

jusqu'à proposer une intervention chirurgicale. Fort heureusement, on eut la prudence d'attendre, et l'explosion secondaire vint juger la question diagnostique.

Quant au chancre de la conjonctive proprement dite, il affecte toujours le type du *chancre étalé*, et cela soit qu'il siège sur la paupière, soit qu'il affecte (ce qui est plus rare) la muqueuse du globe oculaire. Il se présente usuellement avec des dimensions variables entre celles d'une grande lentille et celles d'une amande; — avec une configuration soit arrondie, soit ovalaire; — sous forme d'une lésion érosive ou sub-ulcéreuse; — lésion à bords plats et sans entaillure; — à fond rouge ou rouge jaunâtre, plus rarement gris, opalin ou même diphthéroïde.

Quand il siège sur la muqueuse palpébrale, son induration peut souvent être perçue à travers l'épaisseur des téguments; mais elle échappe absolument lorsqu'il occupe la muqueuse bulbaire.

Ce chancre conjonctival éveille naturellement un éréthisme local qui se traduit par les signes usuels d'une conjonctivite (douleurs, ardeur, larmolement, arborisation vasculaire, etc.). — Le plus souvent légère ou moyenne, cette conjonctivite symptomatique peut devenir assez intense, jusqu'à déterminer un certain degré de chémosis. La complication prime alors la lésion principale; en sorte qu'une erreur possible à commettre et plusieurs fois commise est celle-ci: ne voir que la complication, l'épiphénomène, et laisser passer le chancre inaperçu.

*Adénopathie satellite.* — Elle se fait: 1° pour les chancres avoisinant l'angle externe de l'œil, dans le ganglion préauriculaire et les ganglions parotidiens; — 2° pour les chancres situés près de l'angle interne, dans les ganglions sous-maxillaires.

En outre — et ceci est vraiment digne de mention — il n'est pas rare de rencontrer *en aval* des premiers ganglions touchés par le chancre d'autres ganglions qui, affectés de la même façon, sont situés plus bas, à savoir dans les régions sus et sous-hyoidiennes, au-devant du sterno-mastoïdien. De sorte qu'en certains cas l'adénopathie du chancre oculaire est constituée par une véritable *chaîne de ganglions* qui, commençant au ganglion préauriculaire, se continue sur toute la région cervicale antérieure pour se terminer (et encore se termine-t-elle là?) au voisinage du creux sus-claviculaire.

*Évolution. Durée.* — L'évolution des chancres oculaires ne présente pas de particularités spéciales.

Leur durée, naturellement variable suivant les formes morbides, oscille le plus habituellement entre cinq, six ou sept semaines.

*Pronostic.* — En tant qu'accidents locaux, les chancres oculaires sont généralement bénins.

Presque toujours ils aboutissent à ce qu'on appelle la *restitutio ad*

*integrum*, c'est-à-dire disparaissent sans laisser de reliquats, voire de cicatrice apparente.

*Traitement.* — Les chancres externes seront pansés comme des chancres de la peau. Rien de spécial à dire sur leur traitement.

Pour les chancres internes, non susceptibles de pansements, on se bornera à prescrire ceci:

Bains locaux, dans une œillère; — fomentations, fréquemment répétées, avec une solution émolliente (camomille ou guimauve) employée tiède ou chaude; — pulvérisations émollientes; — lotions avec eau boriquée, en vue de prévenir les infections secondaires, etc.

Y a-t-il avantage à saupoudrer ces chancres de temps à autre, comme on l'a conseillé, avec du calomel, de l'oxyde jaune ou de l'iodoforme; — ou bien à pratiquer sur eux quelques onctions avec la vaseline, la vaseline boriquée ou telle autre pommade (pommade au calomel, à l'oxyde jaune, à l'iodoforme, etc., etc.)? Je ne vois pas qu'une expérimentation suffisante se soit prononcée à ce sujet. Quant à moi, sans vouloir juger la question, je crois, d'après ce que j'ai vu, que le mieux est de *ne pas toucher aux chancres internes de l'œil*. Tous les topiques que j'ai mis en usage m'ont semblé les irriter, et je me suis toujours trouvé mieux de ne rien faire que d'intervenir localement par les poudres ou les pommades.

Quant aux attouchements avec la solution de nitrate d'argent ou avec le crayon, ils sont sévèrement proscrits par la majorité des ophthalmologistes.

