

l'adénite du chancre mou, c'est-à-dire la suppuration, l'abcès, est pour le bubon syphilitique une terminaison absolument exceptionnelle.

Livré à lui-même, non excité par des provocations étrangères, non sollicité par des influences diathésiques, le bubon du chancre syphilitique *ne suppure jamais*.

C'est là ce qu'a dit Ricord le premier, et c'est là ce qu'après lui ont répété tous les syphiliographes.

Les statistiques sont formelles à ce propos. Pour 500 chancres syphilitiques de tout siège observés à l'hôpital, je n'ai rencontré que 8 cas de bubon suppuré. Proportion 1,6 pour 100. — Pour 500 chancres syphilitiques de tout siège observés en ville, je n'ai observé que 3 cas de bubon suppuré. Proportion : 0,6 pour 100. — Et, dans tous les cas où j'ai vu la suppuration se produire, toujours (ou bien peu s'en faut) elle a été explicable par l'addition au chancre soit de complications diverses, soit de quelqu'une de ces causes d'irritation banale ou de prédisposition diathésique dont j'aurai à parler plus loin.

Donc, la proposition de Ricord est absolument vraie et aussi formellement que possible confirmée par l'expérience. — Rien d'étonnant du reste à ce que le bubon symptomatique du chancre syphilitique ne suppure pas. Puisque ce bubon est une adénopathie essentiellement froide et aphlegmasique, il ne saurait aboutir à la suppuration, laquelle est à la fois l'expression ultime et le terme le plus élevé du processus inflammatoire.

De là encore cet autre enseignement très essentiel pour la pratique, à savoir : que l'existence d'un bubon suppuré dans les antécédents d'un malade, bien loin (comme on l'a longtemps admis) d'attester une syphilis antérieure, témoigne au contraire énergiquement *contre* elle. Si, à propos d'un chancre, il s'est produit une suppuration ganglionnaire, il y a tout lieu de croire, il y a 98 à parier contre 2 que ce chancre n'était pas de nature syphilitique. Nos malades nous disent quelquefois : « J'ai eu la vérole, puisque j'ai eu un bubon qui a suppuré. » A cela, inversement, nous sommes autorisés à répondre : « Il y a toute chance pour que vous n'ayez pas eu la vérole (de par ce bubon toutefois), puisque ce bubon a suppuré. » Car, sinon jamais, du moins *presque jamais* la vérole ne produit de bubon qui suppure.

VARIÉTÉS.

Ce qui précède constitue la symptomatologie du bubon dans son type le plus usuel. Bien rarement (pas plus d'une fois sur trente, d'après ma statistique) il s'écarte de ce type. Cependant il y déroge quelquefois, et les modifications qu'il subit alors constituent des *variétés*, que nous pouvons grouper sous les cinq chefs suivants :

I. — **Variétés de développement.** — **Adénopathie faible ; adénopathie forte.** — Deux ordres de cas précisément inverses s'observent en clinique. Ainsi :

1° Le bubon peut ne s'accuser que faiblement, médiocrement, ne consister qu'en une tuméfaction ganglionnaire de volume peu considérable, voire presque minime. Ainsi, j'ai vu, sur un de mes clients, un chancre de la verge ne s'accompagner que d'un seul ganglion à peine gros comme une petite olive. — Sur un sujet de soixante-deux ans (l'âge avait-il en l'espèce quelque influence ?), un chancre de la langue est resté douteux jusqu'à l'invasion secondaire en raison de l'insuffisance de l'adénopathie symptomatique.

On peut dire que chez la femme le bubon satellite est bien moins accentué que chez l'homme. Cela est contraire aux prévisions de la théorie, les tendances au lymphatisme étant bien plus usuelles dans le sexe féminin que dans le nôtre.

2° Inversement (et ceci est plus commun), l'intumescence ganglionnaire dépasse parfois les proportions que nous lui avons assignées comme moyennes. Il est de *gros bubons*, que l'on voit aussi bien qu'on les sent, composés soit de glandes isolées presque comparables à des prunes, soit de glandes qui, réunies, soudées, « conglomérées », forment une tumeur unique égalant le volume d'un œuf de poule.

