d'appeler une exception. Cela n'est-il pas extraordinaire? Il semblerait qu'en raison de sa forme, de son étendue, de ses fonctions, le vagin doit être très fréquemment affecté par le chancre; — en raison de sa forme, qui est celle d'un cylindre rétréci dans sa portion inférieure, et tout au contraire évasé supérieurement, de façon à constituer une ampoule qui favorise la stagnation des liquides; — en raison de son étendue qui est considérable; dépliée, sa muqueuse offrirait une surface dix fois supérieure à celle de toute la vulve; — en raison, enfin et surtout, de ses fonctions. N'est-ce pas lui qui embrasse la verge dans l'acte sexuel et qui, à ce moment, se trouve en contact immédiat avec les parties qui, chez l'homme, sont le siège le plus habituel des lésions contagieuses? — A tous ces titres c'est lui qui, semble-t-il, devrait recevoir le plus fréquemment la contagion. Eh bien, c'est lui qui la reçoit le plus rarement.

On a beaucoup disserté sur les raisons de cette immunité singulière, que l'on a imputée soit à la laxité des parois vaginales « qui soustrait l'organe aux traumatismes et aux inoculations du coït »; —

soit à « l'absence absolue de tout orifice glandulaire sur toute la surface du vagin » (Cornil); — soit à l'épaisseur et à la densité du revêtement épithélial de la muqueuse, ainsi bardée d'une sorte de « cuirasse » contre les contagions infectieuses (Gardillon); — soit aux sécrétions normales ou pathologiques « qui rendraient le bon office de protéger la muqueuse et de débayer le vagin des produits virulents qu'elles entraînent vers la vulve »; — soit même à une « immunité locale » constituant la région à l'état de « mauvais terrain pour la graine chancreuse », etc. Tout cela me semble bien hypothétique, et, somme toute, nous en sommes encore à ignorer le pourquoi de cette sorte d'état quasi-réfractaire de la muqueuse vaginale par rapport au contagion syphilitique.

Cela dit, voyons comment se présente le chancre féminin sur les divers districts des régions sexuelles.

I. — **Chancres des grandes lèvres.** — De beaucoup les plus fidèles au type commun du chancre.

Sur cette région, en effet, le chancre est le plus souvent régulier comme configuration, arrondi ou bien ovalaire verticalement. — Érosif ou exulcéreux en général, plus rarement ulcéreux, il aboutit presque toujours à la forme papuleuse, surtout à un terme avancé de son évolution. — Sa base est habituellement indurée d'une façon très nette et très aisément appréciable. Il n'est même pas rare que son induration exubérante déborde l'aire d'érosion et diffuse en nappe sur les parties voisines.

II. — **Aux petites lèvres,** le chancre siège soit sur l'une ou l'autre de leurs faces, soit sur leur bord libre, soit sur leur bord adhérent. — Il est en général érosif, superficiel; — rouge foncé, de ton chair musculaire; — parcheminé comme base ou foliacé. Son induration est parfois minime, rudimentaire; pour bien la percevoir alors, il est souvent nécessaire de saisir toute la petite lèvre (de haut en bas plutôt que transversalement) et de la rouler entre les doigts. — En d'autres cas inversement, la petite lèvre est infiltrée en totalité, épaissie, fortement parcheminée dans toute son étendue; elle constitue alors une sorte de crête rigide, d'une dureté surprenante et comparable à celle du carton ou du cartilage.

III. — **A l'entrée du vagin et au niveau des caroncules myrtiformes,** le chancre est assez souvent petit, rudimentaire, superficiel, simplement érosif, à induration très faiblement accentuée ou même (pour des raisons que je dirai dans un instant) impossible à percevoir.

Il n'est pas rare que là il se loge ou dans les plicatures de la région ou dans les petits sinus situés au pied des caroncules. Il peut alors se dérober au regard, et on ne le dépiste qu'au prix d'un déplissement

complet de la muqueuse. Bien des fois, pour ma part, il m'est arrivé de ne pas apercevoir du premier coup un de ces petits chancres des fossettes myrtiformes, que me révélait quelques instants après un examen plus minutieux.

IV. — Sur le **clitoris** et sur son **capuchon**, le chancre est le plus souvent érosif, rouge, parcheminé. — Parfois son induration diffuse en nappe sur toute la région, qui alors s'hyperplasia et s'hypertrophie, jusqu'à constituer une grosse nodosité d'une rénitence excessive, scléreuse, presque cartilagineuse.

V. — Au **méat urétral** et dans la région avoisinante, le chancre offre communément une double particularité. D'une part, il est toujours sous-tendu par une forte induration; d'autre part, il est rebelle, persistant; il ne se répare et ne se cicatrise qu'avec une lenteur insolite, irrité et entretenu qu'il est par le passage de l'urine à sa surface.

Lorsque le chancre siège exactement sur le méat, en se prolongeant ou non dans l'urèthre, l'orifice du canal se présente boursoufflé, déformé, béant, rouge, saignant à la pression, et offrant au toucher une induration circonscrite des plus accentuées. Il faut vraiment avoir vu plusieurs spécimens du genre pour ne pas se laisser donner le change et ne pas être tenté de rapporter une telle lésion à une production maligne, à un épithéliome.

