

cas de *chancre phagédénique*. Ce moyen de traitement réussit alors quelquefois, mais non toujours; car on voit souvent ces chancres avoir une marche envahissante et durer des mois et des années, malgré les traitements les plus rationnels. Dans ces cas, on devra toujours chercher à modifier la virulence de la plaie par des cautérisations variées, souvent répétées, et en même temps on soutiendra les forces du malade par un régime énergiquement tonique. L'emploi du mercure et des corps gras est ici absolument contre-indiqué; le mercure agirait comme un altérant des plus nuisibles.

Depuis 1850, Rollet et Diday ont substitué la pâte de Canquoin au caustique sulfo-carbonique. Ils ont publié le résultat de leur pratique dans la *Gazette médicale de Lyon* (15 décembre 1857, et 1^{er} février 1858), et Debauge en a fait le sujet de sa thèse inaugurale (1). Rien n'est plus facile que de tailler dans une plaque peu épaisse de chlorure de zinc une rondelle qui reproduise bien la forme du chancre. L'eschare est plus limitée qu'avec les autres caustiques; elle a 3 millimètres d'épaisseur au bout d'une heure d'action, 6 millimètres au bout de 6 heures, et de 1 à 2 centimètres au bout de vingt-quatre heures. En outre, le chlorure de zinc étant un caustique très-coagulant, on n'a pas à craindre les hémorrhagies; son emploi est moins douloureux et l'eschare tombe deux fois plus vite. Voici d'ailleurs les règles que donnent Rollet et Diday pour son application: vingt minutes pour le chancre de quatre jours et de 4 millimètres; on augmenterait de dix minutes pour chaque deux jours ou chaque 2 millimètres que le chancre aurait en plus, sans jamais aller au delà de deux heures.

Nous donnons la préférence au chlorure de zinc sur les autres caustiques dans la cautérisation du chancre; mais nous faisons quelques réserves sur la précision mathématique qu'on veut donner à l'action de cet agent.

Le traitement spécifique n'est indiqué que dans le cas de *chancre induré*; mais alors la syphilis constitutionnelle est faite, et nous renvoyons ce que nous devons dire sur ce point au moment où nous ferons l'histoire complète du traitement de la vérole confirmée. Le traitement local du chancre induré est des plus simples. On pansera cet ulcère avec une pommade au calomel, et on le lavera avec du vin aromatique mêlé d'une quantité variable d'eau.

Le chancre induré, comme nous l'avons vu plus haut, peut se cicatriser spontanément; mais alors une induration plus ou moins forte persiste pendant un temps variable.

Nous n'avons rien dit de la méthode abortive que Ricord a préconisée avec tant d'ardeur, espérant par l'emploi de ce moyen anéantir le fléau syphilitique. Pour nous, qui croyons à l'incubation du chancre induré, qui pensons que l'économie est déjà infectée quand cet ulcère

(1) Debauge, *Traitement des chancres simples et des bubons chancreux par la cautérisation au chlorure de zinc*, thèse de Paris, 1858, n° 198.

contagieux se montre, la méthode abortive n'a aucune valeur; et si cette méthode a pu faire croire à quelques succès, c'est qu'elle a été employée indifféremment contre le chancre mou et contre le chancre infectant, à une époque où la distinction de ces deux espèces n'était pas encore connue. Si un chancre mou n'était pas suivi de symptômes constitutionnels, c'était grâce à la cautérisation; et quand on voyait le ruban syphilitique se dérouler après un chancre infectant, on disait qu'on avait cautérisé trop tard. On devait donc avoir assez souvent raison, parce que les chancres simples sont plus fréquents que les chancres indurés, et parce que les chancres simples sont très-rarement suivis d'accidents constitutionnels.

2^o Bubon.