Incidentement, notons à ce propos qu'il n'est pas de relation fixe entre le chancre et le bubon. Si parfois on observe un bubon volumineux avec un chancre assez large ou fortement induré, parfois aussi on rencontre un bubon moyen ou petit avec un chancre dépassant la moyenne comme étendue et comme induration, ou inversement. Rien de régulier à cet égard.

II. — **Bubon congloméré.** — Quand le bubon est polyganglionnaire, les ganglions qui composent la pléiade *ne sont pas toujours isolés et indépendants*. Parfois ils se groupent, deviennent cohérents et semblent se fondre en une seule masse. Ils forment alors une tumeur unique (mais composée), plus ou moins volumineuse, qui fait dans l'aîne une saillie marquée, globuleuse, ovoïde, à grand axe parallèle au pli de la cuisse. C'est là ce qu'on appelle le bubon *congloméré*.

M. Bassereau, qui a eu l'occasion de disséquer quelques-uns de ces bubons à tumeur unique, les a trouvés constitués par des ganglions cohérents, que réunissaient les uns aux autres de gros vaisseaux lymphatiques indurés et des couches épaisses de tissu cellulaire.

III. — **Bubon syphilo-strumeux.** — Analogue au précédent dans les premiers stades de son développement (c'est pour cela que je l'en rapproche), mais très différent de nature et de terminaison. — Se produisant d'une façon exclusive chez les sujets à tempérament lymphatique, à constitution débilitée, à tendance scrofuleuse. — Cons-

tituant, somme toute, une manifestation scrofuleuse greffée sur une lésion spécifique, métissage morbide que Ricord qualifiait du nom de *scrofulate de vérole*.

Quand il dégénère de la sorte, le bubon satellite perd ses caractères pour prendre ceux de l'engorgement strumeux. Les ganglions augmentent de volume; ils se réunissent, ils se soudent les uns aux autres et deviennent cohérents, de façon à ne plus constituer qu'une seule masse; de plus ils contractent adhérence avec le tissu cellulaire périphérique et même avec la peau qui s'immobilise à leur surface. La dureté spécifique fait place alors à un empatement diffus. Plus tard, la tumeur devient mollesse, fongueuse, se ramollit et suppure, en suivant l'évolution propre aux engorgements ganglionnaires de la scrofule.

IV. — **Bubon inflammatoire.** — D'autres fois, le bubon déroge à ses habitudes d'aphlegmasie et d'indolence, pour prendre les caractères d'une adénite subaiguë. Cela ne se produit guère que sous l'influence soit de causes d'irritation surajoutées (marche, fatigues, excès, malpropreté, absence de pansements ou pansements irritants, cautérisations, excitation du chancre par urine ou matières fécales, etc., etc.), soit de coïncidences morbides (urétrite, vulvite, balano-posthite, phimosis, paraphimosis, etc.). — Notons cependant qu'il est certains sièges où, pour des causes difficiles à déterminer, le bubon satellite paraît plus disposé qu'ailleurs à s'enflammer. Comme exemple, je citerai le bubon sous-maxillaire qui, symptomatique des chancres des lèvres ou de la cavité buccale, se présente assez fréquemment avec les allures d'une adénite vraie, à processus subaigu. Doit-il cette particularité à une infection secondaire provenant des microbes de la bouche? On le suppose, sans en avoir encore établi la preuve.

Le plus souvent, et de beaucoup, cette tendance inflammatoire n'est qu'une menace, un feu de paille qui tombe tout aussitôt. Généralement en effet, il suffit de quelques très simples soins (repos, bains, cataplasmes émollients, hygiène appropriée, etc.) pour que le processus phlegmasique s'apaise, disparaisse, et que le bubon reprenne son caractère usuel.

V. — **Bubon suppuré.** — Quelquefois cependant, mais d'une façon très rare que j'ai évaluée numériquement dans ce qui précède, ce bubon aboutit à suppuration et forme un *abcès*.

Cet abcès a les symptômes et l'évolution d'un abcès ganglionnaire banal, de celui, par exemple, qui succède à une adénite simple. Il s'ouvre ou est ouvert par la main du médecin, s'évacue, puis se ferme. Et tout est dit. Rien autre, rien de plus ne se manifeste.

