

chancre. Une seule application de la pâte suffit souvent pour éteindre la virulence de l'ulcère, quelquefois il en faut deux ou trois¹.

J. — Un grand nombre de topiques pulvérulents ont été employés, parmi lesquels le meilleur est sans contredit l'*iodoforme*. Appliqué sous forme de poudre à la surface de l'ulcère et renouvelé deux fois par jour, il le modifie très heureusement, enraye l'envahissement et abrège notablement l'évolution de la maladie. Malheureusement l'odeur intense et pénétrante de l'iodoforme est un obstacle considérable à son emploi ; car, s'il existe un grand nombre de moyens de masquer ou de supprimer son odeur, aucun n'est efficace. Dans la préparation prise en masse et récente, l'odeur de l'iodoforme est complètement dissimulée ; mais, dès qu'elle est appliquée sur le corps, l'odeur révélatrice reparait avec toute son intensité.

K. — On a donc cherché un grand nombre de succédanés de l'iodoforme et tel a été le point de départ de ces innombrables poudres insolubles iodées dont la pharmacopée s'est enrichie et quelque peu encombrée ces dernières années. Les meilleurs sont l'*aristol* et l'*europène*. Aucun d'entre eux ne vaut l'iodoforme dans le cas particulier qui nous occupe, mais ils peuvent cependant rendre des services.

Il est des cas où le chancre s'éternise, où les diverses indications employées ont échoué, où l'iodoforme ne peut pas être employé ou ne fait plus rien : il est alors nécessaire d'avoir plusieurs topiques à sa disposition. Il semble que la lésion s'habitue à tel ou tel remède et il ne faut pas persister indéfiniment dans l'emploi du même. Il y a souvent avantage à changer, dût-on revenir au bout de quelques semaines à des médicaments qu'on avait déjà employés.

C. — TRAITEMENT GÉNÉRAL

Le traitement général est un point qu'il ne faut pas négliger ; car un séjour à l'hôpital ou à la chambre, nécessite quelque-

¹ F. BALZER. — Thérapeutique des maladies vénériennes. *Collection Dujardin-Beaumetz et Terrillon.*

fois par les chancres mous, a une influence très fâcheuse : l'appétit se perd, le malade s'anémie et s'affaiblit. C'est là une cause puissante d'aggravation de la lésion locale qu'il faut combattre par des *toniques*, des *amers*, une *alimentation* reconstituante ou même le *séjour à la campagne*. Balzer rapporte l'histoire fort intéressante d'un chancre mou phagédénique qui avait résisté pendant des mois à tous les traitements et qui guérit en quinze jours, à peu près spontanément, par le séjour au bord de la mer.

III

Traitement des complications du chancre.

A. — CHANCRE MOU PHAGÉDÉNIQUE

Le chancre mou phagédénique comporte les mêmes indications que le chancre vulgaire ; mais on se trouvera surtout bien de l'emploi très rigoureux du *chauffage* appliqué par la méthode d'Arnozan ou de Welander, suivant les régions, et, dans les intervalles, d'un pansement à l'*iodoforme*. C'est dans ce cas surtout qu'il importe de s'occuper de l'état général.

B. — CHANCRE MOU SERPIGINEUX

Un chancre mou serpigneux réclame l'usage des *caustiques* puissants, tels que le fer rouge ou la pâte de Canquoin, employés assez largement pour détruire complètement les tissus infectés dans tous les points où le chancre est en activité. ;

C. — TRAITEMENT DU BUBON

La thérapeutique du bubon consécutif au chancre mou s'est ressentie des travaux qui, dans les dernières années, en ont modifié sensiblement le pronostic. On considérait autrefois

que la majorité des bubons devenaient chancreux. Straus en 1884 a montré que les transformations chancreuses provenaient le plus souvent, non du bubon lui-même, mais d'une inoculation de la plaie inguinale par les objets de pansement, par les mains du chirurgien ou du malade; il a montré que l'ouverture et le pansement rigoureusement aseptiques suffisaient le plus souvent pour empêcher la transformation chancreuse.

Dans un mémoire fait en collaboration avec Lasnet, médecin des colonies¹, j'ai constaté que sur 136 bubons :

27 se sont résorbés sans s'ouvrir;

43 ont dû être ouverts, mais ne sont pas devenus chancreux;

51 sont devenus virulents consécutivement, alors qu'ils ne l'étaient pas au moment de l'ouverture;

12 ouverts spontanément, avant l'entrée des malades à l'hôpital, sont tous devenus chancreux; ce qui confirme bien l'opinion de Straus sur le rôle des inoculations accidentelles d'origine externe;

3 étaient virulents d'emblée.

Il résulte de cette statistique que, lorsqu'un bubon est récent, non fluctuant, et se présente sous forme d'une tumeur dure et encore mobile, on peut toujours espérer le voir se résoudre et disparaître sous l'influence du repos au lit, des bains et d'un large pansement humide, cataplasme ou pansement boriqué.

