

impossible de ne pas être frappé d'un fait majeur qui la domine et la résume. Ce fait, c'est la *bénignité* du chancre à toutes ses périodes, c'est l'*importance minime* du chancre en tant que lésion, d'un bout à l'autre de sa courte durée.

Et, en effet, qu'est-ce que le chancre à son début ? La plus insignifiante des érosions, une écorchure, une égratignure, un rien.

Qu'est-ce que le chancre plus tard ? Une érosion reposant sur une base épaissie.

Et plus tard encore, à son summum de développement ? Une plaie limitée, en général simplement érosive, indolente, sans tendance à s'étendre non plus qu'à se creuser ; quelque chose comme un herpès élargi ; quelque chose comme le plus superficiel et le plus bénin des traumatismes.

Puis, enfin, cette érosion se répare, se cicatrise. Et tout est dit. C'est là toute la lésion. Le chancre est cela et rien de plus.

Ainsi, cette lésion, loin d'avoir tendance à s'étendre, se limite à des proportions exigües ; — loin de se creuser, reste superficielle, effleurant plutôt qu'entamant les tissus ; — loin de traîner en longueur, se juge avec une rapidité surprenante ; — loin d'être menaçante et rebelle, ne demande qu'à s'effacer, qu'à disparaître, qu'à guérir, et cela, même livrée à son impulsion propre, même en dehors de toute intervention curative.

Cette symptomatologie *anodine*, est bien faite, on en conviendra, pour surprendre, et ne laisse pas de surprendre médecins et malades en bon nombre de cas. On n'est guère disposé, en effet, à admettre théoriquement qu'une grande maladie telle que la syphilis puisse avoir pour exorde un accident d'une telle bénignité. Et tel est cependant le chancre, sinon toujours, au moins dans l'énorme majorité des cas.

BUBON SATELLITE.

L'infection syphilitique primitive, ai-je dit, se compose de deux ordres de lésions, à savoir : 1° le chancre, que nous venons d'étudier ; — 2° des lésions de voisinage, composant ce qu'on pourrait appeler l'irradiation régionale du chancre, se produisant sur le système lymphatique et sur le district de ce système en relation anatomique avec le chancre.

Ces lésions lymphatiques affectent principalement (au point de vue clinique du moins) les ganglions, et, accessoirement, les vaisseaux blancs qui servent de trait d'union entre les ganglions et le chancre.

Toute l'histoire clinique de ces lésions a été tracée de main de maître par Ricord ; c'est là une des belles œuvres de ce grand syphiliographe, dont le nom doit trouver place en tête de ce chapitre.

Le chancre syphilitique retentit pathologiquement sur le ganglion ou sur les ganglions qui sont en relation anatomique avec le département tégumentaire qu'il affecte, et crée là une affection spéciale qui a reçu les noms de bubon primitif, adénopathie primitive, bubon symptomatique, ou, mieux encore, *bubon satellite*.

I. — **Caractère constant du bubon satellite.** — Le premier point à mettre en vedette de cet exposé, est le caractère constant, « fatal » (Ricord), du bubon satellite à la suite du chancre syphilitique.

Ce bubon, en effet, n'est en rien un accident, une éventualité, une complication du chancre ; c'en est, au contraire, un symptôme annexe, nécessaire, obligatoire, *constant*. En cela, tout d'abord, il diffère de tous les autres bubons symptomatiques, qui, suivant les cas, se produisent ou ne se produisent pas et, somme toute, ont la liberté de faire défaut. Lui, il n'a pas la liberté de faire défaut. « Il est le *compagnon fidèle* du chancre ; il l'escorte invariablement, fatalement ; il suit le chancre comme l'ombre suit le corps... *Pas de chancre infectant sans bubon*, voilà ce qu'on peut donner hardiment comme une *loi pathologique* » (Ricord).

