

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-

conque servant de porte d'entrée au germe infectieux (traumatismes divers de la main, écorchure, éraflure, érosion, piqûre, ou bien dermatose eczémateuse exfoliant l'épiderme, ou bien engelures, crevasses, gerçures, ou plus souvent encore *envies* du pourtour de l'ongle). Mais la dénudation dermique est-elle une condition indispensable en l'espèce? Après pénétration dans un goulot folliculaire ou dans une rigole subunguéal, le contage syphilitique ne peut-il pas lui-même faire sa trouée, constituer son effraction propre, et cela de par le processus irritatif, inflammatoire, qu'il est sans doute susceptible d'exciter autour de lui? C'est là un point sur lequel on a beaucoup discuté, mais qui n'a pas encore reçu de solution.

Localisations. — Plusieurs points à noter :

I. — D'abord, la main *droite* est bien plus souvent que la gauche le siège de contaminations spécifiques. Rien que de très naturel à cela, puisqu'elle est plus exposée.

II. — On a rencontré le chancre sur tous les points de l'une et l'autre main, mais avec une très grande inégalité de fréquence d'une région à une autre. Voici, à cet égard, ce que m'a fourni le relevé de 87 cas :

Chancres des doigts.....	73 cas.
— du métacarpe (face dorsale).....	12 —
— — (face palmaire).....	1 —
— du poignet.....	1 —
Total.....	87 cas.

III. — A la région métacarpienne, la localisation du chancre se fait presque exclusivement sur la région dorsale (12 cas sur 13).

IV. — Les chancres digitaux se rencontrent : soit sur la continuité du doigt, c'est-à-dire au niveau des phalanges, et bien plus souvent à la face dorsale qu'à la face palmaire; — soit au niveau de la pulpe du doigt; — soit, bien plus habituellement, *au pourtour de l'ongle*. Le pourtour de l'ongle, voilà leur siège favori. Sept à huit fois sur dix, les chancres du doigt sont des chancres *péri-unguéaux*.

V. — Trois doigts sont affectés bien plus souvent que les deux autres, à savoir, par ordre de fréquence : l'index, le médius et le pouce. — Rare à l'annulaire, le chancre devient tout à fait exceptionnel au petit doigt.

Formes cliniques. — Tantôt les chancres de la main sont calqués sur le type du chancre de tout siège, et tantôt ils en diffèrent en affectant des formes plus ou moins spéciales.

I. — *Formes communes.* — Dans celles-ci le chancre revêt ou bien le type *érosif*, dont je n'ai rien à dire; — ou bien le type *ulcéreux*. Généralement, alors, c'est un chancre assez étendu, parfois même un grand chancre, comparable comme surface à une pièce d'un ou

de deux francs, à un pruneau, à une datte. — Le plus souvent aussi il se présente avec un fond irrégulier, déchiqueté, et de « mauvaise mine », c'est-à-dire grisâtre et diphthéroïde par places ou bien d'un rouge vineux semé de points pultacés; — et cela, parce qu'en pareil cas c'est un chancre enflammé, qui n'a acquis ce développement et revêtu cette forme que pour avoir été négligé ou soumis à des causes diverses d'irritation.

Mais ce qu'il est bien autrement essentiel de spécifier, c'est que, sous l'un ou l'autre de ces types, le chancre *digital* diffère le plus souvent du chancre usuel par certaines particularités, notamment par les trois suivantes : configuration; — modalité d'induration; — et phénomènes douloureux.

1° *Configuration.* — Fidèle au type usuel pour certaines localisations du chancre, elle s'en écarte pour d'autres. Ainsi, tandis que les chancres du métacarpe, de la première et de la seconde phalange, se présentent généralement avec la forme orbiculaire classique, ceux de la troisième phalange (les plus communs de tous, je le rappelle) se présentent le plus souvent avec une configuration bien moins régulière et surtout très différente de la forme cerclée. Quand ils occupent le bord supérieur de l'ongle, ce qui est pour eux un véritable siège d'élection, ils figurent presque toujours un croissant, une demi-lune, un fer à cheval; de sorte qu'on les a qualifiés du nom de **chancres semi-lunaires**. Quand ils siègent sur le bord latéral de l'ongle, ils se rapprochent de la forme d'un haricot. — Enfin, quand ils se logent sous l'ongle, ils n'affectent plus aucune forme; ils sont alors tout à fait irréguliers et vraiment amorphes.