Le mot *bubon* (qui vient de βουβών, aine) n'a pas de signification précise; cependant on doit le conserver à cause de la difficulté de lui substituer une expression pouvant répondre à toutes les espèces morbides qu'il représente. Le bubon, en effet, n'est pas toujours une affection syphilitique; il peut être scrofuleux, pestilentiel, blennorrhagique. Mais si cette dénomination de bubon est vague, si ce mot ne dit rien comme symptôme morbide, on doit essayer d'établir des catégories, dont chacune, par ses caractères précis, aura une valeur diagnostique.

L'aine renferme un grand nombre d'éléments anatomiques: la peau, du tissu cellulaire, des aponévroses, des ligaments, des vaisseaux, des nerfs, des ganglions lymphatiques, et tous ces tissus peuvent être le siège de lésions. Des tumeurs étrangères à cette région peuvent aussi venir s'y montrer. Ce n'est pas à toutes ces tumeurs que l'on donne le nom de bubons, ce mot est réservé aux engorgements des ganglions lymphatiques en général; mais ici nous ne décrirons sous le titre de bubons que les engorgements ganglionnaires de provenance chancreuse. Ainsi les adénites inguinales, à grand axe vertical, symptomatiques d'une plaie du pied, par exemple, ne rentreront pas dans la classe des bubons que nous allons étudier. L'union qui existe entre le tissu cellulaire et les ganglions lymphatiques explique comment l'inflammation peut gagner ce tissu, après avoir envahi les ganglions, et, réciproquement, peut passer du tissu cellulaire aux ganglions. Ce voisinage des tissus empêche de donner toujours le nom de bubon à l'engorgement ganglionnaire seul; on doit souvent entendre, par cette dénomination, et l'engorgement ganglionnaire, et l'engorgement du tissu cellulaire voisin.

On a divisé les bubons en aigus ou chroniques; cette division, intéressante dans certains cas, donne peu d'indications diagnostiques. L'acuité et la chronicité ont d'ailleurs le tort d'être des caractères pouvant s'appliquer à un même bubon à des époques diverses de son existence. Il arrive en effet que ces tumeurs restent chroniques pendant un certain temps; puis, sous une influence quelconque, elles prennent une marche

aiguë. On voit plus souvent encore un bubon, aigu à son début, persister à l'état chronique pendant un temps fort long.

La division en *bubons symptomatiques* et en *bubons d'emblée* n'a pas de valeur absolue, aujourd'hui que le bubon d'emblée est loin d'être généralement accepté; elle peut toutefois être conservée pour la facilité de l'étude. Mais il faut en même temps admettre autant d'espèces de bubons qu'il y a de causes variées de ces tumeurs, et cette classification, basée sur leur nature, a l'avantage d'être féconde en indications, soit diagnostiques, soit pronostiques, soit thérapeutiques. Le bubon n'est pas une maladie, c'est un symptôme; et sur quoi, sinon sur la nature morbide, peut être mieux basée la classification d'une expression symptomatique?

La nécessité d'une classification reposant sur ces principes a été bien comprise par les auteurs de notre époque, et on la retrouve chez tous ceux qui se sont occupés des bubons d'une manière générale et des bubons syphilitiques en particulier.

HISTORIQUE. — Le bubon avait été observé par les anciens, et l'on trouve des traces de cette affection longtemps avant le xv^e siècle; nous l'avons établi par quelques citations. Les auteurs qui ont écrit depuis cette époque le signalent aussi, et chacun cherche à le faire cadrer avec la doctrine médicale régnante.

Mais on ne peut pas attacher de valeur à l'opinion de médecins qui n'avaient aucune connaissance des vaisseaux lymphatiques, et qui voyaient dans le bubon l'émonctoire d'une humeur phlegmasique sécrétée par le foie, une viciation de la lymphe, une métastase, etc. Il faut arriver jusqu'à Hunter pour trouver une étude sérieuse du bubon. Il admit trois sortes de bubons, qui, tous syphilitiques selon lui, étaient produits par absorption: 1^o le bubon d'emblée, produit par l'absorption du virus sans effet local; 2^o le bubon symptomatique de la blennorrhagie; 3^o le bubon symptomatique du chancre (le plus fréquent).

