

gnant le plus qu'on le peut la lame externe. On laisse le frein, ou, s'il est court, on le fend d'un coup de ciseau, et on fixe par quelques points de suture la lame externe au bord de la plaie de la lame interne, dans le sillon coronaire; le prépuce est ainsi complètement enlevé.

d. *Section du prépuce.* — Dans les cas où le prépuce est long et dépasse le gland en forme de trompe, il suffit souvent de sectionner le bord et la partie du prépuce dépassant le gland, puis de réunir la lame interne à la lame externe, pour faire disparaître le phimosis.

### 5. Paraphimosis.

Le paraphimosis est l'opposé du phimosis; le prépuce repoussé en arrière du gland reste pris dans le sillon coronaire et ne peut plus être ramené sur le gland. Ici encore nous retrouvons les mêmes causes que dans le phimosis, c'est-à-dire l'augmentation de volume du gland, l'insuffisance relative ou la diminution d'élasticité du prépuce. Une autre cause seulement s'ajoute à celles-ci. Le prépuce, malgré son étroitesse relative, est rejeté plus ou moins violemment au-dessus du gland, soit par la main, soit par l'action du coït. Le bord du prépuce, qui est toujours la partie la plus étroite, rentre en arrière de la couronne du gland et ne peut plus être ramenée par-dessus. La compression du rebord du gland détermine des troubles dans la circulation, d'où résulte l'engorgement des parties situées en avant. De là d'abord une tuméfaction œdémateuse du gland, à laquelle prend part aussi le feuillet interne du prépuce situé maintenant en avant de la marge préputiale; le feuillet interne se tuméfie alors souvent d'une manière intense et entoure le gland d'un bourrelet en forme de collier. Les causes sont celles que nous avons énumérées pour le phimosis. Toute cause de phimosis à laquelle s'ajoute une rétraction forcée du prépuce engendre un paraphimosis. Le diagnostic de l'affection initiale n'est pas difficile ici, puisque toutes les parties sont accessibles à la vue. Assez souvent un léger degré de phimosis congénital donne lieu à une forme non compliquée de paraphimosis, dû à une simple rétraction d'un prépuce relativement étroit, et connu sous le nom de paraphimosis traumatique. La rétraction peut se produire manuellement, en se lavant, par curiosité, par la masturbation; elle peut être aussi occasionnée par le coït,

l'érection favorisant dans ces cas la production du paraphimosis. Il n'est pas juste d'attribuer à la masturbation tout paraphimosis traumatique.

**Traitement.** — Il faut diriger d'abord le traitement contre l'œdème du feuillet interne qui s'oppose au retrait de la marge du prépuce. On atteint, en général, ce but par une série de ponctions superficielles suivies de l'expression du liquide de l'œdème. Dans les cas récents, on réussit alors à ramener le prépuce sur le gland, en le comprimant et en étendant la marge préputiale. Dans les cas plus anciens, en général, quand le paraphimosis dure depuis plus de trente-six heures, la réduction n'est plus possible parce que la marge du prépuce encastrée est habituellement atteinte de gangrène, par suite de la contre-pression subie, et soudée à la tunique albuginée par la réaction inflammatoire. Si on abandonne ces cas à eux-mêmes, avec un pansement antiseptique et un léger traitement antiphlogostique, la gangrène de la marge préputiale en détermine d'ordinaire le ramollissement complet; elle cède alors à la pression et se détache; la stase disparaît et l'état antérieur se rétablit. Là seulement où il y a encore menace de gangrène du gland, par suite de l'obstacle énergique à la circulation, ou bien quand la gangrène est déjà déclarée, l'opération est indiquée d'une manière absolue. On peut alors inciser la marge du prépuce sur une sonde cannelée et supprimer ainsi l'étranglement. Mais, en pareil cas, il est préférable de faire l'excision de toute la marge préputiale, de réunir par des points de suture le feuillet externe et le feuillet interne et de constituer ainsi un prépuce encore mobile. Par une simple incision la marge du prépuce cède bien, mais elle reste soudée au pénis et par suite le prépuce est pour toujours fixé en arrière du gland sous forme de plis transversaux. Si ces plis sont durs, indurés, il faut pratiquer la circoncision du prépuce paraphimosique.