2° *Modalité d'induration.* — Au lieu d'être ce qu'elle est usuellement, à savoir une induration exclusivement tégumentaire et nettement *isolable* des tissus sous-jacents, l'induration des chancres digitaux (et, plus particulièrement encore, du chancre de la troisième phalange) se présente sous forme d'une dureté massive et régionale. C'est qu'en effet le néoplasme propre du chancre se soude avec les tissus sous-jacents, fait corps avec eux, se confond avec eux. Si bien que chancre, tissu cellulaire, gaine fibreuse, tendons, os, tout cela ne constitue plus qu'un *bloc* dur, dont les éléments deviennent indistincts, agglutinés et fusionnés qu'ils sont par une gangue plastique. La peau n'est plus séparable de ce bloc, et, conséquemment, on ne parvient pas à la soulever de façon à explorer individuellement l'induration tégumentaire du chancre.

Bref, ce qu'on perçoit comme induration avec un chancre digital, c'est, je le répète, une *dureté en masse* d'un département du doigt, mais ce n'est plus une dureté tégumentaire, propre à la peau et à un îlot circonscrit de la peau; ce n'est plus, en un mot, l'induration individuelle du chancre, telle qu'on la constate usuellement et partout ailleurs.

Aussi bien arrive-t-il souvent ceci en pratique, que, tout en percevant bien qu'un département du doigt est devenu ferme et dur, on n'attache pas d'importance spéciale à ce signe. Pourquoi? Parce que cette dureté en masse est celle de toutes les dactylites (dactylites phlegmoneuses, tuberculeuses ou autres), parce que cette dureté en masse ne rappelle en rien l'induration du chancre, laquelle est une induration exclusivement tégumentaire et circonscrite au derme. De là tant et tant d'erreurs diagnostiques commises à propos du chancre digital, lequel, pour le dire par avance, est le plus souvent confondu avec le panaris vulgaire.

3° *Phénomènes douloureux.* — Par une dérogation des plus rares à la caractéristique usuelle du chancre, les chancres de la main sont souvent douloureux et même parfois très douloureux. Mais, ici, une distinction s'impose.

Indolents, comme d'usage, sont les chancres du métacarpe, voire aussi les chancres des première et deuxième phalanges. Mais douloureux d'habitude, voire parfois très douloureux sont les chancres de la troisième phalange, alors surtout qu'il sont en relation avec l'ongle.

Parmi ces derniers, ceux qui sont étalés à plat près du bord supérieur de l'ongle, ne déterminent généralement qu'un degré moyen de réaction douloureuse. Mais ceux qui s'insinuent sous l'ongle, qui le décollent, qui le soulèvent, et, plus particulièrement encore, ceux qui naissent sous l'ongle au niveau du sillon inférieur de la matrice unguéale, sont toujours notablement douloureux et même parfois très douloureux. Ils éveillent là des souffrances qui, sans exagération, peuvent être comparées à celles du panaris.

A quoi sont dues ces douleurs? Est-ce à l'abondance en ces régions des corpuscules de Pacini? Est-ce à une disposition anatomique, le tissu cellulaire enflammé se trouvant bridé en ce point par un derme très épais? Est-ce à telle ou telle autre cause? Je ne saurais le dire. Mais ce qu'il y a de bien certain, c'est qu'en nombre de cas les malades souffrent cruellement de ces chancres subunguéaux. Ils accusent non pas seulement un endolorissement continu au niveau de leur lésion, mais des sensations de constriction, d'étranglement, de brûlure, avec battements intermittents et irradiations douloureuses dans tout le doigt. Le moindre attouchement, l'exploration la plus douce suffit à éveiller une crise de souffrances. Les pansements sont mal tolérés; souvent même tout topique semble nuire, à part les pommades les plus anodines. Ajoutez encore que la nuit et la chaleur du lit sont parfois l'occasion de paroxysmes des plus pénibles, comme sur l'un de mes amis, chirurgien célèbre, qui, affecté d'un chancre subunguéal de l'index, m'a bien des fois répété ceci: « J'ai tellement souffert de mon chancre que pendant plus de huit nuits consécutives je n'ai pu fermer l'œil. J'en ai plus souffert, certes, que si j'avais eu le plus beau panaris du monde. »

II. — *Formes anormales.* — D'autres fois et assez fréquemment les chancres de la main se présentent sous des formes très différentes du type classique du chancre, voire assez différentes parfois pour que leur qualité de chancre puisse être facilement méconnue.

Ces formes anormales sont les trois suivantes:

1° **Chancre hypertrophique.** — C'est un chancre fortement saillant, si saillant qu'il constitue presque une petite tumeur, laquelle sert de base à l'ulcération spécifique; et ce relief, ce volume, cet aspect de tumeur, il le doit à l'exubérance de son néoplasme d'induration.