Enfin, les complications (blépharite, blépharo-conjonctivite, etc.) seront combattues par les méthodes en usage contre cet ordre d'accidents (fomentations chaudes, antiphlogistiques, sangsues, atropine, au besoin scarifications sur le chémosis, etc.) (1).

## CHANCRÉS DU VISAGE.

Peu communs (quarante cas seulement sur quatre cent quatre-vingt-quatre cas de chancre céphalique, dans ma statistique de ville).

Ils peuvent affecter, mais avec une fréquence inégale, les divers départements du visage. On en jugera d'après la statistique suivante

(1) Je n'ai observé qu'une seule fois l'*ophthalmie purulente* vraie comme complication du chancre oculaire. Il s'agissait, dans ce cas, d'un tout jeune enfant qui présentait, tout à fait au voisinage du grand angle de l'œil gauche, un large chancre ulcéreux, inflammatoire, et suppurant avec abondance. Sans doute, en dépit des précautions prises pour protéger l'œil, la conjonctive fut-elle touchée par la sécrétion du chancre. Toujours est-il qu'il se produisit une ophthalmie purulente de l'œil gauche, laquelle fut des plus violentes. — Cette ophthalmie guérit cependant, sous l'action de grands lavages très fréquemment répétés, de cautérisations au nitrate d'argent et de scarifications de la muqueuse.

(dressée d'après mes chiffres personnels et les relevés de mon service d'hôpital) :

Chancres du menton.....	54
— de la joue.....	24
— du nez.....	13
— du front.....	2
— des tempes.....	1
Total.....	94

Le menton est donc ici le siège favori du chancre.

*Étiologie.* — I. — D'abord, la contamination faciale procède de la plupart des causes qui sont communes aux chancres extra-génitaux. C'est dire qu'elle peut dériver soit de contacts directs (contagion génito-faciale ; bien plus souvent, contagion par le *baiser*, baiser de l'amour ou baiser de l'amitié, n'importe ; morsure ; succions, etc.) ; — soit de contacts indirects (transmission par les doigts, par salive projetée hors la bouche) ; — soit encore de contaminations médiates par un intermédiaire inanimé quelconque (serviette, mouchoir, compresse, éponge, lingè de pansement, masque, etc.). Comme spécimen, je relaterai le cas suivant :

Dans un taudis effroyable de malpropreté vivait un ménage des plus misérables, composé du père, de la mère et de trois jeunes enfants. La mère, femme de mœurs plus que légères, vint à contracter la syphilis. Naturellement elle la transmet à son mari. Mais, en outre, elle la transmet aussi à ses trois enfants, et comment cela ? Par l'intermédiaire d'une loque immonde qui servait de débarbouilloir à toute la famille et que, faute d'eau, elle mouillait avec sa salive pour nettoyer la figure des enfants. — A noter, à la vérité, que ces trois enfants étaient tous affectés d'impétigo facial, ce qui constituait une porte d'entrée pour le contagion. Toujours est-il que tous trois furent infectés. Le plus jeune contracta en pleine joue un chancre induré énorme, suivi d'une syphilis grave à laquelle il succomba. Les deux autres furent affectés de chancres labiaux. (D<sup>r</sup> Monnet.)

II. — Mais à ces causes banales s'ajoute ici une cause de contamination spéciale à la face, c'est la contamination par le **rasoir**, celle-ci infiniment plus commune qu'on ne le croit généralement.

La rasure faite chez un coiffeur, avec le rasoir banal qui sert à tout le monde et qui n'est presque toujours que très imparfaitement nettoyé, constitue bien sûrement un danger de contagion. Ce danger s'est déjà traduit maintes fois par l'éclosion sur le visage, notamment au menton, de chancres syphilitiques qui ne pouvaient être rapportés à aucune autre origine. Les observations du genre abondent et surabondent et, sinon pour toutes, au moins pour un certain nombre, sont irrécusables ; irrécusables, oui, et à divers titres :

1° De par leur fréquence même. Je répète que de tous côtés, dans tous les pays, on a relaté des contagions de cet ordre.

2° De par les circonstances particulières à plusieurs de ces faits. Quelques exemples.

Un homme de soixante-cinq ans, « ne s'étant exposé depuis dix ans à aucun risque de contagion », se fait raser, en voyage, chez un perruquier. L'opérateur, peu adroit, le coupe au menton et appuie le doigt sur la blessure pendant quelques minutes pour arrêter le sang. Quatre semaines après, apparaît, au niveau même de la coupure, une lésion qui devient un chancre syphilitique.