Et, en effet, les quelques exceptions prodigieusement rares que l'on pourrait opposer à cette *loi de Ricord* ne feraient que la confirmer par leur rareté même. Certes, on a vu des chancres syphilitiques sans bubon. Ainsi, à n'en citer qu'un exemple, un de mes clients de ville a dû sa syphilis à un chancre typique de la verge qui est resté sûrement indemne de bubon. Ni M. le Dr Tillaux (qui m'a adressé le malade à propos de cette anomalie extraordinaire) ni moi ne sommes jamais parvenus à découvrir sur lui le moindre ganglion inguinal. Mais des cas de cet ordre, combien en pourrait-on citer ? Quelques-uns tout au plus. Pour ma part, j'ai repris à nouveau l'examen de la question, et je suis en mesure de dire que, sur 5.000 malades de la ville affectés de chancres de toutes régions, je n'ai vu le bubon primitif faire défaut qu'en *trois cas*. Un symptôme qui ne fait défaut que trois fois sur 5.000 cas est bien certes de l'ordre de ceux qu'en clinique il n'y a guère exagération à qualifier de *constants*.

D'ailleurs, l'absence du bubon ne pourrait-elle pas être explicable, au moins pour certains cas, par l'absence ou l'ectopie d'un département du système lymphatique ? Des anomalies de ce genre ont été, paraît-il, observées quelquefois dans ce système. Un savant anatomiste, M. le Dr Poirier, m'a dit en avoir recueilli quelques exemples et m'a communiqué la relation d'un cas où les ganglions inguinaux superficiels étaient, d'un côté, réduits à deux, et, de l'autre, faisaient absolument défaut (1).

(1) Voici un extrait de la note que M. le Dr Poirier a bien voulu me remettre sur ce cas éminemment curieux :

« Sur un sujet mâle, âgé de 62 ans, très gras, j'ai constaté l'absence des ganglions

II. — **Siège.** — Où se produit le bubon symptomatique du chancre ? Réponse catégorique : Là où se rendent les lymphatiques de la région occupée par le chancre, c'est-à-dire dans les ganglions qui sont les aboutissants anatomiques du département cutané qu'affecte le chancre ; — et là seulement, jamais ailleurs.

Exemples : Si le chancre réside aux parties génitales, ce sont les ganglions inguinaux qui se prennent, tous les autres, comme ceux de l'aisselle ou du cou, restant indemnes. — S'il réside aux lèvres, ce sont les ganglions sous-maxillaires qui s'affectent, ceux de toute autre région restant indemnes. — S'il siège au sein, ce sont les ganglions axillaires qui seuls sont intéressés ; — et ainsi de suite.

Il y a grand intérêt pour la pratique à être renseigné d'une façon exacte, anatomique, sur le siège du bubon par rapport aux différentes localisations que peut affecter le chancre. Le tableau suivant renseignera le lecteur à ce propos :

SIÈGE DU CHANCRE :	BUBON CORRESPONDANT :
Chancres génitaux (c'est-à-dire chancres des grandes lèvres, des petites lèvres, de la fourchette, du méat urinaire, de l'urèthre, de l'entrée du vagin, etc.)...	Ganglions inguinaux.
Chancres péri-génitaux (chancres du périnée, des régions génito-crurales, du mont de Vénus, de la cuisse, des fesses, etc.)	Ganglions inguinaux.
Chancres de l'anus, de la marge de l'anus.	Ganglions inguinaux.
Chancres des lèvres et du menton.....	Ganglions sous-maxillaires.
Chancres de la langue.....	Ganglions sus-hyoïdiens.
Chancres des paupières.....	Ganglion pré-auriculaire.
Chancres des doigts.....	Ganglion épitrochléen. — Ganglions axillaires.
Chancres du bras.....	Ganglions axillaires.
Chancres du sein.....	Ganglions axillaires (quelquefois ganglions sous-pectoraux).
Chancres du col utérin.....	Ganglions pelviens (théoriquement). — En général, rien dans les aines. Exceptionnellement, bubon inguinal (1).