Donc, le bubon satellite qui suppure reste assimilable de fait à l'adénite vulgaire abcédée et ne comporte aucun autre caractère, aucune autre complication spéciale.

Et, détail négatif particulièrement essentiel à spécifier, jamais ce bubon ne suppure à la façon de certains bubons qui, après avoir constitué une collection et après s'être ouverts, s'ulcèrent largement, se creusent, sécrètent un pus qui s'inocule aux parties saines, et se convertissent finalement en un clapier chancreux, lequel tend à persister ou même parfois à envahir par ulcération de proche en proche une vaste étendue des tissus ambiants. Jamais, au grand jamais, le bubon syphilitique ne suit cette marche, n'affecte cette allure. D'une part, le pus qu'il sécrète *n'est pas auto-inoculable*. Ce pus a été inoculé plus d'une fois et toujours sans succès (1). D'autre part, l'abcès qui le fournit se ferme toujours sans la moindre tendance à s'élargir, à s'excaver, à se convertir en un foyer chancreux. Donc, ce qu'on appelle l'*abcès chancreux* des ganglions, le *chancre ganglionnaire*, constitue un accident dont n'est pas susceptible le bubon du chancre syphilitique; c'est là un accident qui appartient *en propre* à une autre maladie; c'est là un accident qui est l'*apanage exclusif du chancre simple*, lequel, *seul*, est capable de déterminer une complication de ce genre.

En définitive, le véritable bubon chancreux ne saurait s'observer avec le chancre syphilitique, pas plus qu'on n'observe l'angine de la scarlatine avec la rougeole, pas plus qu'on ne rencontre la pustulation variolique dans la scarlatine, etc.

C'est là ce qu'il importe de bien savoir pour la pratique, afin de répudier la vieille erreur qui faisait de ce bubon chancreux un stigmate de vérole (erreur encore accréditée cependant près de quelques-uns de nos confrères), et afin surtout de ne pas doter de la vérole, sur la foi de cedit bubon, des malades qui en sont exempts.

Concluons en disant: A chaque espèce morbide ses manifestations propres. Au chancre simple le bubon chancreux, le grave, le terrible bubon chancreux, susceptible d'ulcérer toute l'aîne et de déverser ses ravages sur les régions voisines. — A la syphilis, le bubon froid, indolent, aphlegmasique, le bubon ne suppurant que d'une façon très exceptionnelle et ne suppurant jamais qu'à la façon de l'adénite la plus simple, le bubon, en un mot, par excellence inoffensif et anodin.

LYMPHANGITE. — Les ganglions ne sont pas les seuls départements du système lymphatique sur lesquels s'exerce l'influence du chancre.

(1) M. Ricord a même dit que le pus de l'adénopathie syphilitique « est un pus simple, phlegmoneux, vulgaire, et sans mélange de virus ». Cela peut être, mais cela n'est pas démontré. Je ne sais et personne ne sait encore ce que produirait l'inoculation de ce pus à un sujet sain. Il est bien possible que, résultant d'une inflammation simple ou d'une dégénérescence strumeuse de la glande, cette suppuration soit innocente et dépourvue de toute spécificité. Cependant, sécrétée par un organisme infecté, fournie par une glande qui s'est abcédée à l'occasion, sinon par l'effet d'un chancre, elle peut à bon droit, ce me semble, être tenue pour suspecte. En tout cas, l'expérience n'a pas été tentée, et elle est de celles qui nous restent interdites.

Les vaisseaux lymphatiques également peuvent être affectés par lui, et cela dans l'un et l'autre sexe. Mais il n'est aucune parité de fréquence et surtout d'importance clinique à établir entre les *lymphangites satellites*, accidents *éventuels* du chancre, et l'adénopathie satellite, symptôme constant, manifestation obligée de l'infection primitive.

Les lymphangites symptomatiques du chancre s'observent sur les *cordons* issus du réseau lymphatique affecté par le chancre. Elles servent ainsi de trait d'union, si je puis parler de la sorte, entre le chancre et son bubon.