Un homme, qui avait coutume de se faire la barbe lui-même, va par hasard se faire raser chez un coiffeur et remarque même que l'individu qui le précède immédiatement entre les mains de l'opérateur « porte de singuliers boutons sur le visage ». Quelques semaines après, il est affecté d'un chancre sur la joue.

Deux amis vont se faire raser chez un coiffeur, dans une ville d'eaux minérales très fréquentée par les syphilitiques. Tous deux contractent la syphilis à normale échéance après cette rasure, l'un par un chancre du menton et l'autre par un chancre de la joue.

3° D'ailleurs, quoi de plus probant en l'espèce que la considération suivante, pour démontrer que la contagion par le rasoir est de celles qui sont fatalement destinées à se produire ? Ainsi que je le disais dans l'une de mes *Leçons cliniques*, « est-ce que les gens qui ont coutume de se faire raser chez le coiffeur renoncent tout aussitôt à cette habitude, pour se raser eux-mêmes, dès qu'il leur arrive de contracter la syphilis ? Pas le moins du monde. Ils continuent, comme par le passé, à se faire raser chez le coiffeur ; cela, je l'affirme, pour avoir interrogé sur ce point quantité de mes malades d'hôpital ou de ville. Et, qui plus est, ils continuent à se faire raser chez leur coiffeur quoi qu'il leur arrive à la face, qu'ils aient ou non dans la barbe ce qu'ils ont si souvent, à savoir des papules, des papulo-croûtes, des pustules, des ulcérations. Que dis-je ! J'en aurais plus de trente à citer qui ont continué à « fréquenter » chez le coiffeur avec des chancres de la face (chancres du menton, chancres des lèvres, chancres sous-nasaux, chancres parotidiens, etc.). D'ailleurs, ce matin même, n'avez-vous pas entendu un de nos malades, affecté de deux chancres ulcéreux du menton, nous raconter « qu'il » n'avait jamais cessé de se faire faire la barbe chez son perruquier » jusqu'au matin même du jour où il est entré dans nos salles » ? Je vous laisse à penser si avec ses deux plaies en pleine suppuration il a pu contaminer le rasoir qui lui a servi. »

III. — Troisième fait, très digne de mention : *Dans l'enfance, le chancre facial est le plus commun de tous les chancres extra-génitaux.* A preuve la statistique suivante :

## Chancre extra-génitaux observés chez l'enfant :

Chancre des lèvres.....	8 cas.
— des joues.....	2 —
— du nez.....	1 —
— de l'œil (paupières).....	2 —
— de la langue.....	1 —
— du cou.....	3 —
— de l'anus et de la région péri-anale.....	4 —
— du bras (vaccination).....	5 —
Total.....	26 cas.

Donc, treize cas de chancres faciaux sur vingt-six chancres extra-génitaux, c'est-à-dire un sur deux.

Et cela se conçoit, car l'enfant reçoit surtout la syphilis du baiser. D'abord, il est « embrasseur » de nature et embrasse n'importe qui. — Réciproquement, l'enfant est embrassé plus souvent encore qu'il n'embrasse, et, de même encore, embrassé par n'importe qui. — D'autre part, les enfants s'embrassent souvent entre eux. — Puis encore, ils ont pour habitude de se prêter leurs joujoux, qu'ils ne manquent guère de porter à leur bouche et de promener sur leur visage tout imbibés de salive. — Finalement, mais cela est plus rare, ils sont parfois contagionnés au visage par leurs nourrices. Exemple : Un tout petit bébé contracta de sa nourrice, affectée de chancres mammaires, un chancre de la lèvre et un chancre de la joue.

*Nombre.* — Les chancres faciaux sont généralement uniques; cependant on les a vus multiples, c'est-à-dire au nombre de deux, trois, et, bien plus rarement, quatre. — Une observation du D<sup>r</sup> Pétrini (de Galatz) est relative à un homme qui fut affecté de six chancres sur la moitié gauche du visage, à savoir : quatre sur la joue, un sur la paupière supérieure, et un autre (le plus étendu) au niveau de la région parotidienne.

Une particularité singulière est la multiplicité assez commune du chancre du *menton*. On a rencontré sur le menton trois, quatre, cinq, six, sept et jusqu'à huit chancres syphilitiques. Vraisemblablement cette multiplicité presque extraordinaire doit dériver des petits traumatismes de la rasage, de la même façon que la multiplicité du chancre pénien chez les galeux s'explique par les traumatismes de l'acare et du grattage. Il y a là, me semble-t-il, un rapprochement qui s'impose.

