

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.

C'est par excellence un *chancre larvé*. L'éveil, à la vérité, peut être donné sur lui par deux symptômes d'ailleurs inconstants, à savoir : 1° douleur rectale, se produisant un peu avant la défécation, puis lui succédant pour un temps plus ou moins prolongé; — 2° évacuation avec les selles de matières glaireuses, tachetées de sang. Mais, en tout cas, un examen direct s'impose pour le découvrir. Or, d'une part, le toucher rectal révélera un petit foyer de rénitence circonscrite, faisant contraste avec la souplesse des tissus environnants; cette rénitence, c'est l'induration du chancre. Et, d'autre part, l'exploration au spéculum *ani* ou, mieux, avec la valve de Sims mettra le chancre en évidence, en permettant de constater ceci :

Une lésion intra-rectale, située à une hauteur variable au-dessus du sphincter, quelquefois à deux, trois, quatre centimètres au-dessus, quelquefois au contraire l'avoisinant presque immédiatement; — lésion bien circonscrite; — petite en général et comparable en moyenne à une pièce de cinquante centimes ou d'un franc, mais pouvant atteindre (comme dans un cas du D^r Campenon) la dimension d'une pièce de cinq francs; — lésion arrondie ou ovalaire; — érosive ou subulcéreuse; — rosée, rouge ou d'un brun sombre; — au total, donc, lésion n'offrant rien de spécial et tout à fait conforme, en tant que caractères objectifs, à la physionomie usuelle du chancre.

De tels signes, alors qu'ils peuvent être perçus d'une façon catégorique, ne laissent que peu de doutes sur la qualité chancreuse d'une lésion rectale. Ils n'en laisseront pas, s'ils viennent à être confirmés par une adénopathie satellite.

Or, où se fait cette adénopathie satellite du chancre rectal, qu'il faudra toujours rechercher comme complément diagnostique?

Soit dans les ganglions inguinaux (par anastomose des lymphatiques les plus inférieurs du rectum avec ceux de l'anus); — soit dans un groupe de ganglions situés dans la concavité du sacrum. On dit avoir pu atteindre et sentir distinctement des masses ganglionnaires sur les côtés ou en arrière du rectum.

J'ajouterai: Une légende, aussi injustifiée que la plupart des légendes, s'est accréditée sur le compte du chancre rectal. On l'a présenté comme « enclin au phagédénisme » et, de plus, comme « l'une des origines les plus habituelles du rétrécissement syphilitique du rectum ». Il y a là une double erreur. D'abord, on serait fort en peine, et pour cause, de citer un seul cas de chancre syphilitique du rectum ayant abouti au phagédénisme. En second lieu, comment un chancre syphilitique, accident passager, superficiel, très circonscrit, toujours borné à un segment presque insignifiant du rectum, pourrait-il aboutir à constituer, par le fait de sa cicatrice, une lésion majeure, étendue à toute une portion du rectum, cylindroïde, annulaire, etc., telle que celle qui constitue le rétrécissement rectal d'origine spécifique? Une telle pathogénie ne soutient pas l'examen.

III. — **Chancre anal.** — Situé dans le canal muqueux de l'anus, il se présente avec une physionomie toute particulière, et cela non pas qu'il diffère du chancre syphilitique par quelque attribut spécial, mais parce qu'il est forcé de se modeler sur un anneau contractile. Bref, c'est ou bien un chancre *froncé*, un chancre « en collet de bourse », ou bien un chancre « en feuillets de livre ». Mais détaillons.

D'abord, de deux choses l'une :

Ou bien le chancre est absolument *larvé*, c'est-à-dire latent, dissimulé dans le canal muqueux de l'anus. Dans ce cas, on ne le voit pas à l'état de repos des parties; il faut, pour l'apercevoir, entr'ouvrir l'anus.

Ou bien il se dénonce à l'extérieur en débordant l'anus par un segment de sa surface, sous forme d'une sorte de petit promontoire qui fait saillie hors de l'orifice anal.

