Broca fut à même de vérifier maintes fois, en appliquant sa méthode des ponctions abortives (voy. Traitement).

Le ganglion suppure en masse, et au foyer intra-ganglionnaire se surajoute bientôt une collection péri-adénitique : il en résulte un abcès qui prend la forme d'une bosselure ovalaire, d'une ampoule, parallèle au grand axe du pli de l'aine; la fluctuation est alors très nette. On assiste souvent à un lent travail d'ulcération: on voit la peau, réduite à un mince feuillet, blanchir et se soulever par places en bulles épidermiques, sortes de phlyctènes que le pus va rompre devant lui : d'où la surface criblée du bubon ouvert.

Ce pus est de mauvais aspect, il est clair, mal lié, sanieux, d'un jaune grisâtre ou d'un jaune roux, souvent panaché de stries d'un brun chocolat, mêlé de petits flocons, de détritus organiques et de caillots: il n'est jamais entiè-

rement phlegmoneux.

Nous savons, d'après les faits récents que, dans l'immense majorité des cas, s'il est soustrait à toute contagion, le lin c'enuvert se conduit à la façon d'un adéno-phlegmon ordinaire, se cicatrisulation et ne laisse que des traces peu étendues. Ce n'est que lors de contamination secondaire qu'il revêt l'aspect et les allures d'un véritable chancre. L'ulcération est anfractueuse, déchiquetée, grisâtre ou d'un gris brun; parfois, sur ses confins, d'autres plaques ulcérées se creusent sur la peau, dues sans doute à des inoculations de voisinage; ailleurs, le chancre ganglionnaire s'étend en profondeur, c'est une caverne chancreuse, dont les parois rigides se refusent à l'accolement. Souvent alors la cicatrice est large, déprimée, gonflée, blanchâtre.

Des complications peuvent survenir.

Il y a d'abord les complications communes, la lymphangite, l'érysipèle, voire

le phlegmon diffus.

Il y a aussi les bubons hybrides, si l'on peut ainsi dire, ou mixtes, tels que nous les retrouverons dans la syphilis : le bubon strumeux greffé sur l'adénite chancrelleuse; le cancer, greffé aussi sur le même terrain : Hunter le signalait déjà, et Robert en donne une observation; le bubon syphilo-chan-

Mais la plus terrible des complications, c'est le phagédénisme.

D'après l'expérience du professeur Fournier, le phagédénisme ganglionnaire coexiste rarement avec le phagédénisme du chancre: le plus souvent, au contraire, l'ulcération primitive suit alors un cours régulier.

Il y a deux formes de phagédénisme : la forme serpigineuse, la forme térébrante. Serpigineux, l'ulcère s'étale, se cicatrise à une extrémité, alors que l'autre s'avance en labourant la peau, et souvent au loin, à l'aine, à l'abdomen, au périnée, à la fesse, aux lombes, à la cuisse jusqu'au genou; sa surface est pseudo-membraneuse, d'aspect grisâtre, triste (Ricord); il marche par poussées, par recrudescences, et sa durée est fort longue; dans un fait observé par Fournier, la maladie datait de quatorze ans.

La forme térébrante est un peu plus rare, ou encore les deux formes sont combinées, et la nappe ulcérée creusé et ronge en certains points : elle dissèque les muscles, dénude les nerfs et les vaisseaux, et jusqu'à l'artère fémorale, qu'on a vue parfois battre au fond de la plaie.

Il est inutile d'insister sur les accidents locaux (ulcérations vasculaires, cicatrices vicieuses) que provoquent ces larges dénudations phagédéniques, ni sur l'atteinte qu'elles portent à la santé générale.

Diagnostic. — On énumérait, il y a peu de temps encore, les caractères différentiels du bubon simple et du bubon chancrelleux : l'acuité plus vive des douleurs, dans la seconde variété, la suppuration plus rapide et en masse, les caractères du pus et l'aspect de l'ulcération consécutive. Mais, depuis longtemps, le professeur Fournier avait fait remarquer qu'en dehors de l'inoculation, il est souvent impossible, jusqu'à la cicatrisation, de savoir si le bubon est simple ou spécifique. Et ce diagnostic, dont les difficultés se conçoivent, n'a plus guère d'importance aujourd'hui.