### 6. Lymphangite.

Toutes les fois qu'une maladie inflammatoire aiguë a son siège dans la sphère du pénis, l'irritation inflammatoire peut envahir les voies lymphatiques et se propager ainsi plus loin. Il se produit d'abord une inflammation aiguë des cordons lymphatiques dont les racines se trouvent dans la région malade. Il en est ainsi en particulier du vais-



seau lymphatique dorsal et des deux vaisseaux latéraux du pénis chez l'homme ; chez la femme, les vaisseaux lymphatiques provenant des lèvres sont très rarement atteints. Chaque fois qu'un processus inflammatoire aigu se développe sur les parties génitales externes ou dans l'urèthre, ces vaisseaux lymphatiques peuvent participer à l'inflammation. Ils apparaissent alors sous forme de cordons cylindriques, dont la grosseur peut atteindre celle d'une plume de corbeau ; ils sont durs, douloureux au toucher et on peut les suivre jusqu'au mont de Vénus, rarement plus loin. La peau qui les recouvre a en général une rougeur inflammatoire et est un peu œdémateuse. Là où le vaisseau lymphatique dorsal se résout en un réseau qui s'accompagne d'un tissu ganglionnaire accessoire, ce réseau se tuméfie aussi et on trouve sur le parcours du cordon cylindrique une nodosité pâteuse, douloureuse. Ces nodosités sont surtout constantes chez l'homme ; on les trouve à un travers de doigt en arrière du sillon coronaire et sur le mont de Vénus. Une urétrite très aiguë, une balanite, un phimosis ou paraphimosis d'origine inflammatoire, des chancres mous donnent naissance à cette lymphangite. L'inflammation n'est d'ordinaire pas très aiguë, aussi y a-t-il résolution. Seulement, dans le cas de chancre mou, l'inflammation est plus aiguë et, par suite, la douleur, habituellement augmentée par les érections, est plus vive. Il en résulte que l'inflammation a moins de tendance à la résolution, mais plus de tendance à la suppuration, et il arrive assez souvent que les nodosités signalées plus haut, correspondant aux réseaux lymphatiques, atteignent, au milieu de symptômes inflammatoires violents, la grosseur d'une noix, adhèrent à la peau, se ramollissent au centre, suppurent, s'ouvrent en dehors, et constituent ainsi de petits abcès qu'on désigne sous le nom de *bubons de Nisbeth*. En général, ces petits bubons guérissent sans autre complication ; cependant ils peuvent aussi occasionner des fistules lymphatiques.

Quant au diagnostic différentiel, la lymphangite inflammatoire aiguë, douloureuse, cylindrique, traversée par quelques grosses nodosités douloureuses, avec tendance à la suppuration, recouverte d'une peau rouge, œdémateuse, diffère essentiellement de la lymphangite noueuse syphilitique qui accompagne les scléroses primaires. Cette dernière est indolente, moniliforme ou semblable à un cordon, non inflammatoire, dure et recouverte d'une peau normale.

**Traitement.**— Au début, il faut prescrire les antiseptiques : repos, compresses froides, frictions avec l'onguent mercuriel. S'il y a de la

suppuration, on a recours au traitement chirurgical : ouverture des petits bubons et traitement antiseptique des abcès.

### 7. Inflammation des ganglions (adénite).

De même que pour l'affection des vaisseaux lymphatiques, l'irritation inflammatoire peut se transmettre par leur intermédiaire jusqu'aux ganglions lymphatiques et y déterminer une inflammation aiguë, avec tendance à la suppuration. Une adénite de ce genre peut s'ajouter à toutes les maladies inflammatoires, elle peut aussi se développer partout où se forment des produits irritants de décomposition et où leur résorption est possible. La lymphadénite aiguë survient donc aussi bien avec une urétrite, une balanite inflammatoire, un phimosis ou paraphimosis qu'avec un chancre mou, des scléroses en voie de désagrégation, des produits de nécrose de la période secondaire, des papules suppurées. Plus la nécrose locale est forte, plus l'adénite qui en résulte est intense, de telle sorte que des chancres mous, des scléroses et des chancres mixtes, des papules en voie de nécrose, sont assez souvent suivis d'adénites qui se développent au milieu de symptômes très aigus et suppurent rapidement et presque infailliblement ; l'intensité du travail de nécrobiose se manifeste aussi par la production d'un pus inoculable, c'est-à-dire d'un pus qui, inoculé au malade ou à d'autres individus, donne lieu à des infiltrations inflammatoires, papules, pustules, ulcères typiques, chancres mous. On désigne habituellement les adénites de ce genre sous le nom d'adénites chancreuses.

Toutes ces variétés d'adénite aiguë se développent par la voie de la circulation lymphatique dans les ganglions qui reçoivent la lymphe de la région affectée primitivement, toujours par conséquent dans le voisinage immédiat de la lésion primitive. Comme celle-ci se trouve d'ordinaire sur les parties génitales, ce sont les ganglions inguinaux qui sont le plus fréquemment atteints. Cependant, si l'affection a son siège en dehors des parties génitales, d'autres ganglions peuvent être envahis, par exemple les ganglions cubitiaux, axillaires, sous-maxillaires. Les vaisseaux lymphatiques ayant un grand nombre d'anastomoses, formant de nombreux plexus et croisements, il ne faut pas s'étonner qu'un ulcère situé par exemple sur le côté droit du pénis, s'accompagne d'une adénite du côté gauche ou inversement, ou encore qu'en pareil cas il se produise une adénite bilatérale.