Cliniquement, elles se traduisent sous forme de cordes grêles et allongées; — cylindriques, mais avec renflements espacés; — dures, très dures sous le doigt et donnant à tous égards la sensation du canal déférent; — indolentes spontanément et indolentes au toucher; — mobiles et déplaçables. On ne saurait mieux les comparer qu'à des *ficelles*, suivant exactement le trajet des troncs lymphatiques.

A la verge, elles siègent sur la région dorsale, moins souvent sur les parties latérales. Pour les découvrir, il suffit de pincer la peau du fourreau en la soulevant quelque peu entre deux doigts. On sent alors dans la plicature tégumentaire une sorte de tuyau dur ou mieux de ficelle, qu'on peut facilement suivre dans tout son trajet, et cela sur une longueur de plusieurs centimètres. — Parfois aussi on les perçoit de la même façon dans le prépuce, mais alors plus fines, plus déliées, du calibre d'une chanterelle de violon.

Au contraire, dans la rainure glando-préputiale, elles se présentent sous une forme plus ramassée et constituent là des nodules globuleux, semblables à des grains de cassis, à des noyaux de cerise, voire à de petits haricots, très durs sous le doigt ou même d'une rénitence presque cartilagineuse. — On voit en quelques cas des traînées d'induration lymphangitique contourner une partie de la rainure, voire (mais exceptionnellement) la parcourir dans toute son étendue.

Chez la femme, ces lymphangites s'observent surtout dans la région génito-crurale. Là, elles suivent la direction du pli de la région, à quelques millimètres en dedans ou en dehors de ce pli, et toujours sous forme de ficelles convergeant vers l'aîne. — Plusieurs de ces petites cordes semblent parfois se réunir en un ruban aplati, de 2 à 3 millimètres de largeur. — Plus rarement, ces lymphangites se rencontrent au niveau du mont de Vénus. Elles forment à ce niveau des tumeurs plus volumineuses, des espèces de renflements ou de nodosités semblables à un pois, à un haricot, nodosités très dures, qu'en raison même de leur dureté on distingue facilement au milieu du pannicule graisseux de la région.

C'est au membre supérieur, à propos du chancre des doigts, qu'on observe les lymphangites les plus remarquables comme étendue de trajet. On en voit là qui occupent presque toute la hauteur du bras ou

de l'avant-bras, sous forme de longs cordons filiformes et rénitents. — A leur propos même une remarque se présente, non moins applicable du reste aux lymphangites d'autre siège: Pourquoi n'occupent-elles presque jamais les cordons lymphatiques que dans une portion et non dans la totalité de leur trajet? La théorie les voudrait ou totales ou nulles. Partielles, elles sont d'une interprétation qui nous échappe.

Enfin, les lymphangites satellites du chancre présentent, au point de vue de leur allure générale et de leur évolution, les mêmes caractères que le bubon satellite. Comme lui, elles sont d'essence aphlegmasique. Comme lui, elles sont absolument indolentes et passent souvent inaperçues.

Abandonnées à elles-mêmes, elles se résorbent en quelques semaines, sans jamais donner lieu à la moindre complication.

Le seul symptôme qui en résulte parfois, c'est un certain degré d'œdème passif des parties qui répondent à l'extrémité de leur réseau. C'est ainsi qu'elles peuvent se traduire parfois par un boursoufflement séreux du prépuce (cause assez fréquente de phimosis), des petites lèvres, des grandes lèvres, etc.

Il est à croire cependant qu'elles ne sont pas étrangères, sous une forme sans doute plus complexe, à certaines complications plus sérieuses, mais d'ailleurs assez rares, telles que l'œdème chronique du prépuce et le sclérome vulvaire.

TRAITEMENT. — Au point de vue thérapeutique, une conséquence toute naturelle résulte de ce qui précède, à savoir que le bubon et la lymphangite symptomatique du chancre ne sont guère de nature à donner souci au médecin non plus qu'à réclamer une intervention bien active.