Objectivement il est constitué comme il suit: une grosse tubérosité, bien circonscrite, faisant au-dessus des téguments une saillie de trois à cinq ou même six millimètres; — tubérosité généralement orbiculaire de contour; — émergeant de la peau à angle presque droit, pour s'aplanir bientôt en forme de ménisque ou de pièce de monnaie; — d'autres fois constituée par un mamelon convexe, bombé « en cabochon »; — dans tous les cas, ferme et rénitente au toucher, dure, le plus souvent même très dure et presque chondroïde; — couronnée enfin, sur sa partie convexe ou sur son plateau, par une érosion ou une ulcération, laquelle est susceptible de tous les aspects variés du chancre.

Plusieurs fois ce chancre hypertrophique a été pris pour un épithéliome, pour une tumeur maligne, etc.

2° **Chancre-panaris.** — Ce second type, qui est absolument spécial au chancre du doigt, n'est pas moins commun que le précédent, tout au contraire. Il a été fort bien décrit par W. Taylor sous le nom de chancre-panaris (*panaritium-like chancre*), dénomination bizarre, mais convenant fort bien à un type bizarre, voire excellente, à mon gré, en ce qu'elle est presque descriptive.

Sous cette forme, en effet, le chancre ressemble absolument à un panaris. On dirait un panaris, et cela à tous égards, à savoir de par la tuméfaction globuleuse du doigt, de par la rougeur tégumentaire, de par l'infiltration des tissus, de par les phénomènes douloureux, etc.

Au détail, ce qu'on voit est ceci:

1. Un doigt très fortement tuméfié à son extrémité inférieure, c'est-à-dire au niveau de la troisième phalange et souvent aussi de la seconde; — et tuméfié de la façon suivante: cylindroïde, « en saucisse », au niveau de la seconde phalange; puis se renflant tout aussitôt au niveau de la troisième, et devenant là *globuleux, bulbeux*, de façon à rappeler comme forme un bulbe d'oignon ou de poireau;

2. D'autre part, un doigt rouge et d'un rouge sombre, dans toute l'étendue de son segment ainsi tuméfié;

3. Un doigt infiltré en masse et dur en masse, tous ses éléments semblant réunis et fusionnés par une gangue d'exsudat plastique;

4. Un doigt douloureux, parfois même extrêmement, extraordinairement douloureux; — sensible spontanément et devenu le siège de battements, d'élançements, comme dans le panaris; — plus sensible encore au palper, à l'exploration;

5. Enfin, au sommet de ce doigt, le chancre. Mais sous quelle forme se présente ce chancre? Sous la forme d'une ulcération absolument irrégulière et ne conservant rien de la configuration normale, de l'orbicularité habituelle du chancre; — ulcération creuse, déprimée, anfractueuse, quelquefois même comme térébrante; — à bords boursoufflés, entaillés, déchiquetés; — à fond de mauvaise mine, grisâtre ou rougeâtre, diphthéroïde quelquefois, sanieux, inflammatoire, parfois aussi semé de points sphacéliques.

De sorte — je ne saurais assez le répéter — qu'une telle lésion *ne rappelle en rien la physionomie du chancre*, n'éveille absolument pas l'idée du chancre. On dirait bien plutôt, de par les données objectives, l'orifice ulcéré d'un panaris.

Et c'est là précisément ce qui explique comment ce chancre a pu être souvent méconnu, et méconnu par des médecins ou des chirurgiens des plus experts.

Évolution, durée. — Ces chancres à forme de panaris sont spécialement remarquables par leur évolution lente, torpide, et par leur durée longue, pouvant s'élever à 4, 5, 6 mois et plus.

Le plus souvent, d'ailleurs, ils sont compliqués par des accidents provenant de l'ongle, lequel, déchaussé par l'ulcération et ne recevant plus que d'incomplets éléments de nutrition d'une matrice malade ou même partiellement détruite, s'altère, change de couleur, noircit, se décolle, se détache et tombe. Un tel processus, tout naturellement, ne s'accomplit qu'avec lenteur et au prix de beaucoup de temps. Il n'est même pas rare qu'on soit forcé d'intervenir et d'enlever ce véritable séquestre unguéal qui, en sa qualité de corps étranger, irrite les tissus, les enflamme, détermine et entretient des douleurs plus ou moins vives, etc. Son extraction est toujours suivie d'une détente immédiate.