Des ganglions plus éloignés, des ganglions de second ordre peuvent être atteints à leur tour par résorption des premiers; par exemple, l'affection peut passer des ganglions inguinaux superficiels aux ganglions profonds.

La blennorrhagie, la balanite, le phimosis provoquent rarement une adénite; les chancres mous, les scléroses et papules en voie de nécrose plus fréquemment. Parmi ces trois dernières lésions, le chancre mou occupe le premier rang relativement à la fréquence. En général, l'adénite se développe à l'époque de l'ulcération, rarement à la période de réparation, plus rarement encore après la guérison. Les influences qui irritent la lésion primitive, qui augmentent l'inflammation, telles que l'emploi inopportun des astringents et des caustiques, sous forme d'injections dans la blennorrhagie ou de cautérisations avec le nitrate d'argent pour les chancres mous, les scléroses et papules en voie de nécrose; puis toutes les causes qui facilitent la résorption des produits de nécrose telles qu'un phimosis, une grande négligence et la malpropreté; enfin, les exercices corporels violents, l'équitation, la danse, les longues marches, favorisent le développement d'une adénite.

Celle-ci se manifeste d'abord, dans l'une des régions inguinales, sous forme d'une nodosité de la grosseur d'une noisette; cette nodosité, douloureuse à la pression et par le mouvement, augmente peu à peu, souvent rapidement, de volume, atteint la grosseur d'une noix et au delà, a une forme arrondie ou ovoïde et finalement soulève la peau d'ailleurs normale, mobile, et que l'on peut plisser. Bientôt la peau rougit, tandis que le ganglion, augmenté de volume, présente encore à la palpation une dureté uniforme. Pendant cette période les symptômes inflammatoires peuvent encore diminuer et le retour à l'état normal est encore possible. Dans d'autres cas, habituellement accompagnés de fièvre, le ganglion continue à augmenter de volume, parfois très rapidement. La peau adhère au ganglion, devient rouge; il se forme dans le ganglion un foyer de ramollissement, la peau qui le recouvre s'amincit, finalement se perforé, le pus s'écoule au dehors et on a alors affaire à un abcès entouré de parois infiltrées et enflammées. Après l'ouverture et l'évacuation du pus, cette cavité peut se remplir immédiatement de granulations et se fermer.

Mais dans d'autres cas, en particulier quand un chancre mou est la cause de l'adénite, l'abcès ganglionnaire ouvert peut continuer pendant quelque temps à suppurer, s'étendre en surface et en profondeur. Il peut même, tout comme le chancre mou, s'accompagner

de diverses complications déjà décrites, prendre un caractère phagédénique et diphtéroïde, une marche serpentineuse, amener de grandes pertes de substance et aboutir à une terminaison fatale par la mise à nu et l'érosion des gros vaisseaux de la région inguinale. Chez des individus dont les ganglions lymphatiques étaient déjà malades par suite de scrofuleuse, de syphilis, etc., l'affection n'est d'ordinaire pas limitée à un ganglion; plusieurs sont atteints, le plus souvent tout une pléiade ganglionnaire. Les ganglions isolés, dont l'inflammation prend un caractère plus subaigu, atteignent jusqu'au volume d'un œuf d'oie et forment dans l'aine une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, mamelonnée, inégale, souvent divisée en deux parties, comme étranglée par le ligament de Poupart. L'inflammation gagne le tissu interganglionnaire, en provoque l'infiltration et réunit les ganglions en une grosse tumeur strumeuse. Puis les ganglions forment des foyers multiples de ramollissement qui s'ouvrent au dehors, les uns en face des autres, décollent la peau et donnent lieu à la production de fistules, principalement le long des gaines des vaisseaux et des muscles. Cette suppuration progresse d'une manière subaiguë ou insensible, produit beaucoup de pus très fluide, de mauvaise nature, détermine à la longue des troubles de nutrition, la cachexie du malade dont la nutrition est déjà mauvaise, l'apparition d'une tuberculose jusque-là latente, des pneumonies hypostatiques, des dégénérescences amyloïdes qui peuvent occasionner une terminaison fatale.

**Traitement.** — Tant qu'on ne constate pas de suppuration, on essaye de provoquer la résorption de l'adénite par le repos, les anti-phlogistiques, les compresses froides, les badigeonnages avec la teinture d'iode ou les pommades iodées que j'ai déjà indiquées à plusieurs reprises. S'il y a de la suppuration, il faut transformer l'abcès aussi rapidement et aussi complètement que possible en une plaie ouverte; dans ce but, il faut inciser la peau et enlever toutes les parties décollées. La plaie est ensuite traitée par la méthode antiseptique. Si cette plaie a de la tendance à la nécrose, si elle présente un caractère diphtéroïde, phagédénique, si elle prend une marche serpentineuse, toutes les règles et indications énumérées à propos du traitement des chancres mous et de ses complications sont ici applicables.

