

En dépit de son acuité, cette forme n'en aboutit pas moins à une résolution complète et rapide, si elle est soumise en temps propice à un ensemble de soins convenables. — Au contraire, négligée, abandonnée à son évolution propre, elle devient naturellement susceptible de toutes les conséquences usuelles de l'affection, telles que perforations plus ou moins étendues du prépuce par sphacèle. On a même cité un certain nombre de cas où le processus sphacélique a intéressé une notable portion du prépuce et du gland.

M. Mauriac dit avoir observé « deux ou trois fois en pareille occurrence le sphacèle de toute la verge, dont il ne restait plus qu'un moignon au ras du pubis ». Ce ne sont là, à coup sûr, que des cas absolument exceptionnels.

*Trailement.* — La spécificité d'origine ne modifie en rien le traitement de cette balano-posthite spécifique, qui reste celui de la balano-posthite vulgaire. C'est dire que ce traitement, dont je n'ai à indiquer ici que les grandes lignes, devra consister en ceci :

1° Bains généraux, plus ou moins répétés et plus ou moins prolongés suivant l'intensité des phénomènes inflammatoires. — Dans les cas graves, bains quotidiens, de deux à trois heures.

2° Bains locaux, renouvelés deux ou trois fois par jour, et chaque fois pour une durée de 15 à 20 minutes, dans une décoction tiède de guimauve.

3° Fomentations autour de la verge, avec compresses à demeure imbibées d'eau de guimauve, d'eau blanche, d'eau boriquée.

4° Et surtout, par-dessus tout (car c'est là le moyen héroïque), *irrigations sous-préputiales*. Ces irrigations seront pratiquées à l'aide d'une sonde de caoutchouc rouge (n° 14), introduite sous le prépuce et conduite jusqu'au niveau du cul-de-sac glando-préputial. On y procédera par séries de deux ordres, à savoir :

D'abord, une irrigation simplement détersive (dite vulgairement irrigation *de balayage*), composée d'eau boriquée ou d'eau bouillie. Cette irrigation devra être continuée jusqu'à ce que le liquide de retour sorte limpide de la cavité préputiale.

Puis, immédiatement à la suite de la précédente, une irrigation modificatrice ou médicamenteuse, composée d'un à deux verres à bordeaux d'une solution de nitrate d'argent (1 à 2 grammes pour 100, suivant l'intensité des phénomènes inflammatoires). — Nombre d'autres agents modificateurs ont été proposés, mais nul ne m'a jamais paru valoir le nitrate d'argent comme activité résolutive.

Cette double série d'irrigations sera répétée, suivant les cas, deux ou trois fois par jour. — Dans les cas moyens, deux irrigations médicamenteuses suffiront, l'une pratiquée le matin, et l'autre le soir, avec irrigation simplement détersive au cours de la journée.

A une époque ultérieure, alors que le malade pourra librement découvrir le gland (et cela sans danger d'impossibilité de retour du

prépuce, c'est-à-dire sans risque de paraphimosis), on substituera aux irrigations une méthode tout autre, à savoir le simple *isolement* des surfaces. Cet isolement sera réalisé comme il suit : après lavage et assèchement des parties, aspersion d'une poudre isolante quelconque (oxyde de zinc, sous-nitrate de bismuth, talc, etc.) sur toutes les érosions; — puis, interposition d'une mince lamelle d'ouate entre le gland et le prépuce. — Pansement à renouveler trois fois dans les vingt-quatre heures.

Inutile de dire que ce dernier mode de pansement sera le seul à mettre en œuvre si le malade peut découvrir le gland dès le début.

Quelquefois, aussi, on pourra hâter la cicatrisation par quelques attouchements légers au crayon de nitrate d'argent sur les parties exulcérées, qu'on recouvrira ensuite d'une couche d'ouate.

Repos au lit pour quelques jours, dans les cas un peu intenses.

Enfin, il n'est pas rare que, la guérison faite, le phimosis persiste, en raison d'un certain degré d'épaississement du prépuce et de rigidité de l'anneau inférieur. Mais cela n'est jamais que provisoire. Comme les tissus n'ont pas été entamés et n'ont pas subi de perte de substance, ils finissent toujours par reprendre leur souplesse, de façon à permettre au gland de se découvrir.