lymphatiques superficiels de l'aine gauche. — J'avais fait transporter dans mon laboratoire ce sujet, qui avait servi aux exercices de médecine opératoire, pour disséquer une hernie crurale volumineuse dont il était porteur. En disséquant la couche superficielle, je fus étonné de ne point rencontrer les ganglions lymphatiques dont la présence est constante dans la région. Mon attention étant appelée de ce côté, j'étendis ma dissection des couches superficielles à toute la région ilio-inguinale ; et cela sans trouver trace de ganglions. Comme la peau était doublée d'un pannicule graisseux fort épais, je cherchai avec soin dans l'épaisseur de ce pannicule sans pouvoir découvrir un seul de ces petits corps ovoïdes, rougeâtres, qui représentent les ganglions lymphatiques... Par contre, le groupe ganglionnaire profond, occupant le tiers interne de la gaine fémorale-vasculaire (vrai canal crural) était bien développé... Du côté droit, je trouvai seulement deux petits ganglions dans le pannicule graisseux sous-cutané, vers l'angle interne et supérieur du triangle de Scarpa. — ... Je note que la ligature de l'artère fémorale n'avait pas été faite à gauche, ce qui répond à l'objection que des ganglions superficiels auraient pu être enlevés au cours de l'opération... » (Dr Poirier.)

(1) Ce tableau sera complété dans le chapitre relatif aux chancres extra-génitaux.

Quelques remarques, dont l'une fort importante, relativement au bubon symptomatique du chancre de la verge.

1° Le bubon symptomatique des chancres de la verge peut être ou *simple* ou *double*, c'est-à-dire affecter exclusivement les ganglions inguinaux d'un côté du corps ou bien intéresser à la fois les ganglions des deux aines.

2° Mais, pour la très grande majorité des cas, il est *double*, et cela alors même qu'il correspond à un chancre unique et latéral.

Qu'il soit double avec plusieurs chancres affectant les deux moitiés latérales de la verge ou bien avec un chancre médian, rien que de naturel à cela, les lymphatiques droits de la verge se rendant aux ganglions droits et les gauches aux ganglions gauches. Mais, qu'il soit double — et il l'est presque toujours — avec un chancre unique et latéral, il y a là, au premier abord, matière à surprise, surtout relativement à ce qu'on observe pour les bubons d'autres sièges. Le fait cependant trouve son explication dans l'anastomose et l'entre-croisement des lymphatiques sur la ligne médiane.

3° Quand le bubon est unilatéral, généralement alors il est *direct*, c'est-à-dire qu'il siège du même côté que le chancre.

Exceptionnellement, il est *alterne* ou *croisé*, c'est-à-dire situé du côté opposé à celui du chancre. Exemple : chancre droit et bubon gauche, ou bien chancre gauche et bubon droit. — Affaire, encore, d'entre-croisement de lymphatiques.

4° Enfin, lorsque deux bubons inguinaux correspondent à un chancre unique et latéral, ils sont le plus souvent inégaux comme volume, et alors le bubon direct est généralement plus développé que le bubon alterne. — Toutefois ils peuvent être sensiblement égaux, et même c'est quelquefois le bubon alterne qui se montre prédominant.

III. — **Adénopathie centripète.** — On professait autrefois que « le retentissement du chancre s'arrête au premier ganglion ou au premier groupe ganglionnaire que les lymphatiques issus du chancre rencontrent sur leur parcours ». Plusieurs faits que j'ai observés m'autorisent à contredire cette proposition, tout au moins en tant que règle générale. Cinq fois, en effet, sur des sujets morts de maladies intercurrentes au début de syphilis d'origine génitale, j'ai trouvé des ganglions formellement intéressés AU DELÀ des pléiades inguinales. Dans l'un de ces cas, il existait au-dessus de l'arcade crurale une véritable *pléiade iliaque*, composée de six ganglions étagés le long des vaisseaux iliaques. Dans un autre, deux grosses pléiades inguinales étaient surmontées par deux pléiades iliaques, composées l'une de cinq et l'autre de six ganglions. De chaque côté, deux de ces ganglions iliaques étaient comparables, comme dimensions, à de belles noisettes, voire, pour l'un, à une châtaigne. En outre, supérieurement, se trouvaient sur le côté droit de l'aorte, un peu au-dessus de sa bifurca-

tion, deux ganglions superposés et contigus dont l'ensemble figurait le volume d'un abricot (1).