Je mentionnerai enfin qu'en certains cas (ceux-ci, à la vérité, exceptionnels) l'évolution morbide est encore retardée et longuement retardée par des *nécroscs* de la troisième phalange, lesquelles, à moins d'intervention de l'art, exigent des laps de temps considérables pour leur élimination.

3° **Chancre fongueux.** — Une dernière modalité possible, mais tout à fait exceptionnelle, du chancre digital est celle que W. Taylor a indiquée et fort bien décrite sous le nom de chancre fongueux.

Spéciale au chancre de la dernière phalange, elle consiste en une sorte de bourgeonnement papilliforme de la lésion, laquelle, à un moment donné, n'est plus qu'une *touffe de végétations* ou de languettes charnues rappelant l'aspect du chou-fleur. Transfiguré, je dirai pres-

que travesti de la sorte, le chancre devient absolument méconnaissable (1).

Adénopathie. — Le bubon satellite du chancre de la main se produit ou bien dans la région épitrochléenne (où l'on trouve, suivant les cas, soit un, soit deux ou même, mais très rarement, trois ganglions); — ou bien dans la région de l'aisselle; — ou bien encore, simultanément, dans l'une et l'autre de ces régions.

C'est là le simple résultat d'un fait anatomique, les lymphatiques de la main se rendant les uns aux ganglions épitrochléens, et les autres directement aux ganglions axillaires.

Comme fait habituel, ce bubon affecte les caractères propres aux adénopathies symptomatiques du chancre; c'est dire qu'il est à la fois aplegmasique, indolent, multiple, et à ganglions présentant une dureté spéciale.

Quelquefois, cependant, en raison de complications ou d'infections secondaires, il s'enflamme et prend une forme subaiguë ou même aiguë. Mais un traitement approprié a bien vite raison de tels symptômes, qui n'aboutissent à suppuration que d'une façon tout à fait exceptionnelle.

A l'adénopathie s'ajoutent quelquefois des manifestations *lymphangitiques*, sous forme de lymphangites « en cordon » ou « en ruban étalé », qui s'observent surtout au bras, vers le côté interne du biceps.

Traitement. — Naturellement variable suivant les formes morbides

Aux cas simples et bénins suffit le traitement usuel du chancre, à savoir : pansements, trois fois par jour, avec ouate hydrophile enduite d'une pommade au calomel; — ou bien pansements par occlusion avec bandelettes de taffetas de Vigo. — Immobiliser le pansement, quel qu'il soit, par un doigtier.

Dans les cas plus sérieux, nécessité d'un traitement un peu plus complexe. Ce qu'il y a d'essentiel, c'est de prévenir ou de combattre les complications inflammatoires ou douloureuses, c'est de conjurer la formation du panaris symptomatique. Pour cela :

D'abord, condamner au repos absolu le doigt et la main. — Bras en écharpe, d'une façon permanente.

Puis, antiphlogistiques locaux : bains fréquemment répétés; — bains locaux, au moins deux fois par jour et de vingt minutes à une demi-heure chaque fois, dans une décoction émolliente tiède (décoction de guimauve, décoction de guimauve et pavot, etc.). — Éviter les ablutions phéniquées et, plus encore, les ablutions au sublimé, qui sont irritantes.

Pansements réguliers, deux fois par jour, avec ouate enduite d'une pommade à l'iodoforme.

(1) Voir les curieuses figures produites à ce sujet par W. Taylor, dans le *Medical Record*, New-York, 1891, vol. 39, p. 69.

Après avoir essayé nombre de topiques, c'est encore à l'iodoforme qu'il a fallu revenir pour le pansement des chancres digitaux, en dépit de l'inconvénient de son insupportable odeur. C'est qu'en effet, comme chacun sait, l'iodoforme est un excellent topique en tant qu'agent modificateur; de plus, en l'espèce, il a l'avantage d'agir comme anesthésique pour calmer la douleur et l'érythème local. — On l'emploie sous forme de pommade, à la dose de 1, 2, 3 grammes pour 10 grammes de vaseline. — Très certainement il est mieux toléré en pommade que sous forme pulvérulente (sauf à la période tout à fait terminale).

Que si l'ongle paraît entretenir l'irritation locale et les douleurs, *a fortiori* favoriser et prolonger l'état ulcéreux, l'indication formelle est de l'extraire, et cela plus tôt que plus tard.

Enfin, contre les chancres fongueux, on aura recours aux cautérisations. Le nitrate d'argent sera d'abord mis en usage. Mais, s'il se montre insuffisant, on n'hésitera pas à faire appel à d'autres agents plus énergiques, notamment au thermocautère.