Quand le bubon est suppuré, fluctuant, il se peut que ce ne soit encore qu'une adénite simple, susceptible de guérir en quatre ou cinq jours après une incision qui aura donné issue au pus et à la condition qu'on ait évité toute infection externe. Mais il est impossible de l'affirmer d'avance avec une entière assurance, d'autant plus que, parmi ceux qui sont destinés à devenir chancreux par eux-mêmes, il n'y en a qu'une infime minorité dont le pus, dès le jour de l'incision, soit vi-

1. DUBREUILH et LASNET. — Étude bactériologique sur le chancre mou et le bubon chancreux. *Archives cliniques de Bordeaux*, oct. et nov. 1893.

rent et contiennent des bacilles. On est donc obligé dans la pratique de se comporter comme si tout bubon fluctuant était destiné à devenir chancreux.

Les procédés d'ouverture et de pansement qui ont été proposés à diverses époques ont été fort nombreux, mais ne constituent au fond que des variantes de peu d'importance.

Un bon nombre d'auteurs allemands incisent largement le bubon, résèquent la peau décollée, extirpent tout le ganglion malade avec les doigts ou la curette de Volkmann, et bourrent la plaie avec de la gaze iodoformée. Ils extirpent même les ganglions du voisinage s'ils sont tuméfiés¹. Cette méthode constitue une véritable opération qui exige l'emploi du chloroforme et qui n'est pas exempte de dangers. Spietschka a vu de l'œdème persistant de la verge à la suite de l'extirpation bilatérale des ganglions. On a également observé des hémorragies graves, voire mortelles, par blessure de la veine fémorale.

On a généralement renoncé aux larges incisions parallèles au pli de l'aîne, et l'on a surtout cherché à obtenir la guérison après des incisions étroites, ou même des ponctions.

Le Pileur fait une ponction et introduit dans le trajet de l'aiguille une mèche filiforme, imbibée de *nitrate d'argent* à 1/30. Ce procédé ne paraît pas devoir mettre à l'abri de la transformation chancreuse, si elle est destinée à se faire.

Cordier fait une ponction au bistouri, puis une injection de *nitrate d'argent* à 1/50, enfin un pansement occlusif.

Welander² a préconisé une méthode abortive qui consiste à faire dans chaque bubon une ou deux injections de un demi-centimètre cube de solution de *benzoate de mercure* à 1 p. 100 (eau 100, chlorure de sodium 0^{gr},30, benzoate de mercure, 1 gramme). Il y aurait le premier jour un peu de

1. K. SZADEK. — Chirurgische Behandlung der suppurativen venerischen Bubonen. *Vierteljahresschrift für Dermatologie*, 1888, p. 209. — TH. SPIETSCHKA. — Ueber die Behandlung der Bubonen. *Archiv für Dermatologie*, 1892, *Ergänzungsheft*, II, p. 63.

2. WELANDER. — Versuche über Abortivbehandlung der Bubonen. *Archiv für Dermatologie*, 1891, p. 43.

douleur et de gonflement qui disparaîtraient les jours suivants; il a vu de cette façon le bubon se résoudre complètement, alors même que la fluctuation commençait à se manifester. Spietschka, Brousse et Bothezat¹ ont obtenu des résultats très médiocres au point de vue de la résolution du bubon, et ils ont en revanche observé des douleurs très vives et persistantes, des phénomènes inflammatoires marqués et une réaction fébrile pouvant atteindre 39°,5.

Une méthode peut-être moins rationnelle, mais dont j'ai pu constater les bons résultats dans mon service, est celle qui a été proposée par Otis² et par Fontan³. Voici comment elle est décrite par Henric⁴:

1° Lavage antiseptique et rasage de la région à opérer.

2° Ponction au point fluctuant avec un bistouri à lame étroite.

3° Expression complète du pus par la malaxation du bubon.

4° Lavages répétés de la poche avec une solution de *sublimé* à 1 pour 2000, un peu tiède.

5° Injection de *vaseline* contenant 1 pour 10 d'*iodoforme* et liquéfiée au bain-marie. L'injection doit être assez abondante pour remplir la poche sans la distendre. Si l'injection reflue par l'ouverture, on l'arrête par l'application d'une compresse mouillée de solution froide de *sublimé*.

6° Pansement occlusif avec quelques rondelles de gaze iodoformée recouvertes d'une couche de collodion.

Le soulagement est très rapide: dès le lendemain, le malade peut se lever; souvent, il n'est pas nécessaire de renouveler le pansement, la guérison étant complète au bout de quelques jours. La *vaseline* n'est évidemment pas résorbée immédiatement, mais, au bout de quelques jours, la poche

1. BROUSSE et BOTHEZAT. — Traitement abortif des bubons par la méthode de Welander. *Annales de dermatologie*, 1893, p. 347.

2. OTIS. — *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, 1888.

3. FONTAN. — *Archives de médecine navale*, Juillet 1889.

4. HENRIC. — Traitement du bubon suppuré par l'injection de *vaseline* iodoformée et le pansement occlusif. *Thèse de Bordeaux*, 1894-95.

est fermée et les phénomènes inflammatoires ont définitivement disparu. Quelquefois on observe, les jours suivants, un petit suintement de *vaseline* qui oblige à renouveler le pansement, qui devra être rigoureusement aseptique; mais il est rare d'avoir à faire une nouvelle injection, plus rare encore d'avoir à pratiquer une nouvelle incision plus large avec drainage.

D'après la statistique de Fontan, sur 183 bubons observés de 1889 à 1894, 123 ont guéri en moins de 10 jours.

30	ont guéri en	10 à 15 jours.
8	— —	15 à 20 —
6	— —	20 à 30 —

16 rechutes ont nécessité un autre traitement.