On s'est ingénié à mettre en œuvre contre le bubon en particulier quantité de médications et de méthodes. Et toutes ces médications, toutes ces méthodes, au dire de leurs inventeurs, ont « fait merveille ». Je l'admets sans peine et n'en suis pas surpris. Le bubon syphilitique est de nature, en effet, à préparer des triomphes faciles à tous les remèdes, à tous les procédés qu'on met en œuvre contre lui, et cela pour une bonne raison, c'est qu'il *guérit seul*, sans qu'on lui fasse rien. Aussi l'expectation, aidée de l'hygiène, fournit-elle des succès égaux à ceux de toute thérapeutique, et c'est à elle qu'il faut s'en tenir sagement dans la presque totalité des cas. Dix-neuf fois sur vingt, pour le moins, ce bubon ne réclame *aucune intervention de l'art*, parce qu'il ne gêne en rien les fonctions, parce qu'il n'offre aucune tendance à s'enflammer, à se compliquer, parce qu'enfin il se résout seul et sûrement en un temps donné.

Donc, pour l'énorme majorité des cas, la conduite à tenir se résume en ceci: S'abstenir de toute médication locale; — recommander simplement aux malades d'éviter la fatigue, les marches

forcées, la bicyclette, le cheval, la danse, et toutes causes d'excitation qui pourraient retentir sur l'engorgement ganglionnaire; — combattre, par des médications appropriées à chacune d'elles, les affections coïncidentes et les complications.

Se manifeste-t-il une légère tendance inflammatoire dans les ganglions, quelques soins d'hygiène en feront promptement justice: repos, bains répétés, cataplasmes émollients, ou même vésicatoire, qui parfois exerce un heureux effet par son action révulsive. — Si l'inflammation devenait plus intense, alors seulement il y aurait lieu de recourir à des antiphlogistiques plus actifs et de mettre en œuvre le traitement de l'adénite aiguë; mais ce cas ne se présente que très rarement.

En cas de suppuration, incision simple.

Dans les formes torpides, qui traînent en longueur, bains répétés, et surtout bains salés; — badigeonnages à la teinture d'iode; — compression méthodique avec bandelettes d'amadou et compresses soutenues par une bande de caoutchouc; — au besoin même, vésicatoires volants, pointes de feu, etc.

Seule, la dégénérescence strumeuse, qui complique parfois le bubon syphilitique, donne lieu à des indications d'un ordre spécial. Elle appelle l'intervention d'un traitement général destiné à combattre l'élément scrofuleux: iodiques, huile de foie de morue, ferrugineux, toniques, amers, bains salés ou sulfureux, bains de mer, bains de Salies de Béarn, alimentation reconstituante, campagne, aération, etc.

Rôle diagnostique du bubon satellite. — Par lui-même, c'est-à-dire en tant que lésion, le bubon est sans importance; car il ne comporte aucun accident sérieux, et il guérit seul. On pourrait le méconnaître qu'en vérité il n'y aurait pas grand mal. Mais, à un autre point de vue, le bubon joue un rôle considérable dans la syphilis. C'est qu'en effet il constitue par excellence un AGENT DE DIAGNOSTIC. A chaque instant nous avons à le consulter en pratique, et c'est de lui, voire de lui seul maintes fois, que jaillit la lumière. A coup sûr il est plus utile, il rend plus de services que le chancre au diagnostic de la syphilis; à coup sûr, il est plus utile au diagnostic du chancre que le chancre lui-même. Qu'on en juge par ce qui va suivre.

I. — D'abord, dans les cas où le chancre existe avec des caractères bien manifestes, le bubon lui sert de confirmation, et son concours, à titre de signe auxiliaire, n'est déjà pas à dédaigner.

II. — Mais, quand le chancre (ce qui est plus que commun) se présente avec des caractères mal définis, vagues, ambigus, c'est bien souvent le bubon qui, mieux formulé, plus précis, vient au secours du chancre, et lui assigne un sens formel. Que de fois de la sorte ne diagnostique-t-on pas le chancre *par le bubon!*

III. — Puis, c'est encore le bubon, très fréquemment, qui vient attester le chancre quand celui-ci déjà n'est plus. Et, en effet, le chancre, spécialement chez la femme, disparaît souvent d'une façon hâtive, voire parfois sans laisser de traces. Le bubon, au contraire, est bien autrement persistant. Il survit toujours au chancre. Il est donc là, quand le chancre n'est plus, comme un *témoin posthume* du chancre, qui en atteste à la fois et l'existence antérieure et le siège, comme un témoin qui déposerait en ces termes: « Non seulement un chancre a existé avant et avec moi, mais ce chancre a siégé là, dans la sphère de distribution de mon réseau lymphatique. » — Que de fois, par exemple, ne nous arrive-t-il pas en pratique, alors que nous sommes consultés par un malade affecté d'accidents secondaires, de retrouver non pas le chancre éteint de vieille date, mais l'adénopathie qui témoigne du chancre!