D'autre part et d'une façon bien plus fréquente, j'ai constaté sur nombre de malades une série de ganglions affectés d'une façon plus ou moins intense au delà du bubon satellite, dans le sens du courant lymphatique centripète. C'est ainsi que, sur un de mes malades affecté d'un chancre de la paupière supérieure, on trouvait, d'une part, un ganglion préauriculaire (bubon normal), puis, d'autre part, un second ganglion au niveau de la région parotidienne, et, en outre, quatre autres ganglions échelonnés le long du cou, depuis l'angle de la mâchoire jusqu'au voisinage de la clavicule.

Certainement, donc, la réaction du chancre sur le système lymphatique ne se limite pas toujours au premier ganglion ou au premier groupe ganglionnaire. Elle peut se propager plus avant, et cela dans le sens de la circulation centripète. Reste même à savoir si cela ne serait pas la règle.

Soit dit incidemment, est-ce de la sorte, à savoir par la voie lymphatique, que se propagerait de proche en proche, étape par étape, l'infection spécifique? Les faits précédents pourraient donner lieu de le soupçonner. Mais je pose simplement la question, sans avoir la prétention de la résoudre.

IV. — **Échéance d'apparition.** — A quelle époque le bubon satellite commence-t-il à poindre et à devenir *cliniquement* appréciable? — Quelquefois dans les derniers jours du premier septénaire qui suit l'apparition du chancre, et, plus souvent, dans les premiers jours du second. Rarement il se montre un peu plus tardif.

Notons toutefois que cesdites échéances n'ont trait qu'à l'époque où le bubon devient cliniquement appréciable. Donc, en réalité, il est plus précoce, car, forcément, il n'est appréciable qu'un certain temps après son début même. Quant à la date exacte de son exorde réel, bien entendu, elle nous échappe.

Somme toute, on peut dire que la constitution du bubon suit de très près l'apparition du chancre.

SYMPTOMES

A Ricord revient le mérite d'avoir saisi et merveilleusement indiqué le véritable esprit du bubon satellite, en signalant ce bubon pour l'une des adénopathies les moins inflammatoires, les moins

(1) Par une regrettable erreur de dissection, l'aorte avait été coupée à ce niveau; de sorte qu'on n'a pu savoir si le chapelet ganglionnaire se continuait au delà.

Les trois autres pièces anatomiques auxquelles j'ai fait allusion ont été décrites par l'un de mes internes, M. Clermont. (V. mes *Leçons cliniques sur la syphilis chez la femme*, 2^e édit., p. 164.)

importantes comme accidents, les plus pauvres en complications, au total les plus bénignes. Tel est bien, en effet, ce bubon.

Quatre attributs en composent la caractéristique usuelle :

1^o C'est une adénopathie tout au plus moyenne comme développement;

2^o C'est une adénopathie aphlegmasique, froide, indolente;

3^o C'est une adénopathie dure;

4^o C'est une adénopathie le plus habituellement polyganglionnaire.

Si nous ajoutons que c'est une adénopathie d'évolution lente et une adénopathie spontanément résolutive, nous aurons renfermé dans ces quelques mots toute la symptomatologie habituelle de ce bubon satellite.

Légitimons par quelques commentaires les différents traits de ce tableau :

I. — C'est une adénopathie *tout au plus moyenne comme développement*. — Règle presque générale, en effet, les ganglions affectés par le chancre ne dépassent guère les dimensions d'une noisette, d'une olive, d'une demi-noix au plus. Il est rare qu'ils atteignent un volume plus considérable.

Or, à ce point de vue, constatons tout d'abord un contraste frappant entre le bubon satellite et nombre de bubons d'un autre ordre, tels, par exemple, que :

L'adénite simple, qui, dans l'aîne, prend habituellement le volume d'une noix, voire d'un œuf ou d'un citron;

L'adénite du chancre mou, laquelle affecte des proportions au moins égales à celles de l'adénite purement inflammatoire;

Le bubon du *cancer*, souvent considérable;

Le bubon *strumeux*, qui constitue communément dans l'aîne des tumeurs énormes, occupant non pas seulement la région inguinale, mais, en outre, la fosse iliaque;

Le bubon de l'*adénie*, susceptible de proportions colossales, etc.

