

souvent la forme d'un ∞ , la dépression latérale peut manquer (Petersen); souvent il forme des amas, et peut être englobé par les globules blancs. Il se colore par la fuchsine et le violet de gentiane; il se décolore par la méthode de Gram. Ch. Nicolle (1893) a signalé la forme caractéristique *en chapelet* et a prouvé que le bacille décrit par Unna (de Hambourg), en 1894, n'est autre que celui de Ducrey.

Krefting a retrouvé le bacille de Ducrey dans le pus du chancre mou et dans celui de *certaines bubons chancrelleux*. Sabouraud, dans deux bubons observés sur le même malade, a trouvé le pus rigoureusement amicrobien au microscope et à la culture, ce qu'il attribue à la disparition rapide du microorganisme causal dans l'abcès ganglionnaire (1).

On trouve en grande quantité, dans le pus du bubon, le *Streptococcus pyogenes* et les *Staphylococcus aureus* et *albus*.

Symptomatologie. — Le bubon chancrelleux siège ordinairement à l'aîne; tous les ganglions superficiels de la région inguinale peuvent être atteints, mais les plus fréquemment engorgés sont ceux qui sont placés en avant des vaisseaux cruraux. On l'a rencontré dans la région axillaire à la suite de chancrelle du doigt, dans les régions sous-maxillaire et parotidienne à la suite de chancrelle génienne (Hubbenet).

D'une façon générale, le bubon est placé dans l'aîne, il est unilatéral et direct, correspondant au côté du chancre, mais il peut être croisé ou bilatéral, ce qui s'observe surtout dans les cas de chancre du frein, de chancre médian de la verge ou de chancres multiples.

L'infection se localise d'une façon constante aux ganglions superficiels, presque toujours elle affecte un seul ganglion (*monoadénite chancreuse* de Ricord).

L'adénite chancrelleuse apparaît habituellement après le treizième jour, mais elle peut ne survenir qu'après la guérison du chancre. (Ricord, Horteloup, Puche.)

La marche est celle d'une adénite aiguë. Le plus souvent cette adénite suppure et le pus se forme rapidement au centre du ganglion. Bientôt une inflammation périadénitique suppurative se forme, on constate dans le pli de l'aîne une tuméfaction ovale, allongée parallèlement à celui-ci. La peau qui recouvre cette tuméfaction est rouge, elle y adhère, s'amincit, se soulève par places pour former des ampoules phlycténoïdes qui se rompent et d'où suinte le pus. Ainsi se forme une sorte de crible au moment de l'ouverture du bubon.

Le pus qui s'échappe n'est pas franchement phlegmoneux: il est sanieux, jaunâtre, souvent mélangé de caillots et de débris sphacelés.

1° Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, le bubon se comporte

(1) EMERY et SABOURAUD, *Soc. de dermat. et de syphil.*, février 1896.

comme un adéno-phlegmon simple, c'est-à-dire qu'il se cicatrise vite et ne laisse que peu de traces.

2° Tantôt il prend les allures du chancre, l'ulcération devient déchiquetée, grisâtre, les bords s'exhaussent et se décollent, d'autres inoculations peuvent se faire au voisinage de celle-ci, parfois aussi l'ulcération gagne en profondeur. Alors la cicatrice est large, blanchâtre et déprimée.

Complications. — I. INFLAMMATIONS COMMUNES. — Les complications communes sont celles qui peuvent survenir dans toutes les plaies, quelles

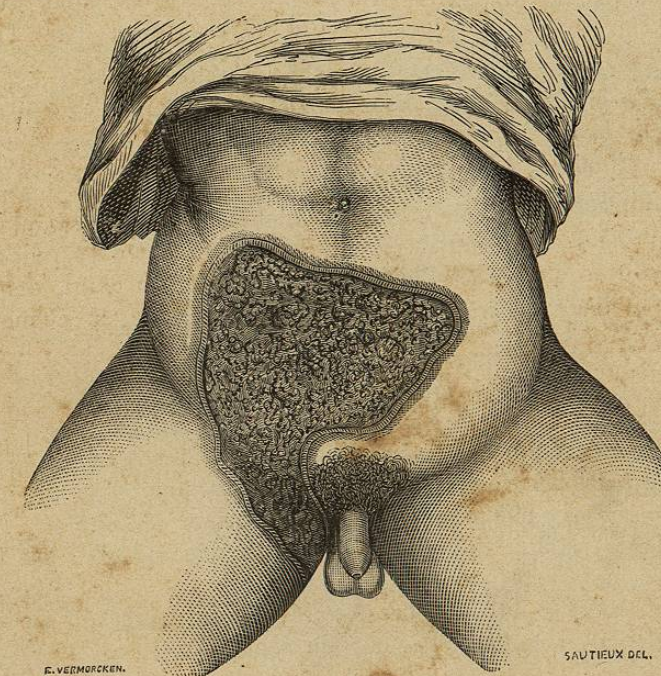


Fig. 26. — Bubon phagédénique.