IV. — Et de même encore pour les chancres à *siège insolite*, pour les chancres soit *dissimulés* à dessein, soit méconnus ou inaperçus de bonne foi, au total *ignorés*. C'est encore le bubon qui, dans tous les cas de cet ordre, met le médecin sur la piste de ces chancres et permet de retrouver l'origine, le berceau de l'infection.

Que de cas obscurs ou prétendus extraordinaires ont reçu de la sorte leur explication vraie et naturelle, et cela grâce aux données diagnostiques fournies par le ganglion!

Par exemple, n'est-ce pas le bubon qui, en maintes occasions, a révélé le chancre mammaire chez des nourrices infectées par des nourrissons syphilitiques?

N'est-ce pas le bubon qui souvent a décelé le chancre vaccinal resté méconnu?

N'est-ce pas le bubon qui plus d'une fois a attesté le caractère chancreux de lésions digitales qui avaient été prises pour des « panaris », des « tournioles », des ulcérations vulgaires? Exemple du genre:

Une jeune sage-femme présentait des accidents non douteux de syphilis secondaire, mais elle ne savait, et l'on ne savait quelle pouvait avoir été l'origine de l'infection. Le mari de cette femme était sain; elle-même n'avait jamais été affectée, d'après son dire, de la moindre lésion aux organes génitaux, et l'examen de ces parties, fait avec le plus grand soin, ne fournissait aucun signe suspect, aucune cicatrice, aucune macule. D'où pouvait être née cette syphilis? On se mit en quête des ganglions. Dans l'aisselle droite, je découvris un gros ganglion, dur, indolent, mobile, du volume d'une noix. Plus de doute. Le chancre devait avoir affecté ou le sein, ou le bras, ou l'avant-bras, ou les doigts. Et, en effet, cette jeune femme, rassemblant alors ses souvenirs, nous raconta que deux à trois mois auparavant, elle avait souffert d'un « singulier mal de doigt »; que ce mal, qui siégeait à l'index droit, au pourtour de l'ongle, avait

duré longtemps « sans vouloir se cicatriser »; qu'elle l'avait considéré comme « un panaris », comme une insignifiante « tourniole », et ne s'en était pas occupée davantage. Elle se rappelait aussi que, quelque temps avant d'être affectée de ce mal, elle avait accouché deux femmes syphilitiques, dont l'une notamment « avait la vulve toute couverte de boutons ulcérés au moment du travail », etc. Bref, ce soi-disant panaris, cette prétendue tourniole n'avait été rien autre qu'un chancre, et bien manifestement la malade avait reçu l'infection *par le doigt*. L'origine de cette syphilis se trouvait donc ainsi découverte, mais découverte comment? Grâce au bubon qui avait, pour ainsi dire, dénoncé le chancre digital.

N'est-ce pas encore le bubon qui, très souvent, a mis sur la piste de certains autres chancres à localisation insolite, bizarre, inattendue, et qui a permis d'en affirmer le véritable caractère? Sans lui, combien de ces chancres seraient restés méconnus! A preuve, entre mille autres, le cas suivant, que j'emprunterai à Ricord :

Un jeune docteur présentait une roséole et quelques autres symptômes attestant une syphilis récente. Il soutenait toutefois n'avoir jamais eu de chancre. Et, en effet, ses organes génitaux étaient sains, ses aines étaient exemptes de tout engorgement suspect, etc. Piqué au vif par ce cas extraordinaire qui semblait faire échec à ses doctrines, M. Ricord demanda à ce confrère de se laisser examiner complètement; il se mit alors « à la chasse des ganglions », et découvrit sous l'un des côtés de la mâchoire une glande olivaire, dure, indolente, aphlegmasique. Nul doute; un chancre devait avoir passé dans les environs. Renseignements pris, il se trouva en effet que le malade avait été affecté quelques semaines auparavant d'un bouton érosif de la joue, bouton dont on retrouva la macule encore indurée dans les favoris. Ce bouton donc n'avait été qu'un chancre, cela n'était pas contestable. Or, ce chancre, quel indice l'avait révélé? Encore et toujours le bubon.