A notre époque, on retrouve pour l'histoire spéciale du bubon les deux tendances que nous avons signalées en exposant les doctrines générales de la syphilis: celle des identistes, dont les idées ont été formulées par Vidal, et celle dont Ricord s'est déclaré le chaleureux partisan.

Vidal admettait le bubon syphilitique et l'adénite simple; mais cette adénite, que d'autres appellent encore le bubon sympathique, était pour lui très-rare. En outre, il croyait que le bubon syphilitique pouvait provenir de la blennorrhagie comme du chancre, quoique moins souvent; enfin, selon lui, le bubon pouvait naître d'emblée.

Voici d'ailleurs comment il s'exprime: « Le virus syphilitique est la cause principale des bubons, mais il n'arrive pas toujours de la même manière au ganglion. Il peut y arriver après avoir ulcéré ou enflammé la surface tégumentaire avec laquelle il a été mis en rapport; ou bien c'est après une solution de continuité traumatique, ou même sans altération aucune de ces téguments, c'est-à-dire par absorption physiologique. Cela veut dire que le bubon peut survenir après un chancre, après une blen-

norrhagie, après une plaie inoculée et sans aucune de ces lésions, c'est-à-dire d'emblée.... La blennorrhagie est moins fréquemment le point de départ du bubon que le chancre.... Il n'y a rien de plus rare que ce qu'on a appelé *bubon bénin*, c'est-à-dire l'adénite, qui serait simplement inflammatoire, soit par extension, soit par sympathie.»

Ricord a procédé pour le bubon comme pour les autres accidents vénériens qu'il a soumis au critérium de l'inoculation, et son principal but a été de donner aux diverses variétés de bubons des caractères précis qui permissent d'en affirmer la nature. Il nia d'abord le bubon d'emblée; puis il élimina de la syphilis le bubon symptomatique de la blennorrhagie, comme il avait éliminé la blennorrhagie elle-même, et distingua les bubons sympathiques des bubons virulents. Mais sur quoi a-t-il voulu établir les différences? sur quels éléments a-t-il voulu fonder un diagnostic rigoureux? Sur un procédé expérimental dont il connaissait mal toutes les conditions et dont les résultats ne sont plus acceptables. Ainsi Ricord ne dirait plus aujourd'hui, comme il l'avait autrefois dans son *Traité des maladies vénériennes* (page 138), que « les bubons qui ne s'inoculent pas quand les expériences sont bien faites, ne sont jamais suivis d'accidents secondaires, et partant ne sont point syphilitiques. »

Toutes les propositions de Ricord étaient basées sur l'inoculation, dont il faisait un signe irréfragable de diagnostic. Mais le chirurgien du Midi ne pratiquait ses inoculations, comme nous l'avons déjà dit, que sur le sujet déjà malade, et ce procédé n'a aucune valeur pour l'inoculation du pus de chancre induré.

Malgré ces erreurs, nous nous plaisons à déclarer que c'est à Ricord et à ses élèves que l'on doit de bien connaître aujourd'hui le bubon et les caractères précis de ses diverses variétés.

SYMPTOMATOLOGIE. — Après cet aperçu historique, nous allons exposer les symptômes et la marche de ces engorgements ganglionnaires.

On divise les bubons en: 1^o *bubons d'emblée*, et 2^o *bubons symptomatiques*, mais nous n'admettons que le bubon symptomatique. Si nous parlons ici du bubon d'emblée, c'est pour mieux faire voir que rien jusqu'alors n'établit son existence.

a. **Du bubon d'emblée.** — On définit le *bubon d'emblée*, un engorgement ganglionnaire se développant dans l'aîne, sans qu'aucune lésion génitale ait préexisté.

