

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

extra-génitaux ne fournissent un quotient supérieur à leur moyenne numérique ni comme accidents tertiaires, ni comme syphilis malignes précoces ou à tertiarisme prématuré, ni comme syphilis à localisations graves, notamment à localisations cérébrales.

Enfin, de l'aveu commun, toutes les syphilis de provenance extra-génitale ne sont pas indifféremment graves. Ce sont certaines d'entre elles seulement (à savoir les syphilis d'origine mammaire, d'origine digitale et d'origine vaccinale) qui se sont distinguées parfois par un cachet de malignité particulière, et c'est de celles-là qu'a rejailli le renom de « mauvaises syphilis » sur tout le groupe des syphilis extra-génitales. Or, ici encore, quand on procède à l'analyse étiologique des faits, on aboutit à cette conclusion que le caractère intensif, voire malin, de ces trois ordres de syphilis relève bien moins de la spécialité de siège de leur accident primitif que de conditions tout autres, à savoir de conditions individuelles, de conditions de terrain, etc., toutes essentiellement propres aux sujets affectés.

Je ne saurais insister davantage. Pour être discutée à fond, cette question exigerait de minutieux développements qui ne seraient pas ici à leur place. Je l'ai longuement débattue dans mon livre sur les *chancres extra-génitaux*, auquel je renvoie le lecteur, et je me bornerai à reproduire ici les conclusions de l'enquête instituée par moi sur ce sujet :

1° Il est indéniable que les syphilis de provenance extra-génitale se présentent quelquefois avec un cachet de gravité peu commune, voire insolite pour certains cas.

2° Mais, quand on vient, au lieu de s'en tenir à quelques cas particuliers, à mettre en parallèle par gros chiffres, par gros bataillons, les syphilis extra-génitales et les syphilis de provenance génitale, on ne voit pas que celles-là comportent un pronostic plus grave que celles-ci. Considérées en masse, les syphilis extra-génitales n'ont d'autre pronostic que celui de toutes les syphilis, quel qu'en soit l'accident d'origine, ou, disons mieux, que celui de la syphilis en général.

3° D'autre part, alors que les syphilis extra-génitales viennent à se signaler par une gravité particulière, une enquête étiologique instituée sur elles permet presque toujours d'imputer rationnellement cette gravité insolite à certaines circonstances, à certaines conditions propres aux malades; — et cette interprétation est bien autrement légitime, bien autrement plausible que celle qui, sans l'ombre d'une preuve, même sans une ébauche de preuve, attribue une importance pronostique à la spécialisation de siège de l'accident originel, à la localisation du chancre.

En un mot, ce qui paraît faire la gravité d'une syphilis, c'est la nature du *terrain*, la *qualité du malade*, si je puis ainsi parler, bien plutôt que le *siège d'implantation de la graine*.

4° De tout ce qui précède résulte en dernière analyse que l'EXTRA-GÉNITALITÉ du chancre ne constitue en rien de par elle-même, de par elle seule, un élément, un présage de gravité pour la syphilis qui dérive de ce chancre.

V. — Variétés d'évolution. — Chancres successifs. — Lorsque la syphilis fait invasion par plusieurs chancres (et cela soit sur une même région, soit sur des régions diverses, n'importe), deux cas sont possibles :

Ou bien ces chancres sont d'éclosion *synchrone*, simultanée; c'est-à-dire qu'ils apparaissent tous en même temps ou à distance chronologique très rapprochée (d'un jour à l'autre, par exemple). — C'est là le fait commun, courant.

Ou bien, ce qui est infiniment plus rare, ces chancres multiples font éclosion les uns après les autres et à échéances plus ou moins espacées, c'est-à-dire à intervalles de plusieurs jours (4, 6, 8, 10, 12 jours, par exemple). — On leur donne alors le nom de *chancres successifs*.

On a beaucoup discuté sur ces chancres successifs, et force m'est d'avouer par avance que leur histoire clinique comporte divers points encore indéterminés.

