

CHAPITRE IV

L'INFLAMMATION DES VAISSEAUX

ET DES GANGLIONS LYMPHATIQUES

La résorption du virus chancreux entraîne comme conséquence l'inflammation des vaisseaux lymphatiques efférents et plus fréquemment encore celle des ganglions lymphatiques voisins. Lorsque le chancre siège au pénis, la **lymphangite** se traduit par une tuméfaction aiguë et douloureuse des lymphatiques dorsaux de la verge, qu'on perçoit sous la peau hyperémisée sous forme d'un cordon lisse ou irrégulièrement bosselé. Sous l'influence d'un traitement approprié, la tuméfaction finit en général par se résorber. Parfois cependant il se forme à un ou plusieurs endroits une infiltration plus étendue qui, rapidement, subit la fonte purulente. La peau qui la recouvre rougit fortement, elle s'ouvre et le dépôt purulent s'échappe au dehors (*Bubonulus*). Il va sans dire que le chancre mou, quelle que soit la localisation qu'il affecte, produit la même lymphangite dans les réseaux qui lui correspondent. — Lorsque la lymphangite est à son début, il faut ordonner le *repos absolu*, afin de limiter le plus possible les progrès de l'inflammation; le pénis étant relevé par un coussin, on l'entoure de *compresses fraîches* d'eau blanche. — Dès que la fluctuation devient perceptible, on incise ces bubonuli, et on les panse à l'iodoforme.

Les affections chancreuses des ganglions lymphatiques, les **bubons**, sont beaucoup plus fréquentes et ont une importance beaucoup plus considérable; comme le chancre mou siège presque exclusivement aux organes génitaux, ce sont les ganglions inguinaux qui sont le plus souvent pris et parmi eux, surtout les ganglions superficiels, situés immédiatement sous le ligament de Poupart. Quand le chancre présente une localisation extragénitale, ce sont évidemment les ganglions de la région malade qui s'entreprennent; aussi au chancre mou de la bouche correspond le bubon des ganglions sous-maxillaires; au chancre de la main le bubon des ganglions cubitiaux ou axillaires.

La lymphadénite consécutive au chancre mou se développe toujours d'une manière aiguë, avec ou sans inflammation antérieure des lymphatiques afférents. On voit ici un fait analogue à ce qui se passe dans l'épididymite: le virus chancreux semble souvent traverser les vaisseaux lymphatiques sans en provoquer l'inflammation, absolument comme le virus blennorrhagique traverse le canal déférent dans l'épididymite. Les ganglions malades se tuméfient; les douleurs sont vives et chez les individus sensibles s'établit un mouvement fébrile; suivant qu'il y a un seul ou plusieurs ganglions atteints, la tumeur atteint des dimensions variables et peut aller jusqu'au volume de la moitié du poing. Quand les bubons acquièrent un volume considérable et que toute la masse ganglionnaire est fortement tuméfiée, ils portent le nom de *bubons strumeux*. Comme le bubon chancreux ne se limite pas au ganglion et que le tissu périganglionnaire s'enflamme aussi (*Périadénite*) les bubons volumineux qui résultent de la tuméfaction de plusieurs ganglions, se présentent sous forme de tumeurs compactes, dont il est impossible de délimiter les éléments constitutifs. La peau qui recouvre le bubon est hyperémisée. — Les ganglions inguinaux sont envahis tantôt d'un seul côté, tantôt des deux côtés à la fois; dans le premier cas, le côté atteint correspond ordinairement au siège de l'ulcère; mais ce fait n'est pas constant; on peut, en effet, avec un chancre qui siège à droite, voir le bubon se développer à gauche et réciproquement. Cette anomalie s'explique par les nombreuses anastomoses des vaisseaux lymphatiques qui permettent parfois au virus chancreux de passer d'emblée aux ganglions du côté opposé. — Les douleurs sont spontanées au début de la maladie; elles s'exaspèrent facilement sous l'influence des mouvements. La marche devient impossible, l'immobilité s'impose.