Dans l'un et l'autre cas, on n'aboutit à se rendre un compte exact de la lésion qu'en dilatant l'anus. Comment? Le procédé le moins douloureux, le plus simple et le plus pratique, consiste à écarter fortement l'anus par des tractions exercées en sens inverse, à l'aide des deux pouces, sur deux pôles opposés de l'orifice anal. Alors seulement que cette méthode reste insuffisante, on a recours à la dilatation instrumentale, soit par tel ou tel spéculum *ani*, soit par l'écarteur à trois branches de Ricord, soit, mieux encore, avec une petite valve de Sims.

L'anus étant ainsi dilaté d'une façon ou d'une autre, on aperçoit le chancre à découvert.

Or, étalé de la sorte, ce chancre n'est autre que facies, comme caractères cliniques, que le chancre usuel, à savoir : une lésion bien circonscrite, bien définie de contours; — de moyenne ou de petite étendue; en général comparable à une amande ou à l'ongle de l'annulaire; — siégeant soit en avant, soit en arrière de l'anus, bien plus rarement sur ses côtés; — ovalaire ou elliptique et à grand axe parallèle au canal de l'anus; quelquefois allongée, étroite, effilée; — sans bords entaillés en arête; — érosive ou subulcéreuse, bien plus souvent que véritablement ulcérate; — lisse de fond; — offrant une coloration rouge et d'un rouge sanguin ou foncé, quelquefois même violacée, livide et vineuse.

Voilà ce qu'on voit à l'état de dilatation de l'anus.

Mais, si l'on vient à cesser la traction qui maintient l'écartement de l'anus ou à retirer progressivement la valve de Sims, tout aussitôt on assiste à un véritable changement à vue. Immédiatement, le chancre se transfigure, pour se présenter sous tel ou tel des deux aspects que voici :

Ou bien on le voit se froncer, se crispier, à la façon du collet d'une bourse dont on tire les cordons pour la fermer. De sorte que, dans ce froncement concentrique, les divers segments qui constituent la

surface de la plaie reviennent sur eux-mêmes, se rapprochent, entrent en contact réciproque et s'adossent, à la façon des plicatures du collet d'une bourse.

Ou bien encore il se produit un phénomène plus curieux consistant en ceci : le chancre se trouvant divisé en deux segments rigides (enraidis qu'ils sont par l'infiltration sous-jacente), ces deux segments s'écartent et se séparent à la façon des deux moitiés d'un livre que l'on ouvre, alors que l'on vient à écarter l'anus et pour tout le temps qu'on le maintient dilaté. Puis, inversement, dès qu'on cesse de distendre l'anus, ils reviennent aussitôt au contact, c'est-à-dire en adossement réciproque, et cela encore à la façon des feuillets d'un livre que l'on ferme. D'où le nom donné à la lésion de « chancre en feuillets de livre ».

Indolent à l'état de repos de la région, ce chancre est toujours douloureux au moment de la défécation ; mais il ne l'est jamais (sauf exceptions bien rares, comme dans un cas du D^r Paul Jean) qu'à un degré moyen ou léger. Il est donc très différent en cela de la fissure anale.

Son induration est-elle perceptible ? Quelquefois, oui ; — mais non le plus souvent, ce qui tient à la disposition et à la tension naturelle des parties, à la contraction réflexe du sphincter, à la douleur, à la résistance du malade, etc.

Évolution, durée. — En raison de son siège, de sa configuration froncée, des irritations et des déchirures auxquelles il est exposé, le chancre anal est sujet à s'enflammer, à devenir douloureux, éréthique, à se compliquer d'érythème, de lymphangite, etc. Il n'évolue donc qu'assez lentement. Aussi bien sa durée n'est-elle que rarement inférieure à deux mois (sauf dans les cas où il est traité et bien traité dès le début) ; elle peut même se prolonger davantage.

Diagnostic. — 1. — L'hémorroïde ulcérée a plus d'une fois éveillé le soupçon de chancre ; — comme aussi, et plus souvent encore, le chancre anal a pu être pris indûment pour une ulcération hémorroïdaire.

La méprise cependant sera facilement évitée si l'on tient compte des considérations suivantes :

D'abord, une ulcération d'origine hémorroïdaire ne saurait être mise en cause indépendamment des deux conditions suivantes : 1° des antécédents plus ou moins éloignés de fluxions et de crises hémorroïdaires (car ce n'est pas à propos d'une première ou de premières crises hémorroïdaires que se produit un sphacèle, puis une ulcération de l'anus) ; — 2° des antécédents rapprochés, tout récents, d'une crise hémorroïdaire violente, accompagnée de douleurs vives, d'accidents suraigus d'étranglement et de gangrène, tous phénomènes trop connus pour que j'aie à les décrire.