Le traitement local par les préparations d'iodoforme, les toniques et la décoction de Zittmann jouent ici un rôle important. Les bains chauds prolongés, le bain continu (Wasserbett), donnent de bons résultats.



tats. En cas de phagédénisme, le goudron plâtré (goudron de hêtre, 10 grammes; sulfate de chaux, 50 grammes), dont on remplit la plaie une fois toutes les vingt-quatre heures, déterge rapidement les parties malades. Dans les bubons strumeux, il faut, en raison de la cachexie, favoriser leur résorption rapide. Le meilleur moyen est d'avoir recours, outre les toniques, à des frictions d'onguent mercuriel. On les fait, suivant l'indication de Köbner et de v. Sigmund, sur les parties de la peau d'où les ganglions lymphatiques malades tirent leur lymphé, par conséquent dans les cas d'adénite inguinale, qui sont les plus fréquents, alternativement sur la peau de la jambe et de la cuisse. Le mercure pénétrant avec la lymphé dans les ganglions malades paraît souvent avoir une influence favorable sur la résorption. Dans les cas où la fluctuation, la suppuration, l'ouverture extérieure et les fistules existent déjà, un traitement chirurgical rigoureux est indiqué. Il faut inciser et drainer les trajets fistuleux, ouvrir les abcès multiples, exciser les lambeaux de peau décollés et nécrosés, enlever les restes des ganglions infiltrés avec la curette, appliquer un pansement antiseptique.

## TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

### A

Acné rosacée, 108.  
 — syphilitique, 63.  
 Adénite, 347.  
 — chancreuse, 349.  
 Adénopathie syphilitique, 1.  
 Albuminurie dans la période d'éruption, 46.  
 Alopécie syphilitique, 86.  
 Angionévroses blennorrhagiques, 427.  
 Angine tonsillaire dans la période d'éruption, 68.  
 Anidrose, 90.  
 Ankylose dans la syphilis articulaire, 219.  
 Antrophores, 300.  
 Anus. Syphilis de l', 128.  
 Apoplexie. Attaque d', 151.  
 Arsenic dans le traitement de la syphilis, 236.  
 Artérite gommeuse, 139.  
 — syphilitique, 97.  
 Arthrite gommeuse, 110.  
 — syphilitique, 117.  
 Articulations. Syphilis des, 44.  
 — Maladie des, dans la période d'éruption, 44.  
 Arzberger. Appareil d' — dans le traitement de la prostatite. 306.

### B

Balanite, 335.  
 — syphilitique, 68.  
 Bartholinite aiguë, 323.  
 — chronique, 324.  
 Bassinets. Inflammation des, 316.  
 Blennorrhagie, 111, 269.  
 — Généralités. Étiologie, 269.  
 — Anatomie pathologique, 272.  
 — de l'homme, 275.  
 — — aiguë, 275.  
 — — chronique, 283.  
 Blennorrhagie et de ses complications chez la femme, 318.  
 — Généralités, 318.

Blennorrhagie uréthrale, 319.  
 — vaginale, 320.  
 Blennorrhagie de la conjonctive, 327.  
 Blennorrhagique. Rhumatisme, 325.  
 Blépharite syphilitique, 157.  
 Böttcher. Cristaux spermatiques de, 308.  
 Bourses séreuses. Syphilis des, 121.  
 Bronches. Syphilis des, 134.  
 Bubons de Nisbeth, 346.

### C

Cachexie syphilitique, 11.  
 Callosité syphilitique, 152.  
 Calomel. Usage interne du, 227.  
 — Injections sous-cutanées et intramusculaires de, 222.  
 Carie syphilitique des os, 116.  
 Cavernite, 302.  
 Cavité buccale. Syphilis de la, 122.  
 Céphalée dans la période d'éruption, 150.  
 Cerveau. Lésions syphilitiques des vaisseaux du, 147.  
 — Affection gommeuse du, 148.  
 — Syphilis du, 146.  
 Chancre vénérien contagieux, 255.  
 — Anatomie pathologique, 261.  
 — Diagnostic différentiel, 262.  
 — diphtéroïde, 260.  
 — Étiologie, 255.  
 — gangreneux, 259.  
 — serpigneux, 260.  
 — phagédénique, 259.  
 — Symptomatologie, 257.  
 — Traitement, 263.  
 Chancre huntérien, 15.  
 — induré, 15.  
 — mixte, 19, 29.  
 — mou, 18.  
 — — Notion bactériologique, infection mixte, 15.  
 Choroïde. Syphilis de la, 173.  
 Choroïdite plastique, 174.  
 Cœur. Syphilis du, 136.  
 Colles. Loi de, 190.