En présence d'un bubon déjà ouvert, on reconnaîtra, à l'aspect de la plaie, à

sa marche, etc., si elle est devenue chancrelleuse.

Le phagédénisme est d'allure assez caractéristique par lui-même : on ne pourrait le confondre qu'avec le phagédénisme tertiaire (voy. plus loin).

5° Bubons syphilitiques. — а. Вивом syphilitique primaire. — C'est celui qui se développe à la suite et sous l'influence du chancre induré.

On peut le tenir pour constant : « le bubon suit le chancre, comme l'ombre suit le corps » (Ricord), et les exceptions à cette règle sont, en réalité, très rares. Un total de 1361 cas de chancres indurés n'a permis à Jullien de relever que 37 fois l'absence du bubon, soit 2,7 pour 100. Fournier, sur 560 chancres, ne l'a vu manquer que 5 fois, et encore, chez deux malades, un embonpoint extrême rendait-il presque impossible l'exploration des ganglions.

C'est là, en effet, une cause d'erreur : les autres cas où manquait l'adénite primaire se rapportent à des chancres phagédéniques, dont l'extension ulcérative oblitère les voies efférentes de la lymphe; à des chancres implantés sur une épaisse base d'induration, qui jouerait le même rôle que le phagédénisme; ou encore, à de minimes érosions chancreuses, toutes superficielles. Mais le volume

de l'adénite est loin de se mesurer à la largeur du chancre.

Le bubon primaire apparaît du septième au quinzième jour, après le chancre induré, le onzième jour, terme moyen : cette précocité est de règle; c'est à titre exceptionnel qu'on a vu l'adénite tarder jusqu'au vingt-septième jour

(Fournier). L'aine est, ici encore, un siège d'élection (chancres des organes génitaux, de l'anus, des fesses, des cuisses, du périnée, de la partie inférieure de l'abdomen, de l'extrémité antérieure de l'urethre). On trouve encore le bubon à la région sous-maxillaire (châncres de la bouche, des lèvres, de la langue, du menton), à l'aisselle (chancres digitaux et mammaires), à la région épitrochléenne, sushyoïdienne, pré-auriculaire. Chez un malade de Fournier, où le chancre occupait la voûte palatine, on sentait un gros ganglion dans l'épaisseur même de la joue; chez un autre, qui avait été infecté par la trompe d'Eustache, il existait deux ganglions parotidiens, l'un au-dessous du lobule de l'oreille, l'autre, plus bas, sous la branche du maxillaire.

On retrouve ici les mêmes variétés de siège que pour le bubon chancrelleux : l'adénite peut être unilatérale, directe ou croisée; mais, dans l'immense majorité des cas, à l'aine, il s'agit d'une adénite double, bi-inguinale, moins développée souvent du côté opposé à celui où siège le chancre originel.

L'infection chancreuse s'arrête ordinairement au premier groupe ganglionnaire, mais, d'après Fournier, elle pourrait s'étendre plus loin, et il a trouvé les ganglions iliaques externes simultanément atteints.

A l'aine assez rarement, à l'aisselle, ou encore à la région sus-hyoïdienne et

sous-maxillaire, on peut trouver un bubon mono-ganglionnaire, plus gros alors

Mais, en règle, l'adénite est poly-ganglionnaire : c'est la pléiade caractéristique. Ces ganglions ne sont pas tous de même grosseur : celui qui sert d'aboutissant direct aux lymphatiques de la région du chancre, le ganglion anatomique (Ricord), le ganglion le plus interne de l'aine, dans les chancres génitaux, le plus externe, dans ceux de l'anus, acquiert et conserve souvent un volume prédominant (qanglion planète), et les autres s'étagent en série derrière lui.

Gros comme une noisette, comme une amande, ces ganglions sont isolés, mobiles, et roulent librement sous le doigt; quelquefois ils forment chapelet, et des cordons intermédiaires les relient, constitués par des lymphatiques indurés. Ces ganglions sont durs, d'une dureté spéciale, chondroïde, qui rappelle la base indurée du chancre : « c'est l'induration chancreuse transportée dans le ganglion » (Ricord). Ils sont indolents; aucune zone d'empâtement ne les entoure, ils ne présentent nulle trace de réaction inflammatoire.