Marche de la maladie. — Il est rare que le bubon se résorbe; on ne constate cette résorption que dans les bubons de faibles dimensions; plus souvent, et le fait est constant pour les bubons volumineux, le ganglion subit la *fonte purulente* et l'abcès qui s'est formé *s'ouvre au dehors*. Au plus tôt pendant la deuxième semaine après le début de l'inflammation et souvent beaucoup plus tard, on perçoit au sommet de la tumeur de la fluctuation, tandis que les parties qui entourent ce point conservent leur dureté. Quand on n'incise pas le bubon, la fonte progresse jusqu'à ce que la tumeur tout entière soit transformée en une masse

molle, fluctuante. Dès que la fluctuation s'est établie, les douleurs diminuent rapidement. Au point culminant de la tuméfaction, la peau s'amincit de plus en plus et finit par se rompre; il s'échappe du bubon un flot de pus épais, crêmeux, parfois mélangé de sang. En même temps, les symptômes subjectifs disparaissent presque complètement.

L'évolution du bubon dépend en grande partie du traitement qu'on lui oppose et d'autres circonstances encore. Dans certains cas, l'ouverture fistuleuse laisse pendant longtemps échapper du pus en quantité variable, jusqu'à ce qu'enfin, après des semaines et même des mois, la guérison s'établisse en laissant une cicatrice. Dans d'autres cas au contraire, l'ouverture s'élargit très rapidement et, en peu de temps, le bubon se transforme en un ulcère dont les dimensions correspondent à l'étendue primitive de la tumeur et dont les caractères sont absolument identiques à ceux du chancre (*bubon virulent*). On n'a pu jusqu'ici établir nettement, si dans de tels cas, il faut admettre une infection du bubon par le chancre coexistant ou si le virus chancreux arrive par les lymphatiques jusqu'aux ganglions en conservant toute son activité spécifique. Le fait que les bubonules, toujours plus rapprochés du chancre que les bubons, deviennent plus souvent chancreux que ceux-ci, peut s'expliquer par les deux théories. Le bubon virulent peut, absolument comme le chancre lui-même, prendre la forme gangréneuse ou serpiginieuse; dans le premier cas principalement, on aboutit à de larges et profondes destructions de tissus. La peau et le tissu sous-cutané sont alors complètement détruits sur un espace grand comme la paume de la main, plus grand même et les muscles sont disséqués comme sur une préparation anatomique.

Le bubon est une complication très fréquente du chancre mou. Il atteint avec une remarquable fréquence le *sexe masculin*, ce qui s'explique peut-être par le fait que les efforts et les mouvements sont moins violents chez la femme; ils constituent en effet une condition favorable au développement du bubon. — En ce qui concerne l'époque d'apparition du bubon, il se produit ordinairement au cours des premières semaines qui suivent le début du chancre; cependant il naît parfois plus tard, même après la cicatrisation complète de l'ulcère. Dans ce dernier cas, il faut admettre que le virus avait déjà pénétré dans les voies lymphati-

ques et que, pendant le temps qu'il a mis à arriver aux ganglions, le chancre s'est guéri.

Le **Pronostic** du bubon est, somme toute, favorable, si l'on fait abstraction des cas plus sérieux que nous avons signalés plus haut et qui, heureusement, sont excessivement rares. Toutefois; la guérison exige un temps ordinairement considérable, même dans les cas heureux; de plus il ne faut pas oublier que, lorsque le traitement est négligé, la putréfaction du pus peut s'établir et amener, par résorption la *septicémie* et la *mort*. De pareils cas sont d'autant plus tristes que la lésion qui a produit la mort est insignifiante en elle-même.