En second lieu, l'ulcération hémorroïdaire a toujours pour symptômes contemporains, pour symptômes témoins, dirai-je, une

fluxion locale notablement intense, un bourrelet extra-anal plus ou moins volumineux, voire une corolle de tumeurs anales.

Finalement, la présence ou l'absence d'une adénopathie spécifique viendra compléter ce diagnostic, qui, vraiment, n'offre pas grandes difficultés.

ii. — *Fissure anale.* — Si la fissure ne risque guère d'être prise pour un chancre anal, en revanche le chancre anal a plus d'une fois été taxé de fissure.

Trois signes interviendront ici pour fixer le diagnostic, à savoir :

1° D'abord, le chancre, même dans sa forme fissuraire, est presque toujours une lésion plus importante, plus large, moins *effilée* « en trait de plume », que ne l'est la fissure.

2° Le chancre a une adénopathie spéciale, que n'a pas la fissure.

3° Et surtout le chancre, relativement à la fissure, peut être dit une lésion indolente. A ce point de vue, il se différencie absolument de la fissure, laquelle, on le sait de reste, est une affection douloureuse, très douloureuse, et une affection dont les douleurs seules sont doublement significatives, à savoir : de par leur échéance d'apparition (un quart d'heure, vingt minutes après les selles) ; — et surtout de par leur caractère d'*éréthisme spasmodique*, leur acuité, leur intensité souvent considérable et presque caractéristique.

On a bien parlé de chancres à douleurs « fissurales », mais ce ne sont là, à coup sûr, que de rarissimes exceptions.

iii. — *Ulcères tuberculeux.* — Les ulcérations tuberculeuses ne sont pas très rares au niveau des régions anale, périanale ou même rectale ; mais il est rare qu'elles simulent véritablement le chancre.

Ce sont exclusivement les ulcérations tuberculeuses encore jeunes, encore restreintes de dimensions, qui pourraient donner le change. Mais celles-ci même se différencient du chancre par toute une série de caractères, tels que les suivants :

1° Bords bien accentués, à entaille intéressante tout ou partie de l'épaisseur du derme ; — quelquefois encore, assez souvent même, bords décollés.

2° Fond déprimé, fond « en contre-bas », relativement aux bords de la lésion.

3° Fond jaunâtre et fond inégal, donc très différent à ces deux points de vue de l'aspect usuel du chancre syphilitique qui, d'une part, est ou rouge ou grisâtre, et, d'autre part, lisse, uni, vernissé.

4° Base dépourvue d'induration, tout au moins d'une induration comparable à celle du chancre.

5° Absence d'adénopathie satellite ; tout au moins pas d'adénopathie comparable à celle du chancre.

6° Évolution chronique.

Sans parler même de quelques autres signes qui peuvent apporter leur contingent, tels que la coexistence au pourtour de la lésion de

petits points jaunes (*points jaunes de Trélat*) constitués par des tubercules miliaires en voie d'évolution; — sans parler non plus des renseignements indirects tirés de la constitution du malade, de ses antécédents, de l'état du poumon, etc.

Traitement. — Rien à dire des chancres périanaux qui sont des chancres cutanés et qui ne comportent rien autre que le traitement des chancres cutanés.

Au contraire, les chancres de l'anus donnent lieu à quelques indications particulières.

D'abord, à quels topiques avoir recours pour les panser? Les corps gras sont certainement, de par expérience, ce qui leur convient le mieux. Car, sauf exceptions rares, tout autre topique n'aboutit guère qu'à les exciter, à les irriter, à les enflammer. Pommades au calomel ou à l'iodoforme (à la dose de 1 à 2 grammes pour 10 grammes de vaseline), voilà ce qui est devenu d'usage le plus habituel. J'ai vu toutefois certains chancres « irritables » ne tolérer que la vaseline simple ou le cérat opiacé, ou bien encore quelque préparation cocaïnée.

En second lieu, comment panser ces divers chancres?