D'abord, sont-ils bien authentiques? Certes oui. Cependant on les a niés, récusés. Au nom des principes on a dit ceci: « L'infection syphilitique est acquise avec un premier chancre, et la saturation infectieuse dès lors accomplie. Donc l'organisme, à dater de ce premier chancre, n'est plus susceptible d'une contamination subséquente. Par conséquent, les prétendus chancres successifs ne sont que des erreurs d'observation; ce sont tout simplement des chancres contemporains dont le synchronisme a été *méconnu par inobservation*; etc.... » — Erreur matérielle, répondrai-je. Les cas de chancres successifs ne reposent pas seulement sur des récits, des « racontars » de malades, susceptibles en effet de mal s'observer et de laisser passer inaperçue l'origine de leurs chancres. Ils ont une base autrement sérieuse, à savoir celle de l'observation médicale. Maintes fois des médecins, observant leurs malades presque jour par jour, ont vu, de leurs yeux vu, des chancres syphilitiques éclore successivement, à intervalles plus ou moins espacés. Exemple du genre :

Un jeune homme vient me trouver le 25 novembre pour une blennorrhagie datant de la veille et reconnaissant sûrement pour origine un rapport remontant au 20 du même mois. — Je le traite pour sa blennorrhagie. — Le 28 décembre, il me montre une minuscule lésion du prépuce qui (sans rapport nouveau) s'est produite depuis deux jours et qui, vraiment, n'offre encore aucun caractère de nature à permettre un diagnostic quelconque. — Le 4 janvier, en revanche, cette lésion, qui s'est élargie, se présente avec l'appa-

rence peu douteuse d'un chancre syphilitique. Cependant, je ne trouve pas encore de ganglions inguinaux. — En outre, ce même jour, je découvre sur le frein une toute petite érosion, de caractère indéterminé. — Le 9 janvier, aucun doute ne saurait subsister sur la qualité des deux lésions précitées ; l'une et l'autre, en effet, élargies et légèrement parcheminées de base, ont pris les attributs du chancre syphilitique, et, d'autre part, des ganglions sont devenus perceptibles dans les deux aînes. — Enfin, le 15 janvier, le malade vient me montrer une nouvelle lésion qui est apparue dans la rainure glando-préputiale depuis sa dernière visite (lésion qui, bien sûrement, est de date toute récente, car j'avais procédé le 9 à un examen minutieux de la verge sans rien découvrir en ce point). Celle-ci consiste en une petite érosion lenticulaire, déjà quelque peu foliacée de base et semblant bien constituer un nouveau chancre. — Les jours suivants, en effet, elle devient un type de chancre induré. — Pas de traitement général.

Le 14 mars, roséole. — Le 31 mars, syphilides du gland et de l'anus. — Ultérieurement, diverses manifestations secondaires, que je passe sous silence.

Ainsi donc : premier chancre apparu le 26 décembre ; — second chancre apparu dans les premiers jours de janvier ; — troisième chancre faisant seulement éclosion au plus tôt le 10 janvier, c'est-à-dire environ *quinze* jours après le premier.

Des cas identiques ou analogues existent en très grand nombre dans la science et ne souffrent pas contradiction. Donc, la *successivité* possible des chancres syphilitiques multiples est, en principe, un fait démontré.

Mais, si la discussion peut être dite fermée sur ce premier point, elle reste ouverte sur d'autres, tels que les suivants :

I. — Les chancres successifs dérivent-ils d'une seule et même contamination ou bien de contaminations successives, surajoutées ?

Il est certain qu'ils peuvent dériver d'une contagion unique. A preuve certains cas où on les a vus se produire à la suite d'un rapport *unique* de date précise, avant et après lequel les malades ne s'étaient exposés à aucun autre risque de contamination.