VI. — Aux chancres de l'**infundibulum vulvo-vaginal** se rattache une particularité importante, relative non pas à leur aspect objectif, mais à leur induration de base. Cette induration, en effet, ou bien est mal formulée, ou bien se présente dans des conditions qui la rendent difficile à saisir, malaisément appréciable, au total ambiguë, incertaine. Besoin est de préciser, car il s'agit ici d'un symptôme des plus essentiels au diagnostic.

A la *fourchette*, d'abord, l'induration ne s'accuse que très rarement sous la forme nodulaire; le plus souvent elle est simplement parcheminée ou même foliacée. De plus et surtout, elle est *malaisément appréciable*, parce que la région se prête mal à l'exploration, parce qu'il est difficile d'y saisir le chancre et de l'isoler entre deux doigts. Là, cependant, elle peut encore, avec un peu de soin et d'habitude, être suffisamment constatée, sinon toujours, du moins dans la plupart des cas.

Mais les difficultés d'exploration vont croissant et l'induration devient de moins en moins appréciable à mesure que des parties extérieures de la vulve on s'avance vers le vagin. Au niveau de cette portion de la vulve qui est située au delà des petites lèvres (la région péri-urétrale exceptée), au niveau de la fosse naviculaire, de l'anneau

vaginal et plus spécialement encore des caroncules myrtiformes, il est rare qu'on rencontre des indurations nettement et fortement accentuées. Les chancres de ces parties sont habituellement remarquables à plusieurs titres, à savoir : en ce qu'ils sont restreints le plus souvent à une faible étendue; — en ce qu'ils sont presque toujours simplement érosifs plutôt qu'ulcéreux; — en ce qu'ils ont une évolution rapide et une durée courte; — enfin, au point de vue qui nous intéresse actuellement, en ce qu'ils sont simplement doublés d'une lamelle très mince d'induration, et d'induration tout au plus parcheminée. C'est sur ces régions, sans aucun doute, que le néoplasme syphilitique d'où résulte l'induration est constitué le plus parcimonieusement, si je puis ainsi parler.

Or, pour comble d'embarras, c'est sur ces régions aussi que la recherche de l'induration est entourée des difficultés les plus grandes, et cela pour des raisons toutes locales. D'abord, on est mal à l'aise pour saisir ces chancres et pour en explorer la base; puis, veut-on les palper, ils *fuient*, ils glissent littéralement sous les doigts; on ne parvient pas à les isoler, à les détacher des tissus sous-jacents; ils *se dérobent* véritablement à l'examen. Bref, il y a là, je le répète, des difficultés telles d'exploration qu'avec la meilleure volonté du monde on est forcé souvent de renoncer à se rendre compte de l'état de base de ces lésions.

VII. — Les chancres du **vagin** sont tellement rares, comme je l'ai dit précédemment, qu'on n'en saurait encore déterminer exactement la symptomatologie. Dans les quelques cas bien authentiques qu'on en possède, on les a vus constitués par des lésions érosives, le plus habituellement solitaires, arrondies, larges comme une pièce de vingt centimes ou d'un franc, parcheminées ou foliacées de base, sécrétant peu, absolument indolentes, dépourvues de tout symptôme fonctionnel, évoluant d'une façon spontanée et rapide vers la cicatrisation, et enfin disparaissant sans laisser de traces. — Leur adénopathie se fait, pour ceux du segment vaginal antérieur, dans les ganglions de l'aîne, et, pour ceux du segment postérieur, dans les ganglions du petit bassin (Gardillon).

VIII. — Restent les chancres du **col utérin** qui, en raison de leur situation toute spéciale, vont exiger de nous une description particulière. — Encore peu connus, quoique fort bien décrits par un de mes élèves, le Dr Schwartz, en 1873, et représentés par toute une série de moulages déposés dans ma collection particulière au musée de l'hôpital Saint-Louis.

Siège. — Le chancre du col est central ou excentrique par rapport à l'orifice de l'organe. — Central, il confine à cet orifice, dont il occupe l'une ou l'autre lèvre, souvent même l'une et l'autre à la fois.

— Excentrique, il affecte des points très divers, de préférence cependant la lèvre inférieure.

Il se prolonge parfois dans la cavité du col. Sur l'une de mes malades, dont l'orifice utérin était lâche et dilatable, j'ai vu le chancre se continuer très distinctement dans la cavité cervicale. On conçoit qu'il pourrait être exclusivement limité à la cavité du col; néanmoins, si la démonstration du chancre simple *intra-utérin* a pu être acquise par l'inoculation, l'existence du chancre syphilitique de même siège reste à l'état d'hypothèse, à l'état de fait possible et rationnellement acceptable, mais non encore vérifié par la clinique.

Nombre. — Le chancre du col est le plus souvent, presque toujours même, *unique*. Deux fois seulement je l'ai trouvé double.