I. — S'ils sont tout à fait extérieurs, on peut se contenter de les panser à plat, avec une couche d'ouate enduite de tel ou tel topique.

S'ils présentent la forme dite en « feuillets de livre », on aura soin d'interposer une lamelle d'ouate entre les deux « feuillets », et cela jusqu'au niveau de leur sillon de convergence. Puis, ce pansement sera recouvert d'une couche d'ouate et de quelques compresses. Finalement, il sera immobilisé par un bandage en T.

Il va sans dire qu'un pansement de ce genre, pour être bien fait, réclame le secours d'une main étrangère. Il ne sera donc jamais confié au malade.

II. — Si le chancre est interne, c'est-à-dire s'il siège dans le canal de l'anus, une mèche devient nécessaire. Pour que cette mèche (enduite, bien entendu, de telle ou telle pommade) soit tolérable et tolérée, il faut qu'elle ne soit pas trop grosse. Une petite mèche, quelque peu inférieure comme volume à un porte-plume ordinaire, est plus que suffisante.

Mais ce qui n'est pas moins utile à la cure, ce qui peut-être même y contribue plus efficacement, c'est une série de menues précautions vraiment indispensables en l'espèce, à savoir :

1° Surveiller les garde-robes et prévenir la constipation, en ne perdant pas de vue que certains malades, dans la crainte des douleurs déterminées par la défécation, retardent le plus possible le moment d'aller à la selle.

2° Ne permettre aux malades d'aller à la selle qu'à la suite d'un grand lavement huileux, destiné à diluer les matières, non moins

qu'à en rendre le passage plus facile. Il est d'expérience, en effet, qu'un bol fécal volumineux et dur court risque de distendre et d'érailler, voire de déchirer la surface du chancre.

3° Avant chaque selle, onctions graisseuses sur l'anus, en vue de protéger, dans la mesure du possible, la surface du chancre contre des contacts irritants.

4° Ablutions prolongées après chaque selle, et pansement immédiat à la suite.

Joignez à cela l'usage de grands bains et de bains de siège fréquemment répétés (un bain général tous les deux ou trois jours; un bain de siège matin et soir dans une décoction tiède de guimauve), et vous aurez l'ensemble du traitement qui convient le mieux au chancre de l'anus.

III. — Les mêmes indications se présentent à remplir pour le chancre rectal, qui, lui aussi, sera pansé de la même façon (soit avec des mèches enduites de pommade à l'iodoforme, soit encore avec des suppositoires iodoformés).

Le D^r Campenon dit s'être bien trouvé, pour combattre l'élément douloureux et l'élément septique, de grandes irrigations chaudes de chloral (à un gramme pour 100 grammes d'eau), portées dans le rectum par une sonde à double courant, laquelle offre l'avantage d'éviter la distension de l'intestin. C'est là une pratique à ne pas oublier.

En tout cas, une indication plus urgente est celle de lavements fréquents (lavements à la décoction de guimauve ou à l'eau boriquée, matin et soir), en vue d'exonérer l'intestin, ce qui a pour résultat de prévenir la distension de l'ampoule rectale et surtout la stagnation irritante des matières au contact du chancre.

PRONOSTIC DE LA SYPHILIS ISSUE DE CHANCRES EXTRA-GÉNITAUX.

Les chancres extra-génitaux ont *mauvais renom*. On les considère comme servant d'origine à des syphilis graves, à ce qu'on appelle de *mauvaises* syphilis. Et, en effet, on a eu maintes fois l'occasion d'observer des syphilis plus ou moins sérieuses, voire malignes, comme conséquences d'infections de cet ordre.

Mais peut-être a-t-on été frappé de ce dernier fait plus que de raison et lui a-t-on attribué une signification qu'il ne comporte pas.

D'une part, en effet, les chancres extra-génitaux (on le sait de reste) ne sont pas les seuls à servir d'origine à des syphilis graves. D'autre part, ils ne préludent pas toujours à des syphilis graves; ils donnent naissance, eux aussi, et pour une bonne part que l'on néglige, à des syphilis d'intensité ou moyenne ou légère.

Puis, si l'on descend aux détails, comme je l'ai fait dans une triple statistique reposant sur un nombre de cas considérable, on aboutit à ce résultat que, proportionnellement à leur fréquence, les chancres