Adénite en pléiade, indurée, froide et indolente : tel est le type classique du

bubon syphilitique primaire.

En 8, 10, 45 jours elle acquiert son développement complet; elle reste stationnaire plusieurs semaines, et jusqu'à 2 et 5 mois, et sa régression se fait très lentement. On la trouve encore au 4e, 6e, 8e mois de l'infection; Ricord en a rencontré des « vestiges non équivoques à plusieurs années d'intervalle du début de l'infection ».

Une telle persistance du bubon primaire est importante pour le diagnostic : c'est un signe posthume du chancre (Fournier), un témoin qu'on peut toujours consulter, en interrogeant les ganglions (Ricord).

Mais à l'élément spécifique peut s'adjoindre un autre élément morbide; de ces associations naissent les bubons mixtes ou bubons hybrides, dont on peut décrire plusieurs types :

1. Bubons syphilo-inflammatoires. — Sous l'influence d'une infection secondaire dont le chancre est le siège, une adénite simple, inflammatoire, se greffe sur l'adénopathie spécifique et froide de la syphilis.

Les ganglions grossissent et deviennent cohérents; c'est une masse polyganglionnaire, bosselée, couverte d'une peau rouge et adhérente, douloureuse; elle peut suppurer. Ainsi s'explique l'adénite syphilitique suppurée.

De tels faits sont rares. Et, en réalité, ce n'est pas l'élément syphilitique qui crée la suppuration ganglionnaire, c'est l'infection secondaire. Aussi la proportion des bubons suppurés varie-t-elle suivant les statistiques, c'est-à-dire suivant les catégories de malades, de 0,7 pour 100 (Fournier) à 5 pour 100 (Rollet) : elle est, en moyenne, de 2,9 à 5,6 pour 100.

Si l'abcès est ouvert, le pus qui s'en écoule n'est pas auto-inoculable, et la plaie qui en résulte revêt tous les caractères de l'ulcère chancreux.

2. Bubon syphilo-chancrelleux. — Il résulte du transport aux mêmes ganglions du virus syphilitique et du virus chancrelleux. Trois cas se présentent : a. Chancre mixte, né d'une contagion double et simultanée, ou d'une contagion double et successive : le bubon syphilitique induré est alors constant, mais le bubon chancrelleux ne l'est pas : il ne se verrait qu'une fois environ sur 8 ou 10, alors qu'à l'état isolé la proportion de 1 pour 5 est la plus ordinaire. Il semble que la lymphangite et l'adénite scléreuses entravent le transport du virus chancrelleux. — b. Chancre syphilitique et bubon syphilitique : le malade contracte une chançrelle, et le bubon induré s'échauffe, s'abcède, c'est un bubon chancrelleux; le pus inoculé au malade reproduit la pustule caractéristique du chancre simple. — c. Chancrelle et bubon chancrelleux : le malade prend un chancre, et le bubon suppuré s'indure, les autres ganglions sont atteints à leur tour et forment pléiade, plus tard surviennent les accidents secondaires, etc.

Le chancre induré, dans l'hypothèse b, la chancrelle dans l'hypothèse c, peuvent passer inaperçus, et l'on se trouve en présence d'un bubon syphilitique qui suppure ou d'un chancre simple suivi d'accidents secondaires : d'où le danger d'une double erreur, qui a contribué sans doute pour une grande part à entretenir si longtemps la confusion entre les différentes maladies vénériennes.

5. Bubon syphilo-strumeux. — La syphilis crée dans les ganglions un terrain propice aux colonisations bacillaires. Telle est l'origine du bubon syphilostrumeux, dès longtemps connu, et que Ricord caractérisait du nom de scrofulate de vérole.

C'est à l'aine qu'il est le plus fréquent, et cela, chez les sujets que prédisposent leur hérédité et leur tempérament, chez les strumeux. (Voy. Tuberculose des ganglions.)

4. Bubon syphilo-cancéreux. — Ce sont des faits très rares, où l'on voit le

cancer se greffer sur l'adénopathie syphilitique.