*Formes cliniques.* — En leur qualité de chancres cutanés, les chancres du visage affectent les modalités objectives propres à tous les chancres de la peau, n'importe le siège.

C'est dire, tout d'abord, qu'ils se divisent, comme d'usage, en deux grands groupes relativement à leurs apparences objectives. Tantôt ce sont des chancres *croûteux*, et tantôt ce sont des chancres *à découvert*.

C'est dire aussi que, suivant des conditions diverses, ils peuvent se présenter sous tel ou tel de ces deux types, voire alternativement. Non traités, ce sont des chancres *croûteux*; soumis à un pansement, ce sont des chancres « à vif ». Il n'est même pas rare que tour à tour le même chancre affecte l'une et l'autre de ces deux modalités objectives.

Comme caractères cliniques et comme évolution, ils ne présentent rien de particulier, et comportent toutes les variétés du chancre en général. Ainsi, tantôt ils sont simplement érosifs, et tantôt ils affectent la modalité ulcéreuse. — De même, tantôt ils sont petits, superficiels, et réduits aux proportions d'une lésion plus que bénigne, presque insignifiante; et tantôt, au contraire, ce sont de grands chancres, comparables comme étendue à une pièce d'un ou de deux francs, voire, mais plus rarement, d'un vieil écu. — A des degrés divers, leur induration est toujours nettement accentuée, et l'on peut même dire que, de toutes les régions du corps, la région faciale est l'une de celles où l'induration du chancre se formule le mieux, souvent même avec une réelle exubérance.

Une seule de leurs formes mérite une description particulière, parce que, d'une part, elle n'est pas rare et parce que, d'autre part, elle expose aux plus regrettables erreurs; c'est la forme dite **chancre hypertrophique du visage**. Celle-ci, constituée anatomiquement par un néoplasme exubérant qui se projette hors la peau, se caractérise par ce qu'on appelle un *gros chancre*, un chancre tubéreux, condylomateux, protubérant. Cette saillie extra-tégumentaire du chancre se fait ou bien sous forme de plateau, ou bien en segment de sphère (chancre dit *en cabochon*). Elle mesure comme relief 3, 4, 6, 8 millimètres. On l'a vue s'élever jusqu'à un centimètre, auquel cas le chancre représente littéralement une petite *tumeur*.

L'exubérance de ce néoplasme peut même s'exagérer encore et constituer de véritables *monstruosité*s par rapport au type usuel du chancre. A preuve une pièce déposée par le professeur Trélat au musée de Saint-Louis, pièce relative à deux chancres ultra-hypertrophiques du menton, qui émergent de la peau à la façon de grosses tubérosités ulcéreuses, et cela avec un relief, une configuration, une physionomie générale que ne désavouerait pas un cancer.

*Diagnostic.* — Facile en général, mais facile à une condition sur laquelle il me faut incessamment revenir à propos de n'importe quel groupe des chancres extra-génitaux et qui n'est autre que celle-ci : c'est qu'on veuille bien *penser au chancre* et lui laisser une place dans le groupe des hypothèses à discuter sur la qualité d'une lésion faciale.

Le chancre facial, en effet, s'atteste par toute une série de signes, notamment par les quatre suivants :

1° Sa qualité de *lésion circonscrite*, de lésion nettement délimitée, et reposant à froid sur des tissus sains ;

2° Son *induration*, aisément accessible et presque toujours bien accentuée, souvent même excessive, exubérante ;

3° Son *adénopathie* ;

4° Son *évolution*, c'est-à-dire son caractère de lésion à croissance rapide et hâtivement accomplie, de lésion parvenant à son apogée en une moyenne de quinze jours. Signe très essentiel, signe majeur, en ce qu'il suffit par lui seul à différencier le chancre d'autres lésions à évolution lente ou même chronique, telles que l'épithéliome et le lupus.

Sans compter — mais ceci n'est plus qu'éventuel — que le chancre peut encore s'accuser par d'autres caractères d'objectivité, à savoir : par sa surface lisse, unie, vernissée, et surtout par une belle couleur rouge « chair musculaire ».

Et cependant des erreurs nombreuses ont été commises à propos du chancre facial. Ces erreurs sont surtout de deux ordres. Ainsi :

I. — Dans sa forme *bénigne*, alors qu'il consiste seulement en une petite lésion croûteuse, croûteuse, érosive ou sub-ulcéreuse, le chancre facial court risque — et cela plus facilement qu'on ne le pense — d'être pris pour un placard d'impétigo ou d'eczéma, pour un groupe d'herpès encroûté, pour un bouton d'acné, pour une engelure, pour un traumatisme (écorchure, éraflure, coupure de rasoir, etc.), pour un furoncle, etc.