## SYPHILIDES ANALES ET PÉRI-ANALES.

Je rapprocherai immédiatement du groupe qui précède les syphilides anales et péri-anales, qui coïncident très fréquemment avec les syphilides génitales et qui même, chez la femme, se confondent souvent avec elles.

Communes dans les deux sexes, mais plus communes notablement chez la femme, elles affectent des sièges divers, à savoir : soit l'anus même; — soit la marge de l'anus; — soit les régions interfessières.

Voyons comment elles se présentent sur ces divers points.

I. — A l'anus, c'est presque exclusivement, chose curieuse, une seule modalité qu'on observe, à savoir la modalité *érosive*. — La papule y est tout à fait exceptionnelle; — la forme hypertrophique y fait absolument défaut; — et la forme ulcéreuse ne s'y rencontre que rarement.

L'érosion secondaire anale peut se montrer à découvert sur un mamelon, sur une saillie de la muqueuse anale. Mais le plus souvent elle reste en ce point *larvée* ou *semi-larvée*. C'est-à-dire que, de deux choses l'une :

Ou bien elle se dérobe complètement à la vue parce qu'elle se réfugie au fond même de l'interstice de deux bourrelets contigus. Dans ce cas, il faut, pour la découvrir, *déplisser* l'anus, et alors on l'aperçoit sous forme d'une érosion allongée, effilée, presque linéaire ou tout au plus large comme un grain d'avoine. Elle est donc essen-

tiellement **fissuraire**, c'est-à-dire identique d'aspect à la fissure anale commune.

Ou bien, plus étendue de surface, elle occupe les parois contiguës de deux mamelons voisins, dans tout ou partie de leur relief. Elle se compose alors de deux segments érosifs ou ulcéreux, lesquels restent adossés et en partie larvés à l'état de repos des parties, mais s'écartent à la façon des feuillets d'un livre lorsqu'on vient à tendre et à déplier la région.

Généralement elle a une teinte d'un rouge vif, purpurin, carminé. Mais, d'autres fois, elle se présente avec une couleur grisâtre, gris jaunâtre; d'autres fois encore, alors qu'elle siège au niveau de veines dilatées, hémorroïdaires, elle prend une teinte livide, bleuâtre, lie de vin, violacée.

Naturellement, elle est sensible, douloureuse, parce qu'elle est irritée et même parfois déchirée par les selles. Les malades ne manquent pas de s'en plaindre. Toutefois, elle n'est jamais que *modérément douloureuse*, surtout par rapport à la fissure spasmodique, laquelle est célèbre par ses atroces angoisses à la suite des selles.

Elle ne guérit qu'au prix d'un traitement topique, qui exige souvent une réelle assiduité de soins, à savoir: aseptie locale; — balnéation; — lotions fréquentes avec liqueur de Labarraque coupée d'eau; — interposition méthodiquement faite (donc faite par une main médicale) d'une légère couche d'ouate entre les parois érosives contiguës et jusqu'au fond de leur sillon terminal. — Prévenir la constipation. — Avoir soin de faire précéder chaque selle d'un lavement huileux, en vue de diluer les matières et d'éviter les déchirures mécaniques au moment de la défécation.

Toutefois, certaines érosions anales de forme fissuraire sont trop *érrhiques* pour supporter les pansements secs, et ne tolèrent que les pansements graisseux. On aura recours contre elles à l'emploi de petites mèches enduites de pommades à l'iodoforme (1 gramme pour 10 grammes de vaseline), au calomel, à l'oxyde de zinc, à la belladone, à l'extrait thébaïque, etc.

Souvent encore on a eu à se louer de cautérisations très légères pratiquées sur le fond du sillon érosif avec la pointe aiguë d'un crayon de nitrate d'argent. — Panser ensuite la lésion avec une petite couche d'ouate hydrophile imbibée d'une solution de cocaïne.

II. — Les **régions péri-anales, périnéale et interfessièr**e constituent de véritables sièges de prédilection pour les syphilides muqueuses, qui pullulent en abondance sur ces divers points et avec toutes leurs formes, depuis l'érosion simple jusqu'aux grosses masses hypertrophiques en macarons, en champignons. Les caractères objectifs de ces lésions sont là exactement identiques à ceux des syphilides génitales, avec lesquelles d'ailleurs, chez la femme, elles se conti-

nent et se confondent fréquemment. Ils nous sont connus par ce qui précède. Je ne ferai donc que relever ici certains de leurs détails régionaux. Ainsi :

Les syphilides muqueuses de la marge de l'anus prennent assez fréquemment l'aspect de longues *fissures*, étroites et effilées, qui se logent dans les plis anaux, au fond même des sillons que déterminent ces plis. Elles sont alors inapparentes à première vue, et il faut, pour les apercevoir, déplier la région.