CHANCRES DES RÉGIONS ANALE, PÉRIANALE ET RECTALE.

Fréquence. — Indéterminable, car ces chancres sont de la catégorie de ceux que les malades (plus particulièrement les hommes) tiennent à dissimuler, et pour cause.

Variable, d'ailleurs, suivant des conditions diverses, à savoir :

1° Suivant le sexe (les chancres de ces régions sont, au moins relativement, beaucoup plus communs chez la femme. Ainsi, chez l'homme, on en compte *un* seulement sur 192 chancres de tout siège, et, chez la femme, *un* sur 28);

2° Suivant le milieu où l'on observe (fréquence plus grande dans les basses classes, chez les prostituées et les pédérastes);

3° Suivant les pays. Ainsi, sur un total de 42 chancres extra-génitaux, observés par le D^r Daring à Constantinople, 31 siégeaient soit à l'anus et au pourtour de l'anus, soit dans le rectum. Proportion : 74 pour 100! — Et ce n'est pas tout. Car, 1° de ces 31 chancres, 5 seulement affectaient des adultes, et 26 des enfants!! — Et 2° sur les 5 adultes, 4 étaient du sexe masculin!!!

Division. — Les chancres de ces régions se divisent naturellement en trois groupes, de fréquence très inégale, à savoir: *Chancres anaux*, les plus communs de tous; — *chancres périanaux*; — *chancres rectaux*, de beaucoup les plus rares, on peut même dire tout à fait exceptionnels.

Étiologie. — Ici, comme ailleurs, trois ordres de causes :

1° Causes directes : rapport ou tout au moins approche sodomique; — attentats criminels, notamment sur enfants (de l'un ou l'autre sexe, n'importe), et parfois même sur tout jeunes enfants; —

sans oublier les contaminations d'origine buccale, beaucoup plus fréquentes qu'on n'oserait le croire.

2° Causes indirectes : Contamination par le doigt imprégné de pus virulent; — chez la femme, contamination possible de l'anus par la vulve, c'est-à-dire transport du contagium à l'anus par les liquides issus du vagin.

3° Causes médiates : Contaminations transmises par éponges, linges, serviettes, papiers, canule d'irrigateurs, bidets, bassins, latrines, instruments de chirurgie, etc. — Deux exemples :

Le D^r Feulard a relaté l'observation d'une petite fille de vingt et un mois qui fut contagionnée par une éponge sur la marge de l'anus et présenta là un chancre syphilitique, bientôt suivi d'accidents graves de syphilis. Or, la tante de l'enfant, jeune fille de quinze ans, se servait en cachette, pour sa toilette intime, des éponges réservées au bébé; et ladite tante était à ce moment en pleine syphilis secondaire, avec syphilides vulvaires et anales.

J'ai dans mes notes un cas de même genre, relatif à une vieille dame de ma clientèle, qui fut infectée à l'anus par une canule d'irrigateur dont se servait, à son insu, sa femme de chambre, affectée de syphilides vulvaires.

A cela il faut ajouter encore une contagion dont j'ai déjà parlé précédemment et qui n'est autre que la contagion par le *crayon de nitrate d'agent*.

Je suis persuadé que plusieurs cas de chancres anaux ou périanaux que j'ai observés en ville ont résulté de cautérisations pratiquées avec le crayon de nitrate d'argent.

Étude clinique. — I. — **Chancre périanal.** — Ce chancre présente les caractères et les variétés de tout chancre cutané. Rien à en dire de spécial, si ce n'est que parfois il affecte une forme toute particulière, constituant ce qu'on appelle le chancre *plissé* ou chancre à rhagades. Il se présente alors sous l'aspect suivant :

D'une part, sa surface est parcourue par un, deux ou trois plis, rayonnant tous vers l'anus, lesquels ne sont autres que les plis normaux de la région, mais notablement hypertrophiés, et hypertrophiés soit par le néoplasme chancreux, soit par un exsudat inflammatoire sous-jacent. Ces plis se dessinent en relief sur l'aire du chancre sous forme de bourrelets en éventail, qui convergent vers l'orifice anal.

D'autre part, le processus ulcératif du chancre pénètre dans les interstices de ces bourrelets et constitue là autant de sillons linéaires assez creux, rouges, figurant des crevasses ou des rhagades effilées. Ces sillons restent masqués à l'état de repos de la région, mais se révèlent dès qu'on vient à déplisser la marge anale, c'est-à-dire à étaler le chancre.

II. — **Chancre rectal.** — Extrêmement rare, au point qu'on n'en connaît encore qu'un très petit nombre de cas bien authentiques.