Donc, rien que par les proportions moyennes de son développement, le bubon du chancre syphilitique se différencie de nombre d'autres variétés de bubons.

II. — C'est une *adénopathie aphlegmasique, froide, donc indolente*. — Absence absolue de toute réaction inflammatoire, voilà le caractère majeur, distinctif, propre, du bubon satellite, qui se produit à la façon non pas d'une adénite, mais d'une intumescence ganglionnaire passive. Ce caractère se traduit en clinique par les divers signes suivants :

1^o *Conservation de la couleur normale des téguments* à la surface du bubon; de sorte que rien, objectivement, ne trahit le bubon. Donc, pas de rougeur locale, non plus du reste que d'élévation locale de température.

2° *Indolence*. — Ce bubon naît, se développe, évolue et se termine sans douleur. D'une part, il n'est pas sensible spontanément; il ne donne lieu à aucun élançement, à aucune sensation pénible, à aucune gêne dans les mouvements; il n'est pas senti; il est pour le malade comme s'il n'était pas. D'autre part, il n'est pas sensible au palper, à la pression. On peut l'explorer à l'aise, le palper, le presser, sans éveiller la moindre souffrance.

Quelle différence avec ce qu'est l'adénite vulgaire, avec ce qu'est notamment le bubon du chancre simple! Avec une adénite vulgaire, avec le bubon d'un chancre simple, le malade souffre, se plaint, ne peut marcher, est forcé de prendre le lit, etc. Avec le bubon satellite, le malade va, vient, marche, court, danse, et ne s'aperçoit de rien.

Aussi bien, ce bubon, si remarquablement indolent, peut-il rester ignoré du malade, et ignoré tout simplement parce qu'il n'est pas senti, parce qu'il ne s'atteste ni par douleur, ni par aucun trouble fonctionnel. Couramment en pratique il nous arrive de montrer à nos clients des adénopathies de ce genre auxquelles ils n'avaient pas pris garde; et, quand nous leur mettons le doigt dessus: « C'est étonnant, disent-ils, je n'avais rien senti là, je ne m'étais aperçu de rien. »

Loin de moi l'intention de prétendre que cette indolence soit un attribut pathognomonique de la variété d'adénopathie que nous étudions en ce moment. Il est, en effet, d'autres bubons indolents (exemples: celui du cancroïde, celui du cancer, celui de l'adénie, celui même de la scrofule). Mais ce caractère n'en est pas moins précieux, et précieux en l'espèce surtout par ce fait qu'il constitue un des signes les plus importants pour le diagnostic différentiel du chancre infectant et du chancre simple.

3° *Indépendance et mobilité de la glande affectée*. — Ceci demande explication. En pathologie commune, lorsqu'une glande s'enflamme, elle ne tarde pas à s'entourer d'un engorgement diffus de voisinage. De plus, si cette glande est superficielle, la peau qui la recouvre lui adhère bientôt par l'intermédiaire du tissu cellulaire phlegmasié et semble faire corps avec elle, s'immobiliser sur elle. Et, enfin, si plusieurs glandes voisines viennent à être affectées de la sorte simultanément, on les voit se souder ensemble et se fondre en une seule masse qu'englobe l'empâtement circonvoisin. — Or, rien de semblable ne se produit dans le bubon symptomatique du chancre infectant. D'abord, le ganglion tuméfié ne s'entoure pas d'une atmosphère d'engorgement périphérique; les tissus ambiants restent ce qu'ils étaient au préalable, ce qu'ils sont normalement. — De plus, ce ganglion ne contracte, ni avec les parties qui l'entourent, ni avec la peau qui le recouvre, aucune adhérence morbide; il glisse librement sur ces parties, de même que la peau glisse librement sur lui. Il reste donc indépendant, mobile. — Et, en troisième lieu, lorsque

(ce qui est le cas usuel en l'espèce) plusieurs glandes de la même région s'engorgent côte à côte sous l'influence du chancre, ces glandes, au lieu de se souder ensemble, de se réunir en un seul bloc, restent distinctes les unes des autres et composent autant de petites tumeurs isolées, qui figurent sous la peau comme les grains d'un chapelet.