Comme exemple, une curieuse observation de mon regretté collègue Hanot est relative à un chancre nasal qui, « exactement situé au bout du nez, croûteux et encadré par une légère aréole rougeâtre, fut longtemps considéré par plusieurs médecins pour une simple engelure, jusqu'au jour où l'explosion secondaire vint enfin démontrer l'erreur ».

L'induration et l'adénopathie tiendront en garde contre cet ordre de méprises.

II. — Les chancres exubérants, à gros néoplasme, peuvent être confondus soit avec les syphilomes tertiaires de forme tuberculo-crustacée ou tuberculo-ulcéreuse (erreur d'objectivité, qui sera redressée par les commémoratifs, l'adénopathie, l'évolution morbide, etc.) ; — soit encore, et ceci est bien autrement grave, avec l'**épithéliome**. Il est certain, en effet, que parfois ils en arrivent, par l'exagération de leur néoplasme, par leur dureté et leur « mauvaise mine », à simuler l'épithéliome. Plusieurs fois ils ont été diagnostiqués comme tels. Et, qui plus est, on aurait à citer quelques observations où l'on a bel et bien enlevé, excisé, en tant que lésions cancéreuses, des chancres de la face. Anderson, par exemple, relate un cas où un chancre induré de la joue, pris pour un cancroïde, a donné lieu à une intervention opératoire. J'ai rencontré deux cas de ce genre

dans ma pratique de ville, notamment celui d'un chancre du menton qui a été enlevé par un chirurgien justement célèbre, mais à coup sûr étranger à la syphiligraphie. — Et je dois encore à mes collègues connaissance de quelques autres faits tout semblables.

Sans revenir ici sur un diagnostic différentiel que j'ai longuement étudié dans ce qui précède (Voy. p. 137), je me bornerai à rappeler qu'en l'espèce, indépendamment des signes fournis par l'objectivité, le jugement du médecin sera surtout éclairé par les deux considérations suivantes :

1° Évolution très différente, absolument différente pour le chancre et l'épithéliome ; — le chancre, en effet, constituant une lésion aiguë, à croissance rapide et promptement accomplie ; — parvenant à son apogée en une quinzaine environ ; — restant au delà stationnaire, pour ne plus tendre qu'à décroître, se réparer et disparaître ; — l'épithéliome, inversement, consistant en une lésion à développement lent ; — n'atteignant qu'au prix de mois l'importance que prend le chancre en deux ou trois semaines ; — affectant, enfin, une croissance continue, permanente, indéfinie.

2° Avec le chancre, adénopathie pour ainsi dire immédiate, nettement formulée dès le second septénaire ; — avec l'épithéliome, adénopathie faisant longtemps défaut, pour n'entrer en scène qu'après plusieurs mois.

III. — A noter, enfin, que le **sycosis**, soit simple, soit parasitaire, peut aboutir, dans ses formes tubéreuses, à constituer, sur le visage, de volumineuses tumeurs en forme de « tête de champignon », grosses comme une olive, une demi-noix, une moitié d'abricot, à surface ulcéreuse ou recouverte de croûtes. Des tumeurs de cette importance et de cet aspect sont certes bien de nature à donner le change, et plusieurs fois (notamment dans un cas relaté par Dubreuilh) on les a prises pour des chancres hypertrophiques. Cependant une analyse attentive des symptômes éclairera bientôt le diagnostic. Car :

1° Le tubercule sycosique se présente toujours avec une allure inflammatoire, disons même phlegmoneuse, laquelle fait défaut avec le chancre.

2° Pressé entre les doigts, il laisse généralement sourdre du pus par une multiple série d'orifices dont il est criblé « en écu-moire ».

3° A sa surface, les poils ont perdu toute adhérence. On les cueille à la pince plutôt qu'on ne les arrache, à ce point que, suivant l'expression consacrée, ils semblent « implantés dans du beurre ».

4° Au pourtour du tubercule sycosique on trouve presque toujours soit de petites pustules à base rouge, soit des plaques de pityriasis alba.

5° Le microscope, enfin, dans le cas de sycosis parasitaire, révélera facilement les éléments caractéristiques du trichophyton.

CHANCRES DE L'OREILLE.

Extrêmement rares. Je n'en ai vu que 4 cas, tous observés à l'hôpital. — Quelques autres ont été signalés par divers auteurs.