Le **Diagnostic** ne présente, en général, aucune difficulté. Cependant, on peut rencontrer des symptômes semblables à ceux du bubon dans l'*adénite inguinale symptomatique* consécutive à une lymphangite, déterminée par exemple par de petites ulcérations du pied; si la lymphangite a disparu, nous devons, pour arriver au diagnostic, nous contenter des dires du malade; car il est bien possible que le chancre, s'il a existé, soit déjà guéri lors de l'examen. Ce sont ces cas qui ont fait admettre par erreur une classe spéciale de bubons « le bubon d'emblée » dû à la résorption directe du virus chancreux par les voies lymphatiques sans qu'il se soit formé de chancre. — Il est impossible de confondre le bubon avec une *hernie*; tout au plus l'épiplocèle pourrait-elle prêter à l'erreur. — Par contre l'épididymite qui survient dans les cas où le testicule s'est arrêté dans le canal inguinal (*cryptorchidie*) donne parfois des symptômes identiques à ceux du bubon: tumeur dure, douloureuse à la région inguinale avec hyperémie de la peau. — Cependant, la tumeur est, dans l'épididymite, située plus haut, au-dessus du ligament de Poupert et l'absence d'un testicule dans les bourses lève tous les doutes. Le bubon qui s'est ouvert pourrait être confondu avec une *lymphadénite cancéreuse*; ici l'existence d'un carcinome des organes génitaux, facile à distinguer du chancre mou, est toujours un guide sûr pour le diagnostic. La différence avec l'*adénite syphilitique* est facile à établir; nous en parlerons dans la partie suivante, au chapitre qui traite de cette dernière affection.

L'examen anatomique de bubons extirpés au début du mal, montre les ganglions fortement tuméfiés, présentant une coloration rougeâtre sur la coupe; on y constate, alors même que la fluctuation fait complètement défaut, des foyers de fonte puru-

lente, disséminés dans la tumeur. D'après des recherches récentes, ces foyers seraient des ilots nécrotiques. Plus tard, les glandes et le tissu avoisinant sont complètement détruits. Le bubon est-il dû à un poison spécifique ayant pénétré dans les ganglions ou ne s'agit-il, en l'espèce, que de la résorption d'une substance irritante, mais non spécifique; en un mot, le bubon chancreux ne serait-il qu'une adénite symptomatique, comme dans l'eczéma, le prurigo, etc? Cette question est bien près d'être résolue. On a récemment établi que le bubon, avant d'être ouvert, ne contient aucune bactérie, aucun microbe pyogène, aucun des bacilles du chancre lui-même. Les inoculations faites au moyen du pus d'un bubon ont toujours donné des résultats négatifs. Il résulterait donc de ces faits que c'est aux toxines du bacille du chancre mou qu'il faudrait attribuer la nécrose des ganglions et l'inflammation de ceux-ci (PICK, ELIASBERG, SPIETSCHKA). Il faut cependant noter qu'on a signalé, dans le pus d'un bubon, avant toute incision, la présence du bacille du chancre mou (AUDRY, KREFTING). Au surplus, rien n'empêche d'admettre qu'il ne faille pas admettre les deux modes pathogéniques. La grande tendance à la fonte purulente qu'on observe dans le bubon chancreux, rend aussi vraisemblable l'idée qu'il s'agirait ici d'autre chose que d'une lymphadénite symptomatique, qu'il se fait une *résorption d'une substance douée d'une activité spécifique*. Le processus chancreux ne dépasse jamais les ganglions inguinaux (ou quand le chancre a une localisation différente, les ganglions immédiatement voisins); *jamais* le virus ne passe dans le sang et ne produit une *infection générale de l'organisme*.

Traitement.— Les indications du traitement sont naturellement très différentes d'après le développement qu'a pris le bubon au moment où il arrive en traitement. Lorsque la tuméfaction est à son début, tous nos efforts doivent tendre à arrêter le plus possible les progrès de l'inflammation, à éviter la suppuration. On y réussit quelquefois en prescrivant le *repos absolu*, l'*application du froid*, les *préparations d'iode* (frictions à la pomade iodée, iod. pur. 0,2, Kal. iod. 0,3, Lanol. 20 ou badigeonnages avec tinct. iod. et tinct. gall.). Mais si l'inflammation augmente et qu'on perçoive déjà de la fluctuation au sommet de la tumeur, il ne peut évidemment plus être question de résorption et il ne reste plus que deux voies ouvertes au traitement. Nous pouvons ou *enlever* en une fois tout le foyer

morbide en extirpant la glande enflammée avec le tissu malade qui l'entoure, ou bien nous pouvons activer le plus possible la *formation du pus et son élimination*, puis chercher à produire au plus vite, par un traitement convenable, l'occlusion de la poche abcédée.