A fortiori, le bubon est-il un signe indispensable pour permettre de soupçonner d'abord, puis de diagnostiquer ensuite certains chancres de siège encore plus insolite, tels que les chancres des paupières, de la conjonctive, du front, des oreilles, du cuir chevelu, du cou, du thorax, de l'abdomen, des membres, etc., etc.

De là, finalement, ce précepte majeur pour la pratique :

Étant donnée une syphilis récente à exorde ignoré, c'est-à-dire à chancre resté inaperçu du malade et récusé par lui, rechercher ce chancre, et le rechercher surtout *de par les ganglions*; « faire la chasse aux ganglions, *courir sus aux ganglions* », comme disait Ricord. Car, ajoutait encore ce maître, « l'adénopathie est pour le chancre l'effet qui suit la cause. Eh bien, remontez à la cause par l'effet; remontez au chancre par le bubon... Le bubon est le fil d'Ariane qui permet de retrouver la porte d'entrée de la vérole ».

DIAGNOSTIC GÉNÉRAL DU CHANCRE.

Le diagnostic du chancre comporte un si haut intérêt pratique qu'il convient d'y faire collaborer tous les éléments séméiologiques susceptibles d'y apporter quelque lumière.

Or, des éléments d'ordres divers et de secours très inégal peuvent fournir leur contingent à ce diagnostic. On en compte *cinq*, qui, pour les citer tout d'abord, sont les suivants :

- 1° Caractères cliniques du *chancre* ;
- 2° Caractères cliniques du *bubon satellite* ;
- 3° Données fournies par l'*incubation* ;
- 4° Données fournies par l'*inoculation* ;
- 5° Données fournies par la *confrontation*.

Je n'ai pas à dire, tant cela est manifeste, que, de ces cinq ordres de signes, les deux premiers sont, et de beaucoup, les plus importants. Car ce sont eux qui ne font jamais défaut, qui se présentent les premiers à interroger, qu'on a *illico* sous les yeux et sous les doigts, etc.; ce sont, d'ailleurs, bien souvent les seuls utilisables pour le diagnostic. Les trois autres, par rapport à ceux-ci, ne méritent que d'être appelés *auxiliaires*. Cependant, ils ne laissent pas de fournir un précieux appoint en quelques circonstances, et ce n'est qu'au préjudice du malade qu'on négligerait de profiter des renseignements qu'ils peuvent fournir. — Précisons.

I. — Le chancre, tout naturellement, concourt à son propre diagnostic par ses caractères personnels. Or, de ces caractères, ceux qui le signalent le mieux à l'attention, ceux qui attestent le plus sûrement sa qualité de chancre syphilitique, sont les cinq suivants, que je rappellerai seulement ici d'une façon sommaire, les ayant décrits *in extenso* dans ce qui précède.

Dans sa symptomatologie la plus classique, le chancre est ceci :

- 1° Une *petite lésion bien circonscrite, érosive* plus souvent qu'ulcéreuse ;
- 2° Érosion *plane, sans bords en entamure*, et se continuant de plain-pied avec les tissus voisins ;
- 3° Érosion *lisse et unie* de fond ;
- 4° Érosion le plus souvent ou *grise*, ou d'un *rouge chair musculaire* presque caractéristique ;
- 5° Érosion doublée à sa base par une assise rénitente, offrant tel ou tel type de l'*induration* dite *nodulaire* ou *lamelleuse*.

Ces cinq attributs (auxquels on peut encore ajouter l'*unicité* habituelle de la lésion) constituent l'ensemble caractéristique du chancre dans ses formes les plus communes. Aussi bien toute érosion, toute ulcération réalisant ce type sera-t-elle par cela même fortement suspecte de caractère chancreux. Mais, par cela seul, pourra-t-elle être déclarée chancre? Non, car il n'est pas impossible que tout cet