Lagneau a cherché à montrer que cet engorgement ganglionnaire avait des droits d'ancienneté très-honorables; mais les faits anciens qui ont été rappelés par lui sont peu probants. De ce nombre est l'observation, citée par Fallope (*De morbo gallico*, cap. xc), d'un jeune homme qui, vingt-quatre heures après un coït impur, s'aperçut d'un bubon inguinal, sans qu'il fût accompagné d'aucun autre symptôme à la verge. Astruc, Swediaur et Bertrandi ont partagé le même sentiment que Fallope et donné des observations aussi peu scientifiques.

Hunter était partisan du bubon d'emblée. Lagneau en a fait con-

naître deux observations. Mordret, du Mans, a publié un fait de bubon primitif (*Recueil périodique de la Société de médecine de Paris*, cah. d'août 1827).

Vidal a cité, comme partageant la même opinion que lui, Reynaud, de Toulon (*Traité des maladies vénériennes*, 1845, p. 35), et a rapporté aussi deux faits qu'il a observés lui-même.

Bertherand (*Précis des maladies vénériennes*, 1852, p. 219) a cité une observation de bubon d'emblée. Schutzenberger (*Mémoires de la Société médicale de Strasbourg*, t. I, p. 92) en a publié deux cas; Baumès (*Précis théorique et pratique des maladies vénériennes*, t. I, p. 30), huit autres. Enfin de Castelnau (*Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, t. II, p. 38) s'est livré à une longue étude du bubon d'emblée, et en a fait connaître trois nouvelles observations.

Le nombre des faits de bubon d'emblée paraît assez nombreux; mais la plupart de ces observations sont sans aucune valeur. On peut en faire trois catégories :

1° Dans les unes, il y a eu apparition d'un bubon dont le pus a été inoculé; le résultat a été positif; il n'y a pas eu de symptômes constitutionnels, ou du moins on n'en parle pas.

2° Dans les autres, il y a eu apparition d'un bubon, et plus tard syphilis constitutionnelle.

3° Enfin on a observé un bubon avec pus inoculable, et plus tard une syphilis constitutionnelle. Ce dernier ordre de faits est plus invraisemblable que les deux premiers.

Toutes ces observations, rapportées souvent en deux lignes, sont très-loin d'avoir la rigueur qu'on désirerait : ou bien l'examen génital n'a pas été complet; ou bien il a été fait très-tard, alors qu'une ulcération aurait pu déjà avoir été réparée; ou bien les antécédents des malades étaient imparfaitement notés, et il n'est pas impossible de voir affecté de bubon un malade déjà atteint de syphilis constitutionnelle. Aucune des observations de bubon d'emblée ne nous a convaincu; nous n'en avons nous-même jamais observé, et, avant d'admettre un fait que ses partisans considèrent comme très-rare, il faudrait en posséder au moins une observation assez complète pour ne pas exiger une foi absolue de la part de celui qui l'accepte.

Diday (1), qui nie aussi le bubon d'emblée ordinaire, a admis une sorte de bubon d'emblée qui n'est pour tout le monde qu'une adénite. L'adénite inguinale se manifeste quand on a beaucoup marché; pourquoi donc les glandes de l'aîne ne s'enflammaient-elles pas après des excès de coït? Est-ce donc autre chose qu'une adénite simple, ce bubon dont le pus n'est pas inoculable, et qui n'est jamais suivi de symptômes constitutionnels?

Voici, d'ailleurs, les caractères du bubon qu'il appelle le vrai bubon d'emblée :

(1) *Nouvelles Doctrines sur la syphilis*, page 186.

1° L'incubation est longue; c'est trois semaines environ après le coït fatal qu'on en voit les premiers signes.