En d'autres circonstances, la marge de l'anus devient le siège d'une lésion assez singulière. Sous l'influence de l'irritation développée par ces syphilides, le derme et le tissu cellulaire sous-cutané s'hypertrophient, se condensent, s'épaississent. Il en résulte que les plis de l'anus se transforment en de gros bourrelets, durs, résistants, que séparent les uns des autres des sillons fissuraires ou ulcéreux. Cette dernière lésion, d'aspect assez étrange, a reçu le nom d'**hypertrophie radiée** des plis de l'anus.

De même, il arrive parfois que, dans des conditions identiques, le raphé médian du périnée s'hypertrophie et se transforme en une sorte de *crête* antéro-postérieure, saillante de plusieurs millimètres, rougeâtre, d'une consistance très ferme, parfois même d'une véritable dureté cancéroïdienne.

Enfin, il n'est pas impossible que les syphilides interfessièr

se localisent en un point spécial, à savoir sur le trajet de la ligne courbe qui limite l'adossement réciproque des deux fesses. Elles dessinent alors sur chaque fesse un véritable *croissant* rubané à convexité postérieure, mesurant 6, 8, 10 centimètres verticalement sur une largeur de 1 centimètre environ. Très bizarres d'aspect, ces deux croissants tranchent fortement par leur couleur d'un rouge intense sur la peau saine des fesses. Ils sont constitués ou bien par une bande d'intertrigo érosif ou bien par une sorte de ruban papuleux à surface érosive.

DIAGNOSTIC. — **Dermite papulo-érosive pseudo-syphilitique.**

— Au point de vue diagnostique, une seule particularité, mais celle-ci très importante, se présente à relever. Elle a trait à une lésion encore non décrite qui peut simuler d'aspect au plus haut degré les syphilides papulo-érosives péri-anales et à laquelle j'ai donné le nom de *dermite papulo-érosive pseudo-syphilitique*.

Je ne saurais dire encore comment et sous quelle forme débute cette lésion. Toujours est-il qu'à l'état adulte elle est constituée par une nappe papulo-érosive, bourgeonnante, rosée, qui se produit sur la marge de l'anus, en contact ou à légère distance de l'anus.

Cette nappe occupe tout ou partie de la marge anale. Dans un cas, par exemple, elle figurait un croissant qui, situé à la région antérieure de l'anus, mesurait environ 6 à 7 centimètres de l'une à l'autre de ses

cornes, sur une largeur de 2 à 3 centimètres dans le sens antéro-postérieur.

Elle est élevée en plateau, sur une hauteur de 2 à 3 millimètres environ, à cela près de quelques mamelons partiels un peu plus proéminents.

Elle est rosée ou rougeâtre de surface. Son aspect n'est ni arborescent, ni papilliforme à la façon des végétations dites en chou-fleur. C'est celui d'une surface papuleuse, irrégulière, tantôt plane et lisse, tantôt inégale et mamelonnée. On dirait cette production formée par un tissu de bourgeons charnus agminés en nappe et, d'autre part, divisés en îlots par une série de sillons fissuraires, dont la plupart sont radiés et convergents vers l'anus.

Sèche sur quelques points, elle est érosive et suintante sur la plus grande partie de sa surface.

Au toucher, elle n'offre pas de résistance. Elle est même plutôt mollassée et ne donne que la sensation d'un épaissement de tissu.

On peut la dire indolente au palper. Mais, elle donne lieu spontanément à une certaine ardeur locale, avec sensation de brûlure et de démangeaisons, surtout à la suite des selles.