Mais, peuvent-ils dériver de contaminations *successives*, comme dans les cas, par exemple, où les malades ont continué à avoir rapport pour un certain temps avec une femme affectée de lésions contagieuses ? Cela, la clinique n'est pas en état de l'établir, parce qu'elle n'a aucun moyen de rapporter tel ou tel chancre à une contamination de telle ou telle date. L'expérimentation seule pourrait répondre à la question. Elle y a répondu en démontrant que des inoculations successives, pratiquées à courtes échéances, ont pu déterminer des chancres successifs. Bien peu nombreux et bien précaires, à la vérité, sont les documents qu'elle nous a fournis sur ce point. Cependant, elle paraît avoir établi en principe que, pour avoir subi une première fois l'insertion du virus syphilitique, l'économie n'est pas immédiatement réfractaire à une insertion itérative du même virus. D'où il suit

qu'appliquant ce résultat à la clinique, nous sommes autorisés à croire que des chancres successifs peuvent bien en toute vraisemblance dériver de contaminations successives, s'étant exercées à courtes échéances. — La question, au surplus, ne comporte qu'un intérêt théorique.

II. — Second point, celui-ci plus important : *A quelles échéances après le premier chancre se produisent les éclosions chancreuses successives ?*

1° Pour l'énorme majorité des cas, à distance de quelques jours, à savoir : 1, 2, 3, 4 jours ; assez souvent encore 5, 6 ou 7.

2° Bien plus rarement, elles sont plus tardives et n'entrent en scène qu'au cours ou à la fin du second septénaire qui suit l'invasion du premier accident. Exemple le cas précité, où le troisième chancre fit son apparition *quinze* jours après le premier. — De même, dans un cas relatif à quatre chancres faciaux (cas présenté tout récemment à la Société de dermatologie par l'un de mes internes, M. Lesné), un premier chancre apparut à la lèvre inférieure dans les premiers jours de juin ; puis deux autres se montrèrent au menton quatre jours après ; puis un dernier à la lèvre supérieure environ *douze* jours après le début du premier (1).

3° Enfin, l'invasion de ces chancres successifs peut-elle se faire plus tard encore ? Oui, s'il faut ajouter foi à certaines observations d'après lesquelles elle ne se serait produite qu'après 17, 20, 20, 21, 21, 21, 24, 25 jours (Haslund, Diday, Jullien, Kopp, Charrier, Cullerier, Audry). Mais les observations de cet ordre sont encore en trop petit nombre pour n'être acceptées que sous bénéfice d'inventaire. Je me garderai de les récuser (bien que n'en ayant pas encore rencontré de semblables) ; mais, pour des raisons que je vais dire, je crois qu'elles exigent confirmation par un supplément d'enquête.

III. — D'autant que, vraiment, cette question des chancres successifs est plus complexe et plus délicate qu'on ne le suppose. Elle comporte des difficultés que connaissent seulement les spécialistes et dont n'ont même pas notion les médecins qui observent en dehors de nos services. Il est beaucoup plus embarrassant qu'on ne pense de mettre l'étiquette de chancre successif sur une lésion qui se produit à la suite et au voisinage d'un chancre syphilitique. Et cela, parce qu'un tel diagnostic est entouré de causes multiples d'erreur.

Ainsi, en pareille occurrence, il y a pour le moins *quatre erreurs possibles* qu'il s'agit d'éviter. A savoir : Ne pas prendre pour un chancre successif ce qui est une *érosion de balanite* ou de balano-posthite ; — ce qui est une *érosion d'herpès* ; — ce qui est une *syphilide précocce* ; — ce qui est une *érosion de lymphangite satellite*. — Je précise.

(1) V. *Annales de dermat. et de syphil.*, juillet 1897, p. 738. — Voir aussi un cas analogue publié par le Dr Cenac dans le *Journal des mal. cut. et syph.*, 1895.