Forme. — Rien de spécial. Le chancre excentrique est généralement arrondi ou ovalaire. Le chancre central décrit le plus souvent un cercle incomplet autour de l'orifice du col; quelquefois il l'encadre complètement; d'autres fois il n'est que tangent à cet orifice.

Étendue. — En moyenne, celle d'une amande, d'un noyau de prune, d'un haricot; — quelquefois moindre (pièce de vingt centimes); — rarement supérieure.

Aspect, couleur. — Le chancre du col se présente sous forme d'une lésion *plate* ou *papuleuse*. Débutant par une érosion absolument plane, il aboutit le plus souvent à former une *papule*, c'est-à-dire un petit mamelon en plateau, légèrement exhaussé au-dessus des parties voisines.

Cette érosion ou cette papule est *lisse* et *unie* de surface.

Presque toujours elle offre une teinte d'un *gris lardacé*, rappelant la couleur des coupes du squirrhe et semblant due à une sorte d'enduit pseudo-membraneux. — Parfois cette teinte vire au blanc grisâtre ou même au blanc mat (comme en deux cas dont on peut voir les moulages au musée de Saint-Louis); d'autres fois elle prend un ton jaunâtre, émaillé d'un semis ecchymotique.

Bords. — Pas plus que le chancre syphilitique d'autre siège, le chancre du col n'a de bords, à proprement parler. Ou bien il se continue de plain-pied avec les tissus voisins, quand il est plat; ou bien il se raccorde avec eux en pente douce, quand il est légèrement exhaussé. — Son contour est dessiné habituellement par une sorte de *collerette rouge, purpurine*, que rend d'autant plus manifeste le ton blanchâtre, pâle, de la lésion.

Sécrétion. — Très minime et passant toujours inaperçue, en se mêlant aux sécrétions habituelles de l'utérus et du vagin. — Elle est même si minime en quelques cas qu'on trouve à peine sur le col de quoi pratiquer une inoculation.

Troubles fonctionnels. — Absolument nuls. Soit spontanément, soit au toucher, le chancre du col est d'une indolence absolue. Il ne

détermine aucune sensation, il ne donne en rien l'éveil sur son existence. Dans tous les cas que j'ai observés, les malades ne se plaignaient d'aucun trouble; dans tous les cas elles avaient été conduites à l'hôpital par une raison autre que le chancre: celle-ci par un herpès vulvaire, celle-là par une vaginite, telle autre par des végétations, telle autre enfin par des lésions secondaires. Et ces femmes étaient fort étonnées quand nous leur apprenions qu'elles portaient une plaie sur la matrice, plus étonnées encore quand nous leur disions que cette plaie était un chancre.

C'est donc *par hasard* qu'on découvre le chancre du col, et c'est là par excellence une lésion *qu'il faut chercher* pour la découvrir.

État de la base, état du col. — Deux conditions anatomiques rendent extrêmement difficile, impossible même, l'exploration de la base de la lésion. D'une part, le col est naturellement dur; or, comment sentir une dureté morbide sur un organe déjà dur physiologiquement? De plus, pour bien percevoir l'induration spécifique, il faudrait introduire le pouce et l'index dans le vagin jusqu'à la hauteur du col, ce qui est impossible, sauf exceptions d'un ordre particulier. On est donc réduit à pratiquer le toucher avec un doigt; mais un doigt ne donne pas la sensation délicate de l'induration en surface; tout au plus pourrait-il révéler l'induration en profondeur, les gros noyaux d'induration. De fait, que fournit le toucher pratiqué de la sorte? *Rien*, pour la très grande majorité des cas. Quelquefois cependant il permet de constater soit un certain degré d'*hypertrophie avec dureté* du col utérin, soit des *indurations partielles* de cet organe. Ainsi:

Sur deux de mes malades, affectées de chancres utérins, j'ai noté d'une façon très positive une ampliation générale, une véritable hypertrophie du col (et cela en l'absence de toute affection utérine, antérieure ou actuelle, autre que le chancre); de plus, le col hypertrophié présentait au toucher une dureté « sèche, cartilagineuse », paraissant résulter d'un exsudat superficiel, d'un néoplasme rappelant comme consistance ces gros noyaux d'induration qu'il est si commun, chez l'homme, de rencontrer à la base du gland.

En deux autres cas le col n'offrait pas d'exagération de volume; mais le toucher faisait facilement reconnaître, au niveau même du point occupé par le chancre, un noyau circonscrit, « d'une dureté propre, nettement distincte de la rénitence physiologique de l'organe », et semblant dû à une infiltration néoplasique sous-jacente.

Je ne suis pas le seul d'ailleurs à avoir constaté de tels faits. Plusieurs auteurs ont signalé comme moi et avant moi l'induration chancreuse sur le col utérin. Bennett, par exemple, a relaté l'observation d'une malade chez laquelle un chancre syphilitique produisit « une *induration* graduelle de la lèvre antérieure du col, laquelle finit par prendre la dimension d'une petite noix ». M. Ricord a