Bref, d'aspect, cette lésion n'est autre qu'une plaque ou une nappe de syphilide papulo-érosive. Sa physiologie est non pas analogue, mais *absolument identique* à celle des syphilides papuleuses de la région péri-anale. Impossible, au premier coup d'œil, comme après mûre analyse des détails objectifs locaux, de ne pas prendre cette lésion pour ce qu'elle n'est pas, à savoir pour une manifestation de syphilis. Tout le monde s'y trompe, et, je ne crains pas de répéter le mot, *il est impossible qu'on n'y soit pas trompé*, de par les signes d'objectivité.

Seuls, les commémoratifs et les éléments du diagnostic rationnel sont capables de redresser l'erreur. A savoir :

D'une part, antécédents d'incurie chronique, de saleté locale habituelle, d'irritations locales fréquemment renouvelées sous forme de cuissons, de démangeaisons, d'érythème, d'intertrigo, etc.

D'autre part, absence absolue de tout antécédent de syphilis soit acquise, soit héréditaire ; — et absence absolue de tout symptôme syphilitique actuel.

Il suit donc de là : 1° que cette lésion ne saurait être rattachée à la syphilis ; — et 2° qu'elle constitue une lésion *vulgaire*, non spécifique, laquelle ne peut être qu'une *dermite* simple, issue de causes banales, issue d'irritations locales, dont la plus habituelle et la plus active semble être la saleté. Et, en effet, dans tous les cas que j'en ai observés, cette lésion s'était produite soit sur des enfants, soit sur des jeunes gens d'une insigne malpropreté habituelle. — Les approches sodomiques peuvent-elles réclamer une part dans l'étiologie de l'affection, en tant que causes d'irritation locale ? C'est à croire rationnellement,

et me semble en avoir eu la preuve dans un cas qui s'est présenté à moi tout récemment.

On comprend l'intérêt médico-légal qui se rattache à cette dermite pseudo-syphilitique, laquelle peut donner lieu à des soupçons divers, notamment à des transmissions de syphilis. Et, en effet, la première fois que je l'ai dépistée, il ne s'agissait rien moins que d'une affaire criminelle, où un détenu était accusé d'attentat à la pudeur sur la personne d'un jeune enfant de huit ans, et cela en raison même d'une lésion de cet ordre, lésion qui avait été considérée comme le témoignage d'une contamination vénérienne (1).

Il est donc d'importance majeure que le médecin enregistre bien cette notion en ses souvenirs, à savoir : *qu'il peut se produire au voisinage de l'anus, spécialement chez les jeunes sujets, une lésion papulo-érosive, absolument syphilitique d'aspect, laquelle cependant n'est en rien syphilitique et ne constitue qu'une affection banale issue de causes banales, étrangères à la syphilis.*

#### SYPHILIDES BUCCO-GUTTURALES.

*Fréquence.* — Sans contradiction possible, ce sont là *les accidents les plus communs de toute la syphilis*. La fréquence en est excessive, énorme. D'une part, en effet, il est bien peu de malades qui, même bien traités, échappent à une ou quelques poussées de plaques muqueuses labiales, linguales ou gutturales. D'autre part, ce sont là des accidents essentiellement sujets à répétition. Et, enfin, il est nombre de malades (les fumeurs spécialement) chez lesquels ils se reproduisent à satiété, non pas seulement pour des mois, mais pour des années.

Nulle parité de fréquence d'un sexe à l'autre. Extraordinairement communes chez l'homme, les plaques muqueuses de la région bucco-gutturale sont infiniment plus rares chez la femme. Et cela pour deux raisons purement locales : 1° parce que la femme a généralement plus soin de sa bouche que l'homme ; — et 2° parce que la femme ne fume pas. — Tout naturellement, donc, les femmes qui fument rentrent dans la loi commune et sont exposées presque au même degré que l'homme aux accidents buccaux de la syphilis. J'ai vu, sur une jeune femme, qui avait contracté en Orient l'habitude ou plutôt l'abus de la cigarette, les syphilides pulluler à la bouche et récidiver incessamment.

*Étiologie.* — Les syphilides buccales peuvent être exclusivement spontanées. On les voit se produire sur des sujets qui ne fument pas

(1) Voy. *Pseudo-syphilis, végétation péri-annale simulant la plaque muqueuse hypertrophique*. Rapports médico-légaux par A. Fournier et Jules Socquet. Paris, 1892, J.-B. Baillière.

Deux autres cas de ce genre, observés dans mon service, ont été présentés plus récemment à la Société de médecine légale par mon interne, M. G. Brouardel (1896).