4° C'est une adénopathie dure. — Caractère mineur, à coup sûr, par rapport au précédent, mais ayant bien son prix.

Il consiste en ceci: dureté particulière de la glande affectée. Cette glande n'est pas seulement ferme sous le doigt; elle présente une rénitence singulière, calleuse, quelquefois chondroïde; elle ne se laisse pas déprimer, pénétrer par le doigt qui l'explore; elle lui résiste par une sorte de dureté propre. Ricord, qui avait toujours le mot spirituel et descriptif, a dit à ce propos: « La dureté de ce bubon, c'est l'induration du chancre transportée dans le ganglion. »

Il s'en faut que, dans tous les cas, on perçoive distinctement cette rénitence spéciale. Mais, quand on la perçoit, c'est un signe et un bon signe, dont le diagnostic peut tirer profit.

5° Enfin, c'est une adénopathie très habituellement polyganglionnaire. — C'est-à-dire qu'au lieu de trouver au voisinage de ce chancre un seul ganglion affecté de la façon que je viens de spécifier, on en trouve généralement plusieurs; plusieurs, depuis deux jusqu'à quatre, cinq, six, et même davantage en certains cas.

Cette multiplicité des glandes affectées par le chancre ne s'observe, bien entendu, que dans les régions riches en ganglions (l'aîne, par exemple); et, nécessairement aussi, elle fait défaut dans les régions où un seul ganglion sert d'aboutissant exclusif à un département tégumentaire.

Mais, les chancres génitaux étant de beaucoup les plus nombreux (dans la proportion de 90 à 93 pour 100), il suit de là que, pour l'énorme majorité des cas, le bubon primitif de la syphilis se trouve être polyganglionnaire.

Eh bien, lorsque plusieurs ganglions voisins sont influencés de la sorte par le chancre, ils composent ce que Ricord a très heureusement qualifié du nom de PLÉIADE et ce que, par un juste hommage pour le maître, on appelle aujourd'hui la **pléiade de Ricord**.

La pléiade de Ricord est donc un groupe, une grappe, un chapelet de ganglions voisins, tous affectés comme je viens de le dire, c'est-à-dire tous moyens de volume; — aphlegmasiques; — indolents; — durs; — indépendants les uns des autres; — non moins indépendants soit de la peau qui les recouvre, soit des tissus sous-jacents; — par conséquent, libres et mobiles sous le doigt, en sorte qu'avec le doigt on parvient aisément à les circonscrire, à les compter, à les faire rouler sous les téguments.

Et même telle est, en général, leur indolence, telle est leur indé-

pendance réciproque, telle est aussi leur mobilité singulière, qu'on a pu les comparer « à des corps étrangers sous-cutanés, à un groupe de noisettes introduites sous la peau ».

Tous les ganglions qui composent cette pléiade ne sont pas égaux en volume. Il en est de gros, et il en est de petits relativement. Presque toujours aussi, comme l'a très bien signalé Ricord, il en est un notablement plus développé que les autres. C'est celui auquel aboutissent directement la plupart des lymphatiques provenant du département cutané ou muqueux affecté par le chancre. On l'appelle le ganglion *direct* ou le ganglion *anatomique* de la pléiade.

La pléiade se rencontre partout où normalement existe un certain groupement ganglionnaire. Mais nulle part on ne la trouve plus développée et plus facilement accessible à l'examen qu'à l'aîne ou plutôt dans les aînes (car elle est généralement bilatérale, avec ou sans prédominance pour l'une d'elles).

De combien de ganglions se compose cette pléiade inguinale? — Distinguons. La pléiade *clinique*, j'entends celle qu'on perçoit sur le vivant, est constituée le plus souvent par trois, quatre, cinq ganglions plus ou moins développés, gros comme de petites noisettes en moyenne, au pourtour desquels un toucher attentif permet quelquefois d'isoler un, deux, trois autres ganglions moindres, comparables à des pois. — Mais plus riche est la pléiade *anatomique*, celle que met à nu la dissection, et cela, tout naturellement, parce que le bistouri découvre des ganglions que le doigt ne peut atteindre. Une pléiade inguinale, que j'ai disséquée sur une femme morte au début de la syphilis, ne comptait pas moins de onze ganglions étagés en séries verticales le long des vaisseaux fémoraux qu'ils débordaient en dedans et en dehors (1). — Et cela, sans préjudice des pléiades iliaques que, cinq fois sur cinq cas, j'ai toujours vues coïncider avec la pléiade inguinale.