Telles sont la marche et les complications du bubon syphilitique primaire. Le diagnostic ne pourrait être difficile qu'en l'absence de la lésion primitive, mais la distribution en pléiade, la dureté toute spéciale, la marche de l'adénite ne la laisseront confondre ni avec la tuberculose, ni avec l'adénite chronique simple, ni avec le lymphadénome au début (voy. ces mots); il faut se souvenir encore du volume quelquefois extrême que présentent les ganglions normaux, chez certains sujets, et ne pas prendre, suivant l'expression de Ricord, les ganglions du malade pour ceux de la maladie.

b. Bubon syphilitique secondaires. — Les bubons secondaires se répartissent en trois catégories :

1º Les adénites de la première période ont persisté : elles sont le siège d'une poussée, au cours des accidents secondaires.

2º Les adénites secondaires sont liées à des lésions cutanées du même ordre;

3º Elles sont indépendantes.

Le deuxième groupe est le plus nombreux, et par là s'expliquent les localisations de ces bubons : à la région sous-occipitale et mastoïdienne (éruptions du cuir chevelu, du front, de la nuque, ou des parties antéro-latérales du cou), à la région sous-maxillaire (lésions de la bouche, de l'isthme du gosier, du pharynx et des fosses nasales, le plus souvent plaques muqueuses, etc.).

Leur fréquence régionale serait la suivante, d'après Campana : sur 20 sujets, on les trouvait aux aines 20 fois; sur les côtés du cou, 15; à la nuque, 8; à la région sous-maxillaire, 5; à la région crurale, 5; axillaire, 2; parotidienne, 2; épitrochléenne, 2; sous-mammaire, 2.

Il est des faits où l'adénite secondaire se dissémine plus encore, elle se développe en des points où l'on ne décrit pas même de ganglions normaux : au cuir chevelu, au dos, près de l'omoplate, aux lombes, à la région claviculaire, à la

jambe; et Jullien cite une femme, observée dans le service de Vidal, à Saint-Louis, qui, « trois mois après l'infection syphilitique, souffrait d'un engorgement généralisé de tous les ganglions, et de tous les troncs lymphatiques, coïncidant avec une éruption tuberculeuse ».

Cliniquement, ces bubons secondaires ressemblent beaucoup aux adénites primaires; ils sont, comme elles, isolés, durs, indolents, mobiles, à moins qu'ils ne soient bridés par des aponévroses, comme à la région sous-occipitale; ils ne sont le siège d'endolorissement et de rougeur que dans quelques cas rares, où ils accompagnent une syphilide pustuleuse.

Ils sont susceptibles de suppurer aussi, exceptionnellement, ou de donner naissance au type mixte du bubon syphilo-strumeux. Ce sont les ganglions sous-maxillaires, sus-hyoïdiens, cervicaux, sterno-mastoïdiens, qui en sont le siège le plus fréquent : il en résulte les écrouelles secondaires.

Les glandes survivent aux éruptions, elles conservent durant des mois, six mois, huit mois, quelquefois toujours, leur volume et leurs caractères; mais, en général, après la deuxième ou la troisième année, on ne les retrouve plus, et l'exploration de la nuque ne fournit plus de résultat.

c. Bubon syphilitique tertiaire. — Il y a deux formes d'adénite tertiaire, la forme scléreuse, la forme gommeuse.

1º Forme scléreuse. — Les ganglions sont petits, durs, grisâtres, fibreux; presque toujours multiples, on les trouve au cou, à l'aisselle, à l'aine, et surtout dans le médiastin, le mésentère, autour des bronches, etc. Ils n'ont d'autre importance que l'appoint qu'ils fournissent au diagnostic.

Virchow a signalé aussi l'amylose des ganglions syphilitiques.

2. Forme gommeuse. — C'est cette forme qui a été surtout étudiée. Les premières descriptions remontent à 1860, elles sont dues à Gosselin, Virchow, Rollet, Potain, Lancereaux; elles avaient trait aux adénites viscérales.