2° Quelques jours avant qu'il s'aperçoive de l'engorgement ganglionnaire, ou tout au moins dès son apparition, le malade ressent un ensemble de phénomènes généraux : insomnie, chaleur et sécheresse de la peau, frissons irréguliers, lassitude vague, un peu d'inappétence, douleurs de reins... Plus la tuméfaction ganglionnaire va en augmentant, plus la perturbation générale, au contraire, s'affaiblit. Ce n'est donc point là la réaction d'une partie enflammée sur tout l'organisme; ce paraît être l'indice d'un travail préparatoire de la lésion locale.

3° Dans ce bubon, l'inflammation est toujours médiocre.

4° Sa durée est assez longue; même dans les cas les plus favorables, il dure environ un mois.

5° La tumeur peut suppurer, et Diday a vu cette terminaison une fois sur quatre; mais jamais l'ouverture du foyer ne deviendra chancreuse, jamais le pus pris dans ce foyer ne donnera lieu, par l'inoculation, à une pustule chancreuse.

6° Enfin jamais ce bubon n'est suivi des symptômes de la syphilis constitutionnelle. Voilà pour la symptomatologie et le diagnostic; maintenant, quelle est la théorie? Nous la donnons sans aucune garantie.

Un homme a des rapports avec une femme qui a des chancres. Ces chancres peuvent reproduire des chancres sans bubon; le filtre capillaire a rempli tout son office. Mais ces chancres peuvent donner lieu à un bubon sans chancre, à un bubon d'emblée; alors le filtre a pu priver le virus de sa propriété la plus dangereuse, pour n'en faire, vis-à-vis des organes qu'il va traverser, c'est-à-dire vis-à-vis des ganglions, qu'un agent d'inflammation commune.

b. Du bubon symptomatique. — Les discussions dans lesquelles nous sommes entré montrent suffisamment que l'on a confondu, sous la dénomination de *bubons syphilitiques*, des engorgements ganglionnaires n'ayant rien de spécifique. Cependant nous sommes obligé de parler ici de toutes ces variétés; ce sera un moyen de rendre beaucoup plus claire l'étude du bubon syphilitique.

1° *Bubon symptomatique du chancre induré.* — Ce bubon se montre dans le cours du premier ou du deuxième septénaire qui suit l'apparition du chancre, pendant le quatrième ou le cinquième septénaire consécutifs au coït infectant.

Il se développe sans douleur, sans inflammation; aussi, grâce à cette indolence, est-il quelquefois ignoré du malade qui en est affecté. Il reste longtemps stationnaire et fait des progrès lents. Plusieurs ganglions lymphatiques sont engorgés en même temps; ces ganglions multiples, durs, roulent sous la peau, séparés l'un de l'autre par un tissu cellulaire qui reste intact, et ils forment comme autant de bosselures dans le pli de l'aîne.

Il peut arriver que, chez les sujets scrofuleux, le tissu cellulaire intermédiaire finisse par s'affecter, et donne lieu, avec les ganglions, à une masse

plus ou moins sphérique, ovoïde, inégale, aplatie, allongée, pouvant occasionner au malade une gêne dans la marche et certains mouvements. Mais le plus souvent ces tumeurs sont indépendantes, multiples, indolentes.

Le bubon dure beaucoup plus longtemps que le chancre qui a été sa cause occasionnelle; il persiste après la cicatrisation du chancre, et on le retrouve encore à une époque où il n'y a plus de trace de l'induration chancreuse. Ce bubon est plus facile à percevoir chez l'homme que chez la femme; il siège dans le groupe ganglionnaire qui correspond aux vaisseaux lymphatiques du point où existe le chancre. Le chancre de la verge s'accompagne de bubons inguinaux : ces bubons existent ordinairement des deux côtés. Le chancre de l'anus se complique également de bubons dans l'aîne, avec cette particularité, toutefois, que ce sont les ganglions situés aux extrémités du ligament de Fallope qui sont engorgés. Dans le cas de chancres des lèvres, des bubons sous-maxillaires sont symptomatiques du chancre labial, etc.