qu'elles soient: ce sont l'érysipèle, la lymphangite, le phlegmon diffus.

II. COMPLICATIONS DUES A UNE AFFECTION SURAJOUTÉE. — Dans cet ordre de complications rentrent les bubons hybrides, bubon *strumochancrelleux* de Rollet, *bubon carcino-chancrelleux* (Hunter, Robert), *syphilo-chancrelleux*.

III. COMPLICATIONS SPÉCIALES. — Pour la chancrelle elles se résument en un mot, le *phagédénisme*; on en distingue deux variétés.

1° *Phagédénisme serpiginoux.* — L'ulcération s'étale en même temps que la surface devient pseudo-membraneuse grisâtre, d'aspect *triste* (Ricord). Elle est à peine cicatrisée à une extrémité que l'autre s'avance en rongant les tissus; elle peut ainsi, par poussées, s'étendre à l'abdomen, aux cuisses, jusqu'au genou. Fournier cite

une observation de phagédénisme ayant duré depuis quatorze ans. Nous reproduisons une figure de bubon phagédénique (fig. 26).

2° *Phagédénisme térébrant*. — Un peu plus rare, comme l'indique le nom; tandis que le premier s'étend en surface, le second gagne surtout en profondeur.

3° Ces deux variétés peuvent exister et constituer un *phagédénisme serpigneux et térébrant par places*. Les nerfs, les vaisseaux, les muscles peuvent ainsi être disséqués dans la profondeur. D'après Fournier, le phagédénisme ganglionnaire coïncide rarement avec le phagédénisme du chancre.

IV. COMPLICATIONS D'ORDRE LOCAL. — Ces complications comprennent: 1° les *ulcérations vasculaires*, d'où la possibilité de petites *hémorragies*; celles-ci peuvent être assez abondantes et Jullien a décrit une variété de *bubon hémorragique*, mais elles cèdent rapidement aux moyens ordinaires; 2° les *cicatrices vicieuses et douloureuses* consécutives au phagédénisme.

BUBONS SYPHILITIQUES.

Ils peuvent être distingués en primaire, secondaire et tertiaire.

A. BUBON SYPHILITIQUE PRIMAIRE. — On appelle ainsi le bubon consécutif au chancre induré. On peut dire de lui: « Le bubon suit le chancre comme l'ombre suit le corps » (Ricord). Jullien, sur 1361 cas de chancre induré ne l'a vu manquer que 37 fois et ces cas se rapportaient soit à des personnes douées d'un très gros embonpoint, soit à des chancres phagédéniques (le phagédénisme oblitère les voies lymphatiques) soit à des chancres à base très indurée, soit à de petites érosions superficielles (1).

Ordinairement le bubon apparaît vers le onzième jour (du septième au quinzième, exceptionnellement du septième au vingt-septième (Fournier).

Il siège dans l'aîne quand il répond aux chancres de l'anus, des fesses, des cuisses, du périnée, de l'urètre, de l'extrémité inférieure de l'abdomen.

Il occupe la région sous-maxillaire dans les cas de chancres de la bouche, des lèvres, de la langue, du menton, du nez.

Il est axillaire dans les cas de chancres digitaux et mammaires. Il peut encore être préauriculaire, sus-hyoïdien, épitrochléen, génien (un cas de chancre de la voûte palatine, Fournier), parotidien.

L'adénite est ordinairement double, souvent plus marquée du côté

(1) PETRINI (*Presse méd. roum.*, 1895) rapporte un fait de chancre syphilitique du prépuce sans adénopathie inguinale et suppose que le virus spécifique a pénétré dans l'organisme par une voie autre que la voie lymphatique. DANLOS (*Soc. de dermat. et de syphil.*, mai 1896) signale également un chancre syphilitique de la lèvre inférieure sans adénopathie.

où siège le chancre; rarement elle est unilatérale, directe ou croisée.