En 1871, sous le titre de Lymphangiome tertiaire gommeux, Verneuil donna une observation d'adénite inguinale tertiaire phagédénique; Dissandes-Lavillate la reprend dans sa thèse; à la même époque paraît un mémoire de Roberto Campana (de Naples); puis deux nouvelles observations de Verneuil sont publiées en 1875, par Bourdon, dans les Annales de dermatologie. L'histoire se complète par la thèse de Gonnet, les leçons de Bazin à l'hôpital Saint-Louis, celles du professeur Fournier, enfin la thèse de Ramage.

Il est rare que les gommes surviennent au cours des syphilides tertiaires, périphériques ou viscérales; pourtant Homolle cite une adénopathie gommeuse sterno-mastoïdienne survenue au cours d'une gomme de l'amygdale.

L'aine, la région sterno-mastoïdienne, la région sous-maxillaire en sont le siège le plus fréquent; sur 10 faits rassemblés par Ramage, les ganglions inguinaux étaient pris 4 fois, les sous-maxillaires, 5 fois, les cervicaux 5 fois. Ils peuvent être pris isolément, ou en masse : chez le malade de Verneuil, les lésions gommeuses avaient envahi à la fois les ganglions inguinaux, superficiels et profonds, et les ganglions iliaques externes.

Presque toujours l'infection syphilitique était ancienne, elle rémontait à 10 ans (Campana), 12 ans (Fournier).

Ici encore, l'évolution anatomique de la gomme comprend un stade de crudité, et un stade de ramollissement et d'ulcération.

A l'exemple du professeur Fournier, on peut ramener à quatre périodes suc-

cessives l'histoire clinique de la gomme ganglionnaire : période de crudité, ramollissement, ulcération, réparation.

Le ganglion se tuméfie d'abord, il reste arrondi, encore mobile, solide, aphlegmasique; puis, au centre de la tumeur, on constate un point ramolli, semifluctuant, qui s'élargit de plus en plus; la peau est devenue adhérente, elle est rouge, œdémateuse, amincie, et bientôt ce n'est plus qu'une lame de l'épaisseur d'une pelure d'oignon, qui laisse voir par transparence le contenu jaunâtre de la gomme. Si la lésion porte sur un groupe de ganglions, ils se rapprochent en grossissant, ou se relient par des traînées de lymphangite gommeuse.

Enfin, la peau distendue se crève à la partie culminante ou en plusieurs points; il sort un liquide filant, gommeux, ou du pus caséeux, ou encore une matière sanieuse, jaunâtre et l'ulcération gommeuse est constituée, sorte de cratère arrondi, à pic, à bords décollés et rougeâtres et à demi comblé encore par ce bourbillon filamenteux qu'on a comparé à de la chair de morue et qui caractérise le contenu des gommes.

Il se détache lentement, la cavité se déterge, et, au bout d'un temps qui varie de quelques semaines à plusieurs mois, il reste une cicatrice plus ou moins

régulière, pigmentée en brun.

C'est là une forme bénigne; il est une forme grave, phagédénique, où l'ulcération, serpigineuse et térébrante, s'étend en nappe et creuse profondément les tissus. Chez le malade de Verneuil, l'ulcération ganglionnaire de l'aine avait largement disséqué l'artère et la veine crurales et ulcéré la veine saphène interne; l'artère fut ouverte à son tous et le malade mourut d'hémorragie.

La coexistence de gommes viscérales ou encéphaliques, la cachexie syphilitique qui accompagne souvent les lésions tertiaires, assombrissent encore le pronostic.

La gomme ganglionnaire prête à plusieurs erreurs :

On peut se tromper sur sa localisation réelle et la prendre pour une gomme cutanée ou musculaire. Mais les gommes de la peau sont plus superficielles, elles font corps avec le tégument et se mobilisent tout entières avec lui. Plus profonde au contraire, la gomme musculaire se fixe lors de la contraction, et presque toujours elle provoque des raideurs, des contractures ou des douleurs plus intenses dues à la compression nerveuse.