Cette modalité *polyganglionnaire* mérite toute l'attention du clinicien. Par cette particularité seule (sans parler des autres) le bubon primitif de la syphilis se différencie radicalement et de l'adénite inflammatoire commune, laquelle n'intéresse en général qu'un ganglion ou bien, au cas contraire, réunit en une seule masse tous les ganglions qu'elle affecte; — et du bubon symptomatique du chancre simple, presque toujours monoganglionnaire; — et du bubon strumeux qui, polyganglionnaire de fait, ne constitue en apparence qu'une tumeur unique, parce qu'il englobe et confond en un seul bloc toutes les glandes qui le composent, etc.

De par ses attributs cliniques que nous lui avons assignés (attributs d'indolence, d'état aphlegmasique, de dureté, de mobilité, d'indépendance réciproque des ganglions), etc., la *pléiade* constitue certes un

(1) Voy. mes *Leçons sur la syphilis chez la femme*, 2^e édit., p. 165.

des meilleurs signes de l'infection syphilitique primitive. C'est un signe *pratique* d'un secours énorme pour le diagnostic, un signe qui fournit les indications séméiologiques les plus sûres, les plus précieuses.

Tel est le bubon adulte, à l'époque de son complet développement. Voyons maintenant quels en sont les caractères d'évolution.

Évolution. — I. — Au point de vue de son évolution, c'est, d'abord, une *adénopathie de processus lent* et une *adénopathie longuement persistante*. — Après avoir atteint son apogée, elle reste ce qu'elle est pour un temps variable, mais toujours assez long, quelques semaines au minimum, deux mois en moyenne, quelquefois même trois, quatre et cinq mois. De sorte que, règle absolue, *elle survit au chancre* et coexiste avec les premières poussées secondaires. — Puis, au delà, elle diminue, mais *lentement*, très lentement; si bien qu'il n'est pas rare, qu'il est habituel même de la rencontrer encore (mais, bien entendu, à des degrés de plus en plus atténués) dans le quatrième, le cinquième, le sixième mois de la maladie, voire au delà.

A cet égard, contraste formel entre le bubon du chancre syphilitique et certaines autres adénopathies. Quelle différence, par exemple, entre ce bubon si persistant et l'adénite vulgaire si fugace, si hâtive dans son évolution, si rapidement résolutive! Quelle différence entre ce bubon et l'adénite du chancre simple, essentiellement aiguë et transitoire, du moins dans ses formes les plus communes!

II. — C'est une *adénopathie spontanément résolutive*. — Abandonnée à son évolution propre et (notons ceci pour la question du traitement que nous aurons à discuter plus tard) sans le secours du moindre remède, elle se résorbe, se résout, disparaît.

Et comment se fait cette résolution? Le plus simplement du monde. Sans autres phénomènes, sans incidents nouveaux, les ganglions affectés diminuent de volume, s'amointrissent, perdent leur dureté morbide, reviennent peu à peu à leurs conditions normales, puis disparaissent.

Et c'est tout; c'en est fait ainsi du bubon, qui meurt de la sorte comme il est né et comme il a vécu, sous forme d'une lésion indolente, aphlegmasique, insensible, souvent même, je le répète, latente et ignorée.

De tout ce qui précède ressort en pleine lumière le caractère majeur, prédominant, du bubon satellite, à savoir l'*aphlegmasie*. Ce bubon, donc, est bien moins une adénite qu'une adénopathie plastique, qu'un infiltrat ganglionnaire.

Suit de là, comme corollaire naturel, un grand fait clinique, à savoir: que l'accident qui constitue un aboutissant possible des adénites de tout genre et, en particulier, un aboutissant commun de