Le plus ordinairement ces bubons sont indolents pendant toute leur période; il peut cependant arriver de les voir s'enflammer et suppurer chez les sujets strumeux. Bazin a même justement insisté sur la propriété que possède la syphilis d'éveiller la diathèse scrofuleuse. Voici d'abord ce qu'on observe. Les engorgements multiples, indépendants, se réunissent comme nous l'avons déjà vu, et l'inflammation se dessine d'une façon assez nette par un peu de chaleur et une douleur obtuse, légère. Quelques points présentent plus d'empâtement, mais moins d'induration. La peau s'affecte lentement; elle devient plus chaude, prend une teinte rouge; les parties les plus affectées se ramollissent et offrent peu à peu de la fluctuation. La gêne et la douleur augmentent, et le malade ne peut que difficilement marcher. Ces phénomènes inflammatoires excitent une réaction fébrile et déterminent des symptômes généraux. Enfin ce bubon, s'il est abandonné à lui-même, s'ouvre dans un seul point ou dans plusieurs points où la peau est amincie.

Ce bubon peut donc suppurer, mais dans des conditions exceptionnelles, à la suite d'excès, de marche forcée, et, à ce moment, il a encore un caractère important : c'est que le pus produit n'est pas inoculable au malade lui-même. Est-il inoculable à un sujet sain? Nous ne sachions pas que l'expérience ait jamais été faite; nous espérons qu'elle ne le sera point, mais il est fort probable que l'inoculation serait positive.

Si la syphilis primitive peut affecter le système lymphatique, comme nous venons de le dire, on peut voir également affectées secondairement différentes parties de ce même système, lorsque l'économie tout entière a subi l'infection. Ces bubons syphilitiques secondaires, dont nous dirons plus loin quelques mots, sont identiques, quant à leurs caractères, avec les bubons syphilitiques symptomatiques du chancre infectant. La cause de ces bubons syphilitiques secondaires a été différemment interprétée. Faut-il les regarder, avec Cullerier, comme symptomatiques d'une ulcération secondaire persistante, ou bien croire, avec Ricord, qu'ils sont le

résultat d'une infection générale sans cause locale occasionnelle? L'époque de leur apparition pourra servir à répondre plus tard à cette question.

2° *Bubon symptomatique du chancre mou.* — Ce bubon accompagne moins fréquemment le chancre mou que le précédent le chancre induré; il ne se montre pas immédiatement; quelquefois même on ne l'observe que longtemps après le développement du chancre mou. Ce caractère le différencie déjà de la variété précédente. Sa durée, qui est ordinairement de plusieurs septénaires, peut être de plusieurs mois. Puche a même signalé un bubon qui se serait développé trois ans après l'apparition du chancre; mais il est permis de faire quelques réserves sur ce fait.

Avec le chancre mou, le bubon n'est ordinairement que mono-ganglionnaire; il n'affecte que les ganglions superficiels, et s'accompagne de symptômes inflammatoires assez intenses. La peau s'amincit et l'abcès s'ouvre spontanément, ou bien le chirurgien prévient cet amincissement ainsi que le décollement consécutif de la peau, et pratique l'ouverture de l'abcès.

Le pus est plus ou moins lié, consistant, de bon aspect, ou bien il est séreux, mal lié, grumeleux : ces caractères divers du pus tiennent à une différence d'origine, l'un provenant du ganglion, l'autre du tissu cellulaire. Le pus provenant du ganglion est inoculable sur le sujet lui-même autant de fois que l'on voudra; si, dans certains cas, cette inoculation n'a pas réussi, et si l'on est arrivé à des résultats contradictoires, cela tient à ce qu'on a inoculé un pus provenant de l'inflammation du tissu cellulaire voisin, avant qu'il y ait eu mélange des deux pus. Cette remarque a une grande importance : elle montre le soin qui doit présider à ces inoculations; elle apprend qu'on doit varier ses expériences, et inoculer uniquement avec du pus d'origine ganglionnaire. Le bubon suppuré, ouvert et abandonné à lui-même, présente les caractères suivants : les bords de l'ouverture sont inégaux, grisâtres, durs, dentelés, taillés à pic, décollés; le fond, qui a pour base le tissu du ganglion, offre également l'aspect chancreux; le tissu environnant est plus ou moins induré. Le bubon a peu de tendance à la cicatrisation, qui est dans ces cas toujours plus lente, plus embarrassée que dans la variété qui succède au chancre infectant.