Dérivent soit le plus souvent du baiser; — soit quelquefois d'une morsure; — soit d'un transport du contagion par les doigts; — soit enfin de contaminations médiate, comme dans un cas de Richter, relatif à un chancre syphilitique qui se développa sur une brûlure de l'oreille après application d'un morceau de taffetas d'Angleterre humecté de salive par un sujet affecté de syphilides buccales.

Siègent sur le pavillon; — plus rarement au méat auriculaire ou sur le trajet du sillon auriculo-temporal.

Rien de spécial à dire de leur symptomatologie. — A signaler cependant qu'en deux cas je les ai vus prendre une forme phagédénique et se compliquer de phénomènes infectieux véritablement graves.

CHANCRES DU CUIR CHEVELU.

Tout à fait exceptionnels (10 cas dans toute la science, d'après le D<sup>r</sup> Ritter).

Dérivent soit du baiser, soit de transports contagieux par les doigts, soit de contagions médiate, etc.

Deux exemples : Dans un cas qui m'est personnel, la contagion avait bien sûrement résulté du *baiser*. Il s'agissait d'une femme mariée, de moralité au-dessus de tout soupçon. Son mari, affecté de syphilis et notamment de syphilides buccales, ne l'embrassait plus « par précaution » que sur les cheveux. Ce fut donc par un baiser, sans aucun doute (car aucune autre cause ne put être révélée par l'enquête étiologique), que ledit mari transmit la contagion à sa femme, et cela sur la ligne médiane du cuir chevelu, exactement au niveau de la ligne de coiffure dite vulgairement la « raie ».

D'autre part, une observation de Pellizzari est relative à un jeune enfant qui fut contagionné au cuir chevelu par un *peigne*, lequel venait de servir à un autre enfant affecté de syphilides pustuleuses du cuir chevelu.

Rien de spécial dans la symptomatologie de ces chancres qui se sont toujours présentés sous la forme papulo-érosive ou papulo-croûteuse.

CHANCRES DU COU, DU TRONC ET DES MEMBRES.

En tant que lésions cutanées, les chancres de ces diverses régions se ressemblent tous plus ou moins. D'autre part, au point de vue

étiologique, ils relèvent tous (à cela près de quelques exceptions) de causes identiques ou analogues. Il y a donc avantage, pour éviter les redites, à les comprendre tous dans une description commune.

Leur *fréquence relative* ressortira de la statistique suivante, empruntée à mes notes de ville :

I.	Chancres du cou.....	3
II.	Chancres du thorax.....	22
	Se décomposant ainsi :	
	Chancres du sein.....	19
	— de la région antérieure du thorax.....	1
	— — postérieure du thorax.....	1
	— de l'aisselle.....	1
III.	Chancres de l'abdomen.....	16
IV.	— de l'aîne.....	3
V.	— des fesses.....	4
VI.	Chancres du membre supérieur.....	57
	Se décomposant ainsi :	
	Chancres de l'épaule.....	1
	— du bras.....	9
	— de l'avant-bras.....	1
	— de la main.....	46
VII.	Chancres du membre inférieur.....	5
	Se décomposant ainsi :	
	Chancres de la cuisse.....	4
	— de la jambe.....	1
	Total.....	110

A noter, comme interprétation de quelques-uns de ces chiffres qui pourraient paraître surprenants au premier abord :

1° Que l'excès de fréquence relative des chancres du *membre supérieur*, qui figurent au premier rang dans la statistique précédente (57 sur 110), est dû à deux causes : la *vaccination*, d'où dérive parfois la syphilis; — et la *contagion de la main*, souvent infectée par contact avec les organes génitaux ou, plus souvent encore, par inoculations professionnelles chez les médecins, les sages-femmes, les étudiants en médecine ;

2° Que la fréquence notable des *chancres thoraciques*, exprimée dans la même statistique par le chiffre 22 (sur 110) ne traduit en réalité que la fréquence du chancre mammaire, chancre spécial par son origine la plus habituelle, à savoir l'allaitement (19 cas sur 22) ;

3° Que la fréquence des *chancres abdominaux* (16 sur 110) n'est due qu'à celle des chancres sus-pubiens, c'est-à-dire de chancres voisins des organes génitaux et dérivant de contagions génitales.

*Étiologie.* — Un premier point à noter, c'est qu'assez souvent l'origine de ces chancres à siège insolite, bizarre, reste impénétrable, en dépit d'enquêtes minutieuses, sérieuses, aussi complètes que possible. Rien que de naturel à cela. Puisque les chancres en ques-