Elle ne dépasse pas la première étape ganglionnaire (un cas de Fournier où une adénite iliaque externe existait en même temps que l'adénite inguinale).

On peut quelquefois trouver le bubon monoganglionnaire très gros (à la région sus-hyoïdienne ou sous-maxillaire, à l'aisselle, rarement à l'aîne).

Mais le type classique est constitué par une *pléiade ganglionnaire, dure, froide et indolente*. En palpant ces ganglions on en sent toujours un plus volumineux, c'est le *ganglion anatomique* de Ricord (« le préfet de l'aîne »), celui qui reçoit directement les lymphatiques de la région chancreuse. Ce ganglion est le plus interne dans les chancres génitaux; dans les chancres anaux, c'est le plus externe. Il conserve souvent un volume prédominant (*ganglion planète*) sur les autres qui sont de grosseur variable.

Ces ganglions ont une dureté ligneuse, analogue à celle de la base indurée du chancre, « c'est l'induration chancreuse transportée dans le ganglion » (Ricord). Leur volume est variable (tantôt comme une amande, tantôt comme une noisette); « ils sont mobiles et roulent sous le doigt; le plus souvent isolés, ils sont quelquefois reliés entre eux par des tractus lymphangitiques (Bassereau).

Cette pléiade se développe dans l'intervalle de une à deux semaines, elle reste stationnaire pendant des semaines et quelquefois des mois (deux à trois), puis elle rétrocede, mais avec une lenteur telle que plusieurs années après on a pu trouver des vestiges de l'adénite primaire.

On la constate à des degrés divers au moins pendant cinq à six mois. Aussi sa valeur diagnostique est grande, « c'est un signe posthume du chancre » (Fournier), « c'est un témoin qu'on peut toujours consulter en interrogeant les ganglions » (Ricord).

Bubons hybrides ou mixtes. — On distingue sous le nom de bubons hybrides les bubons syphilitiques auxquels s'adjoignent d'autres éléments morbides.

1° BUBONS SYPHILO-INFLAMMATOIRES. — Le bubon syphilitique ne suppure pas; mais si à l'adénite syphilitique vient s'ajouter une adénite streptococcienne, une infection secondaire s'établit, qui crée la suppuration ganglionnaire annoncée par les signes ordinaires de l'adéno-phlegmon.

Cet adéno-phlegmon a pu parfois se résoudre; en général il suppure, le pus n'est pas auto-inoculable, la plaie prend l'aspect d'une ulcération chancreuse.

On observe assez rarement cette variété (2,9 à 3,6 p. 100).

2° BUBONS SYPHILO-CHANCRELLEUX. — Le bubon syphilo-chancrelleux est constitué par une adénite d'origine à la fois syphilitique et chancrelleuse. On a distingué trois cas:

1. *Bubon ayant pour origine un chancre mixte* né d'une contagion

simultanée ou successive; dans ce cas, le bubon chancrelleux n'est pas constant;

2. *Bubon syphilitique* sur lequel vient se greffer une adénite chancrelleuse; le bubon s'enflamme, s'abcède, le pus est inoculable et reproduit le chancre simple;

3. *Bubon chancrelleux* ordinaire en cours de suppuration, se transformant, par suite de la vérole intercurrente, en chancre induré; alors les ganglions voisins se prennent, la pléiade caractéristique est constituée; plus tard éclatent les accidents syphilitiques secondaires.

Dans ces deux derniers cas, la chancrelle ou le chancre induré peuvent ne pas être remarqués, ce qui explique les erreurs des anciens auteurs.

3° BUBONS SYPHILO-TUBERCULEUX. — C'est cette espèce que Ricord désignait sous le nom de *scrofulate de vérole*. Les colonies du bacille de Koch trouvent dans l'adénite syphilitique un terrain bien préparé pour prospérer.

C'est à l'aîne qu'on l'a observé, et le plus souvent chez des tuberculeux.

Les ganglions forment une masse adhérente qui se ramollit, s'ulcère, c'est alors une véritable adénite tuberculeuse.

4° BUBONS SYPHILO-CANCÉREUX. — Les faits de greffe cancéreuse sur bubon syphilitique sont très rares.