3° *Bubon phagédénique.* — Le bubon virulent offre, comme le chancre qu'il accompagne, la complication phagédénique. Le *bubon phagédénique* est aussi rebelle que le chancre phagédénique; c'est lui que l'on voit quelquefois envahir la cuisse et aller jusqu'au genou, se cicatrisant çà et là, mais conservant toujours un point ulcéré.

4° *Bubon sympathique.* — Le bubon virulent n'est pas le seul qui accompagne le chancre mou; on voit quelquefois, dans ce cas, les ganglions devenir douloureux, se souder de bonne heure, soit entre eux, soit aux tissus ambiants, et former ainsi une tumeur unique ou tout au plus bilobée par le pli de l'aîne. Cette tuméfaction inflammatoire ne suppure pas le plus ordinairement; c'est ce qu'on a appelé un *engorgement sympathique*. Cette adénite sympathique s'observe encore quelquefois dans les cas de blennorrhagie. Alors les ganglions inguinaux sont légèrement tuméfiés,

unis par un tissu cellulaire à peine empâté, qui les laisse séparés et mobiles; ils sont un peu douloureux à la pression; puis, au bout de huit à dix jours, sans traitement, ils reviennent à leur volume et à leur sensibilité ordinaires.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic comprend trois questions à résoudre :

1° Le diagnostic des bubons et des autres tumeurs qui peuvent se montrer dans l'aîne;

2° Le diagnostic des bubons vénériens et des bubons scrofuleux;

3° Le diagnostic différentiel des diverses espèces de bubons vénériens.

1° Dans la plupart des cas, il est facile de distinguer les bubons des diverses tumeurs étrangères aux ganglions, avec lesquelles on pourrait les confondre. Ainsi, avec un peu d'attention, on les séparera des *abcès par congestion*, des *hernies inguinales*, de l'*anévrisme de l'artère crurale*. Les antécédents et les symptômes concomitants ne permettent pas non plus de les confondre avec la *hernie crurale*. La circonstance de l'existence de quelque plaie, de quelque inflammation cutanée, de furoncles, etc., dans des points voisins de l'aîne et d'où les vaisseaux lymphatiques se rendent aux glandes inguinales, empêcherait de prendre pour un bubon syphilitique l'engorgement simple inflammatoire de ces glandes déterminé par les affections dont nous venons de parler.

2° Ce diagnostic présente plus de difficulté pour les bubons strumeux; il devient même très-difficile dans quelques cas, où l'on voit des sujets scrofuleux prendre la vérole, et la syphilis éveiller chez eux la diathèse scrofuleuse. La préexistence d'un chancre ne fournit pas dans ce cas de bien précieuses indications.

Cependant, dans le cas de bubons scrofuleux, on est guidé, d'un côté, par la considération des traits généraux du malade, par des circonstances antécédentes relatives à sa vie d'enfance, de puberté, de jeunesse, par la coïncidence d'autres glandes engorgées ou suppurées sur les parties latérales du cou, tous signes de la diathèse scrofuleuse; d'un autre côté, par la considération du bubon lui-même. Lorsque ce bubon est scrofuleux, il marche très-lentement; offre, au lieu de la dureté jointe à une légère élasticité du bubon syphilitique, une consistance beaucoup plus molle; demeure longtemps stationnaire; gagne à la longue, et sans exacerbation remarquable dans le mouvement inflammatoire, la peau, qui devient violacée, amincie; enfin s'ouvre pour laisser échapper un pus granuleux, séreux. Ce bubon laisse à sa suite un ulcère scrofuleux qui résiste longtemps à toutes les médications employées, et ne s'améliore que sous l'influence des progrès de l'âge, si l'individu affecté est encore jeune, ou sous l'influence d'un changement complet dans les conditions hygiéniques, ou par l'administration de l'iode, etc.