1° Il est absolument commun que des chancres non soignés ou irrités par une cause quelconque déterminent à leur voisinage un certain degré d'inflammation qui se traduit par des érosions de balanite ou de balano-posthite. Or, entre une érosion de balanite bien accentuée et une érosion chancreuse, les différences objectives ne sont pas telles qu'un médecin même expert ne puisse s'y tromper. D'autant qu'assez souvent la diffusion de l'induration chancreuse sous-tend ces érosions balanitiques d'une assise plus ou moins rénitente.

2° Et c'est bien autre chose pour l'herpès. Il est des cas (à coup sûr, trop peu remarqués) où des éruptions d'herpès précèdent, accompagnent ou suivent l'éclosion du chancre syphilitique. Très positivement, le chancre est parfois le prétexte, l'occasion, le signal d'un véritable *orage herpétique* qui multiplie ses décharges au voisinage ou à distance du chancre. Exemple, entre nombre d'autres, le cas suivant que je citerai sommairement comme spécimen :

X..., âgé de 33 ans. Bonne santé habituelle. — Non sujet à l'herpès.

Le 13 février 1895, à la suite d'un rapport plus que suspect, explosion d'une poussée d'herpès au niveau de la rainure et du gland (cinq érosions herpétiques très nettement accentuées). — Cicatrisation en quelques jours.

La semaine suivante, nouvelle poussée d'herpès génital. — Quelques jours après, nouvelle poussée. — Cicatrisation.

Le 16 mars, le malade revient me trouver pour trois nouvelles érosions herpétiques au niveau du gland et du prépuce. — En outre, *bouquet confluent d'herpès vésiculeux sur la fesse gauche*.

Le 20 mars, érosion nouvelle de la muqueuse préputiale. — Celle-ci s'élargit, s'indure et persiste. Elle s'atteste bientôt pour un chancre syphilitique. — Adénopathies bi-inguinales en pléiade. — Nouvelle érosion d'herpès les jours suivants. — Nul rapport depuis février.

Je ne revois plus le malade que le 2 mai, à propos d'une invasion secondaire aussi typique que possible : Syphilide érythémateuse ; — croûtes acnéiformes du cuir chevelu ; — plaques muqueuses gutturales. — En outre, nouvelle érosion herpétique de la rainure.

Or, ai-je à répéter ce que j'ai dit plusieurs fois dans ce qui précède, à savoir que l'herpès est une des lésions qui en imposent le plus souvent pour le chancre syphilitique ? Entre un herpès un peu large et un chancre un peu petit, que de ressemblances d'objectivité ! Il y a plus, entre un herpès chancreux et un chancre herpétique, c'en est fait de toutes dissemblances objectives. Donc, quoi de plus facile, relativement au cas qui nous occupe, que de prendre pour un chancre successif ce qui n'est qu'une lésion d'herpès ?

3° Il n'est pas rare que la première poussée secondaire, avant de se répandre et de se disséminer sur tout le corps, se localise pour un temps autour du chancre. C'est ainsi (à n'en citer que deux exemples au hasard) que, sur un de mes clients, l'invasion secondaire s'inaugura par trois syphilides sub-ulcéreuses qui se produisirent au pour-

tour même du chancre, pour être bientôt suivies par d'autres accidents de même ordre disséminés. — C'est ainsi de même que, sur un autre de mes malades, affecté d'un chancre de la rainure glando-préputiale, neuf syphilides érosives, lenticulaires, se constituèrent sur le gland et le prépuce, en devançant d'une dizaine de jours l'entrée en scène de la poussée éruptive secondaire. Or, chancreux d'aspect, ces diverses lésions étaient bien de nature à en imposer pour des chancres successifs.