L'ulcération gommeuse rappelle par certains traits celle du bubon chancrelleux, du bubon strumeux, de l'écrouelle secondaire, du cancer ganglionnaire. La chancrelle ganglionnaire ne repose pas, en général, sur une base d'induration aussi développée; elle est auto-inoculable. — Tuberculose et syphilis peuvent affecter ensemble les ganglions en y créant un type hybride, dont nous avons parlé; dans la forme bien caractérisée, les contours arrondis de l'ulcération, au moins dans ses premiers temps, ses bords plus abrupts, son bourbillon filamenteux, etc., sont autant de signes différentiels qui le cèdent, il est vrai, en importance, au véritable critérium, le traitement spécifique. — L'âge de la syphilis, le volume plus considérable de la masse indurée, etc., permettent d'éliminer l'écrouelle secondaire. — Le cancer primitif des ganglions pourrait seul soulever des difficultés, mais les bords plus durs, plus renversés, de l'ulcère, la masse plus bosselée et plus dure, et s'il le faut, l'examen histologique d'une parcelle enlevée et surtout l'action du traitement spécifique ne permettront pas une longue erreur.

Traitement. — Bubons simples. — Bubons blennorragiques et chancrelleux. — Il est d'abord un traitement prophylactique en quelque sorte : ce sont les soins hygiéniques, le pansement ou la cautérisation bien faite des petites plaies, des écorchures, etc., le pansement du chancre, l'absence de toute irritation, etc.

Le bubon est-il formé, il existe toute une série de moyens dit abortifs, dont la plupart méritent si peu de créance, que nous nous garderons d'y insister : sangsues; vésicatoires répétés (Malapert, Velpeau, A. Guérin), applications iodées (Sirus-Pirondi), compression méthodique (Sargeant). Le repos, aussi complet que possible, l'application continue de compresses humides, une légère compression ouatée : telles sont les plus simples et les meilleures précautions à prendre : elles n'entraveront, bien entendu, que dans des limites fort restreintes. l'évolution du processus infectieux ganglionnaire.

Les injections intra-ganglionnaires ont été préconisées depuis longtemps, et reprises maintes fois avec les agents les plus divers. Voici un procédé indiqué par Taylor en 1882, et depuis par Armstrong en 1885 : la peau est anesthésiée à l'éther, on saisit le ganglion entre le pouce et l'index de la main gauche et l'on y plonge obliquement jusqu'à son centre l'aiguille d'une seringue à injection hypodermique, puis l'on injecte lentement 20 à 50 gouttes d'une solution au 60° d'acide phénique. On comprime ensuite le bubon avec un sac de plomb ou de sable maintenu par des bandes. « Une seule injection suffit quelquefois à la guérison, écrit l'auteur, quand la glande est assez petite; si elle est grosse, il est quelquefois nécessaire de la répéter. » Verneuil avait eu recours aux injections d'éther iodoformé(1). Enfin la méthode a repris, dans ces dernières années, un regain d'actualité, entre les mains d'un médecin suédois, M. Welander (2) (de Stockholm): il se sert d'une solution au 100c de benzoate de mercure, dont il injecte le contenu d'une seringue de Pravaz (soit 0,01 de benzoate), par une ou deux piqures, dans le ganglion malade: 100 cas soumis à ce traitement lui auraient donné 78 résultats heureux, et, d'après lui, si le bubon n'est pas ou que peu fluctuant, il disparaît sans suppurer, sous l'influence du benzoate de mercure, dans 90 pour 100 des faits. En suivant la même pratique, Lœtnik (d'Odessa), aurait eu 90 pour 100 de succès, Spietschka aurait obtenu aussi de très heureux résultats; les recherches de MM. Brousse et Bothezat (de Montpellier) (5), les observations contenues dans la thèse de M. Yvinec (4) ne justifient pas des conclusions aussi optimistes.

Ces tentatives échouent donc très souvent, et le bubon suppure. A cette période, et bien qu'on ait fourni des exemples de résorption lente des abcès ganglionnaires (Lailler), la guérison ne s'obtiendra, en règle, qu'après l'évacuation

C'est pour éviter la cicatrice ultérieure qu'on s'est attaché à n'ouvrir à la collection ganglionnaire qu'une voie aussi étroite que possible. Broca, de très bonne heure, des que la tumeur avait acquis le volume d'une noisette, plongeait au centre du ganglion un bistouri étroit, et, par une pression énergique, exprimait le pus encore « mal élaboré ». Grynfeld, Le Pileur ont préconisé la ponction

(4) YVINEC, Contribution à l'étude du bubon. Thèse de doct., 1895.

aspiratrice, suivie d'une compression régulière; la ponction simple, au bistouri, complétée par un lavage au sublimé ou à la solution phéniquée forte, suffit parfois, lorsqu'il s'agit d'un bubon peu volumineux, et d'une collection purulente bien circonscrite et unique, sans altération étendue de la peau. Balzer s'est bien trouvé de la ponction, suivie du pansement à la pâte de Socin(1); Otis (2) la combine à l'injection de vaseline iodoformée.