3° Quant au diagnostic différentiel des variétés du bubon vénérien, ce diagnostic ne présentera plus de difficulté après les développements dans lesquels nous sommes entré en traitant sa symptomatologie. L'adénopathie syphilitique, par ses caractères de dureté, d'indolence, de multi-

plicité, se distingue suffisamment de l'adénite symptomatique du chancre mou, de cette adénite aiguë, douloureuse, superficielle, dont le pus est inoculable et dont les bords offrent l'aspect chancreux.

Au début, les adénites sympathiques inflammatoires seraient facilement prises pour l'adénite virulente symptomatique du chancre mou; la marche seule de la maladie pourra permettre d'établir le diagnostic.

PRONOSTIC. — Le pronostic des bubons varie suivant leur cause; les adénites sympathiques ne présentent aucune gravité; l'adénite virulente sera quelquefois d'un pronostic sérieux, surtout chez les sujets d'une mauvaise constitution. On sait, en effet, que ces bubons peuvent se compliquer de phagédénisme et persister pendant plusieurs années. L'adénopathie indolente est un signe de vérole constitutionnelle, elle est donc d'un pronostic sérieux, comme indice d'une maladie générale; mais, comme accident local, elle occasionne si peu de gêne au malade, que souvent même elle est méconnue par lui.

TRAITEMENT. — Le traitement est *préventif* ou *curatif*. 1° Pour avoir le plus de chance d'éviter le développement du bubon, les malades affectés de blennorrhagie et de chancres devront garder le repos; mais, malgré tous les soins préventifs, le bubon se développe souvent sans cause excitante. 2° Nous allons examiner maintenant le *traitement curatif* des diverses sortes de bubons.

1° *Bubon sympathique*. — Ce bubon ne demande pas un traitement bien énergique. Il suffit de conseiller le repos, des bains, quelques sangsues, et des cataplasmes sur la partie malade. D'ailleurs, pour le traitement de cette sorte de bubon, nous renvoyons le lecteur à l'article MALADIE DES GANGLIONS LYMPHATIQUES.

2° *Bubon symptomatique du chancre induré*. — Le traitement de cette sorte de bubon est celui de la syphilis constitutionnelle; si, par exception, ce bubon vient à suppurer, on l'ouvrira comme le bubon virulent.

3° *Bubon virulent du chancre mou*. — On a vanté à titre de moyens abortifs de la suppuration l'emploi topique de la glace, la compression, la cautérisation immédiate, les mercuriaux, etc.

La glace, dit-on, réussit quelquefois au début. Si, sous son influence, la tumeur augmentait et devenait douloureuse, on devrait renoncer promptement à ce moyen. La compression a eu aussi des succès éphémères, mais elle n'est pas sans inconvénient; en exagérant souvent la douleur, elle aggrave l'inflammation. On peut la pratiquer à l'aide de bandes roulées, ou bien avec du diachylon. On a conseillé aussi l'emploi d'une brique chaude; ce moyen a une double action: par compression et par l'effet du calorique. Les autres moyens abortifs de la suppuration sont sans valeur. Les sangsues ne devront pas être employées dans le cas de bubon virulent, les petites plaies auxquelles elles donnent lieu pouvant se compliquer d'inoculations chancreuses.

Si le bubon est fluctuant, on conseille l'emploi des vésicatoires. Ceux qui ont vanté ce moyen ont pensé qu'il produisait la résorption du pus et