B. BUBON SYPHILITIQUE SECONDAIRE. — Les bubons syphilitiques secondaires revêtent divers aspects cliniques.

I. Dans certains cas, ces bubons secondaires sont constitués par des bubons primaires qui, au cours des accidents secondaires, sont devenus le siège d'une inflammation chronique.

II. Dans d'autres observations, les bubons secondaires apparaissent indépendamment de toute lésion tégumentaire, et parfois même dans des territoires de l'organisme qui, normalement, ne présentent pas de ganglions: aux lombes, à la jambe, au dos, au cuir chevelu.

III. Dans la majorité des cas, les adénites syphilitiques secondaires dépendent de lésions spécifiques; les éruptions de la nuque, de la face, du cuir chevelu, du cou, déterminent l'adénite sous-occipitale et mastoïdienne; l'adénite sous-maxillaire est causée par les manifestations buccales ou nasales de la syphilis; l'axillaire et la sous-mammaire par les lésions spécifiques du mamelon et du sein en général, etc.

Histologiquement, ces ganglions présentent les lésions de l'hypertrophie inflammatoire; parfois il s'agit d'une adénite interstitielle avec dégénérescence caséuse (Cornil et Ranvier).

Cliniquement, l'adénite syphilitique secondaire est, comme la primaire, dure, indolente, mobile. Cette adénite ne présente les caractères d'une adénite aiguë (rougeur, douleur, chaleur) que quand elle répond à une syphilide pustuleuse.

Ces ganglions durent six, huit mois et plus, après la disparition

des syphilides. Ordinairement ils disparaissent après deux ou trois ans, époque à laquelle on ne peut plus « tâter le pouls » à la nuque.

Exceptionnellement, ce bubon aboutit à la suppuration (bubon syphilo-strumeux secondaire). Dans ce cas, ce sont surtout les ganglions sous-maxillaires et cervicaux qui s'abcèdent (écrouelles secondaires).

D'après Augagneur (1), l'intensité des éruptions syphilitiques secondaires est en raison inverse de celle des adénopathies dans la période impubère où la syphilis est bénigne, l'adénopathie est très peu marquée; chez l'enfant, le ganglion lymphatique empêche le virus de passer, la phagocytose est très active. L'adénopathie syphilitique indiquerait donc la puissance de défense de l'organisme, de sorte qu'une syphilis à ganglions très développés aurait une évolution moins grave.

C. BUBON SYPHILITIQUE TERTIAIRE. — Ce bubon revêt deux formes principales: la forme scléreuse et la forme gommeuse.

I. *Forme scléreuse*. — Les ganglions sont ligneux, petits, multiples, disséminés au cou, à l'aîne, dans le médiastin, etc.

II. *Forme gommeuse*. — **Historique**. — Cette forme fut étudiée par Gosselin, Rollet, Lancereaux (adénites gommeuses viscérales), Verneuil (lymphangiome tertiaire gommeux), Bazin, Fournier, Ramage.

Étiologie. — Presque toujours il s'agit d'une infection syphilitique ancienne (douze ans, Fournier); on a cité quelques cas d'adénite gommeuse pendant les syphilides tertiaires (Homolle). Le siège le plus fréquent est la région inguinale, la région sterno-mastoïdienne et la région sous-maxillaire. On a trouvé les ganglions iliaques pris; enfin, dans ces derniers temps, Poncet ayant attiré l'attention sur les adénites géniennes, Vauthey (de Lyon) a publié des observations d'*adénites géniennes syphilitiques secondaires à un chancre induré de la région labiale*.

Anatomie pathologique. — Au point de vue anatomo-pathologique on a distingué, suivant l'évolution, l'adénite dure, l'adénite ramollie et l'adénite ulcérée. Au point de vue histologique, cette adénite, que Cornil et Ranvier ont appelée *adénite médullaire syphilitique*, est caractérisée comme il suit: A la coupe, les ganglions sont blancs, durs et laissent exsuder un liquide puriforme; les voies lymphatiques péri et centroganglionnaires sont remplies de cellules épithélioïdes et de cellules lymphatiques provenant des cellules lymphatiques et des cellules endothéliales des vaisseaux blancs; plus tard la gomme devient jaunâtre et caséuse.

Clinique. — On peut distinguer, avec le professeur Fournier, quatre étapes successives.

(1) AUGAGNEUR, *Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, février 1895.