L'important, c'est de ne pas trop s'attarder à ces procédés incomplets, et qui, par cela même, peuvent devenir dangereux. Ce qu'il faut, en réalité, c'est ouvrir de bonne heure le bubon, laver soigneusement sa cavité à la solution phéniquée forte, au sublimé à 2 pour 1000, ou au chlorure de zinc au 10°, et par-dessus appliquer un pansement à l'iodoforme, au sublimé, etc., large et hermétiquement fermé. Les données modernes nous ont appris que, seule, une antisepsie rigoureuse permet d'éviter la contamination secondaire et d'obtenir une guérison rapide et une cicatrice très étroite (voy. Bonain, thèse citée).

Se trouve-t-on en présence du chancre ganglionnaire constitué, c'est aux mêmes indications qu'il faut obéir : cautérisation au chlorure de zinc et pansement à l'iodoforme. S'il y a des tendances phagédéniques, l'intervention doit être plus active, et il est souvent utile de faire un grattage soigné de la plaie à la curette tranchante, d'abraser largement toute la surface chancreuse avant d'achever sa destruction par les caustiques. C'est encore en présence de ces formes graves, et aussi de ces bubons volumineux, à foyers multiples, à marche torpide, qui s'ouvrent mal, en plusieurs poussées, et qui restent fistuleux, que l'extirpation totale, largement faite, deviendrait une intervention tout indiquée. On ne la pratique pas, chez nous; les Allemands y ont souvent recours, comme nous l'avons montré plus haut. (Voy. Adénite aiguë, Traitement.)

2º Bubons syphilitiques. — Il n'y a rien à tenter en présence du bubon primaire; il semble d'ailleurs à peu près réfractaire à tout traitement, et le mercure luimême n'a sur lui qu'une action problématique. Mais si le bubon se complique, s'il est mixte, il faut agir.

Pour le bubon syphilo-strumeux, on combinera le traitement général antisyphilitique et anti-strumeux avec les moyens locaux, le grattage, les injections d'éther iodoformé, etc.

Ce sera au traitement spécifique qu'il faudra recourir dans les adénites secondaires et tertiaires, et il donne, dans ces cas, de brillants succès. Pourtant la forme phagédénique de la syphilis gommeuse des ganglions, telle qu'elle a été observée par Verneuil, déjoue souvent les meilleures ressources de la théra-

(1) Cette pâte est ainsi composée :

Chlorure de zinc														partics.
Oxyde de zinc														
Fou						- 22							03	_

On lui donne, en variant la proportion d'eau, la consistance voulue, et on l'applique sur le bubon ouvert, en plusieurs couches, alternant avec des 'couches d'ouate hydrophile. Séchée ainsi, elle constitue un pansement « antiseptique, occlusif et adhésif ». (Voy. Balzer et Sou-PLET, Emploi du chlorure de zinc dans le traitement du chancre mou et du bubon. Journ. de méd. et de chir. prat., 1891.)

10 grammes.

On injecte, dans le bubon ouvert, la mixture liquéfiée par la chaleur. (Otis, Journal of cutan. and gen. urin. Dis., vol. VI, p. 5.)

TRAITÉ DE CHIRURGIE, 2º édit. - I.

[F. LEJARS.]

[F. LEJARS.]

⁽⁴⁾ Von Eichstoff, Traitement des bubons par les injections d'éther iodoformé. Thèse de

⁽²⁾ WELANDER, Versuche über eine Abortivebehandlung der Bübonen. Archiv f. Dermat. u. Syphilis, 1891, p. 45, exp. 579.

BROUSSE et BOTHEZAT, De la valeur du traitement abortif des bubons par la méthode de Welander. Ann. de dermat. et de syphil., 1893, p. 346.