4° Mais, de toutes les lésions propres à donner le change en l'espèce, aucune n'est plus insidieuse que la *lymphangite satellite du chancre* que j'ai décrite précédemment (page 58). — On sait qu'il se produit parfois, au voisinage ou à quelque distance du chancre, de petits infiltrats plastiques bien circonscrits, sous forme de nodosités ou de ménisques d'une rénitence comparable à celle de l'induration chancreuse. Or, que la surface d'un de ces infiltrats vienne à s'éroder sous une influence quelconque (telle qu'une inflammation locale), voilà du coup constituée une lésion qui, à la fois érosive et indurée, reproduit le type du chancre. Elle peut même le reproduire à ce point que tout diagnostic différentiel devienne *impossible* en dehors des antécédents. Je le demande, une telle lésion n'est-elle pas admirablement faite pour simuler un chancre successif ?

Eh bien, pour en revenir à la question sur laquelle porte le débat actuel, s'est-on toujours préoccupé, dans le diagnostic des chancres successifs, des diverses causes d'erreur que je viens de signaler ? Je ne crains pas de répondre par la négative. En sorte que, nécessairement, des méprises ont dû se produire plus d'une fois en l'espèce et que plus d'une fois on a dû considérer comme chancres successifs des lésions d'un tout autre ordre.

Conclusion : L'étude des chancres successifs est à reprendre sur des faits nouveaux et d'après les notions nouvelles de la science contemporaine.

IV. — Dernier point. — On a dit que, dans les cas où plusieurs chancres se produisent d'une façon successive, « les derniers venus offrent un développement moindre que les premiers en date, ce qui tendrait à démontrer de la part de l'organisme un commencement d'immunité ». Cette vue théorique est loin d'être confirmée par les faits. Exemple : Dans le cas précité de Lesné, relatif à quatre chancres faciaux successifs, celui qui apparut en dernier lieu (douze jours après le premier) se montra au contraire remarquable par des dimensions plus amples et une excavation plus accentuée ; c'était, de tous, le plus grand et le plus creux.

Cependant une distinction ne serait-elle pas à introduire ici entre les chancres successifs qui, nés avant la période d'immunité acquise, ont toute liberté pour se développer suivant le mode usuel, et ceux qui, naissant plus tard, c'est-à-dire à l'époque où l'immunité s'élabore

dans l'organisme, sont destinés par le fait même de la saturation infectieuse, à végéter, à *avorter*, à mourir sur place? Et, dans cette hypothèse, ne serait-ce pas à de tels chancres abortifs qu'il conviendrait de rapporter ces petites lésions érosives qu'on voit parfois se produire au voisinage d'un premier chancre, auxquelles il est impossible d'assigner un caractère quelconque, et que, faute de mieux, on qualifie vaguement d'érosions balanitiques, inflammatoires, herpétiques, etc.?

Je ne fais que poser la question, ne disposant d'aucun élément pour la résoudre.

COMPLICATIONS DU CHANCRE.

Pour la très grande majorité des cas, le chancre syphilitique est une lésion aphlegmasique, froide, indolente, qui n'éveille aucune réaction ni locale, ni moins encore générale, qui n'excite aucune sympathie organique, et qui, somme toute, reste exempte de complications. Parfois cependant il déroge à cette règle, pour aboutir à divers accidents, la plupart sans importance, quelques-uns sérieux ou même graves, dont l'étude doit nous occuper actuellement.

I. — ACCIDENTS INFLAMMATOIRES. — Le chancre syphilitique ne s'enflamme que très exceptionnellement *sponte suâ*. Presque invariablement il n'aboutit à des complications phlegmasiques que s'il y est incité, provoqué par des causes étrangères, à savoir : le plus souvent par des causes locales (défaut de soins et d'hygiène; malpropreté, incurie; — topiques irritants; — cautérisations intempestives; — coït, etc.); — bien plus rarement, par des causes générales, telles que alcoolisme (sous forme ou bien d'alcoolisme chronique, habituel, ou bien d'excès alcooliques actuels), fatigues, surmenage, etc.

Le phimosis, le paraphimosis et la balano-posthite, pour n'être le plus habituellement que des résultats, des effets de l'inflammation du chancre, n'en sont pas moins aptes à lui servir quelquefois de causes. Ainsi, le chancre sous-préputial s'enflamme souvent par le seul fait qu'il est sous-préputial, c'est-à-dire parce qu'il ne peut être pansé, parce qu'il baigne dans les liquides qui stagnent sous le prépuce.

Symptômes. — Quelle que soit la cause dont il dérive, le **chancre enflammé** se présente avec une physionomie quelque peu spéciale et avec divers symptômes surajoutés à ses symptômes propres. Ainsi, il se tuméfie, se boursoufle, s'entoure d'une aréole hyperémique; de plus, il devient douloureux, prurigineux, sensible spontanément et plus sensible encore au palper, à la pression, au lavage. — En outre, il change d'aspect, sa surface devenant d'un rouge ardent, foncé, parfois même livide et vineux, plus rarement pultacé, ou bien d'un brun noirâtre, ou bien encore ecchymotique par îlots. — Il sécrète plus abondamment, et il sécrète un liquide sanieux, roussâtre, strié

de sang. — Enfin, comme nous le verrons, il peut aboutir à la gangrène.

D'autre part, ce chancre enflammé réagit à son tour sur les parties voisines, en y déterminant quelques accidents de même nature, tels que les suivants : œdème inflammatoire des téguments qui se boursoufflent, qui deviennent pâteux et bouffis; — quelquefois, œdème rosé, constituant une nappe inflammatoire qui se répand sur le prépuce et une portion du fourreau; — puis, retentissement inflammatoire sur le système lymphatique, et alors *lymphangite* de voisinage, s'attestant sur les parties latérales ou dorsales de la verge par l'apparition de cordons noueux, de « ficelles », avec renflements moniliformes; — état fluxionnaire des ganglions; — possibilité même d'adénites subaiguës ou aiguës, dont nous aurons à parler plus tard.

Chez l'homme, cet état inflammatoire du chancre a pour conséquences fréquentes, surtout dans ses formes accentuées, trois accidents dont il a été déjà question précédemment, à savoir : le **phimosis**; — la **balano-posthite**, avec déformations variées de la verge (prépuce œdémateux, se contournant « en vrille »; verge en massue, en « battant de cloche », etc.); — et le **paraphimosis**.

Ce dernier accident, à la vérité, est bien moins souvent le résultat direct de l'inflammation du chancre que d'une imprudence commise par le malade. Presque toujours, en effet, il se produit dans les conditions que voici : Un malade, je suppose, était affecté d'un chancre avec phimosis incomplet. Pour examiner ou panser son chancre, il a « forcé » son phimosis et « décalotté »; mais, cela fait, il n'a pu ramener le prépuce sur le gland. Alors, il a laissé les choses en l'état; il a différé, attendu. Puis, le paraphimosis s'est confirmé par tuméfaction du gland semi-étranglé et formation d'un ou de plusieurs bourrelets œdémateux en arrière de la rainure. Finalement, le malade nous arrive avec la verge « coudée en pipe allemande », suivant l'expression consacrée, le gland découvert, relevé, turgide, le prépuce transformé en gros bourrelets qui commencent à s'ulcérer sur le dos de la verge, et tous autres symptômes d'état paraphimosique que je n'ai pas à décrire.

Il va sans dire que ce paraphimosis comporte, quant à lui, les conséquences et les dangers (d'ailleurs rares) de tout paraphimosis, quelle qu'en soit l'origine. Mais à cela s'ajoute, en l'espèce, la réaction qu'il exerce sur le chancre, réaction congestive et inflammatoire. Aussi bien le chancre compliqué de la sorte ne tarde-t-il pas à devenir rouge, vineux, violacé, livide, à s'enflammer, parfois même à se gangrener.

Il va sans dire également que le paraphimosis qui complique un chancre reste susceptible des mêmes interventions que le paraphimosis d'ordre vulgaire, à savoir : bains prolongés, taxis après mouchetures à l'aiguille flambée et après malaxation du prépuce, au besoin