Pour les bubons, où l'on ne constate pas encore de fluctuation étendue, je conseille, contrairement à mes anciennes idées, de faire l'extirpation totale avec suture et drain; c'est la méthode la plus rapide. Même dans les cas où la perforation s'est déjà faite, on arrive parfois, en excisant l'ouverture, à obtenir la réunion par première intention.

L'extirpation se recommande surtout pour les bubons strumeux. Si la fonte purulente est considérable, si, pour un motif ou pour un autre, l'extirpation totale est impossible, il faut chercher à accélérer le plus possible le travail de suppuration, par l'application d'enveloppements chauds.

Dès que la tumeur présente de la fluctuation il faut évacuer le pus en pratiquant une longue incision, parallèle au ligament de Poupert; on injecte ensuite dans la cavité une solution d'acide phénique ou de sublimé et, après la cessation toujours rapide de l'hémorragie, on saupoudre la plaie à l'*iodoforme* et on applique un pansement antiseptique à l'ouate phéniquée ou salicylée, soit à la gaze au sublimé. Au début on lève le pansement tous les jours, plus tard on le change tous les deux ou trois jours; en procédant ainsi, on obtient presque toujours la guérison au bout de deux à quatre semaines après l'incision. Dans les vastes bubons cependant, la guérison se fait plus longtemps attendre. Il va sans dire que les malades doivent garder la chambre et se tenir tranquilles pendant les premiers jours qui suivent l'opération; plus tard ils peuvent, s'ils portent un pansement bien fixé (bandes de caoutchouc), se livrer à leurs occupations si celles-ci n'exigent pas de trop grands efforts corporels. Ce traitement présente sur l'excision le grand avantage de n'enlever le malade à ses occupations que quelques jours seulement. Parfois on constate, après l'incision, que la suppuration n'a détruit que le tissu périglandulaire et on aperçoit, au fond de la plaie, les ganglions tuméfiés et en partie isolés des tissus environnants. Dans ces cas, si l'on ne veut pas voir la guérison trainer très longtemps, il faut pratiquer l'*énucléation*, ce qui se fait de préférence sans instruments tranchants, au moyen du doigt. Tout récemment Lang a précoc-

nisé une nouvelle méthode de traitement, plus simple et plus rapide et que, d'après l'expérience que j'en ai, je ne puis que recommander. Dans les bubons peu volumineux, on fait, au centre de la tumeur, une petite piqûre au bistouri et on exprime le pus, puis on remplit la cavité au moyen d'une solution à 1/2 ou à 1 % de nitrate d'argent qu'on injecte au moyen d'une seringue de Pravaz à canule mousse. L'ouverture est obturée par du collodion iodoformé et recouverte d'un pansement simple. On enlève le pansement, d'abord tous les jours, puis tous les 2 ou 3 jours, puis plus rarement encore; on exprime la sécrétion et l'on injecte à nouveau la solution de nitrate d'argent.

Pour les bubons volumineux on fait deux ouvertures et dans les premiers jours on place un drain. Le temps nécessaire à la guérison est sensiblement plus court que par les autres méthodes.

La situation est tout autre, lorsque le bubon s'est déjà ouvert et qu'il s'est formé un ulcère plus ou moins fistuleux donnant issue à un peu de pus. Il faut alors *inciser la fistule*, gratter à fond la surface mise à jour au moyen de la *curette tranchante*; on panse à l'*iodoforme*. Ce dernier médicament présente une action vraiment étonnante sur le *bubon virulent*, qu'on voit sous son influence guérir en un temps excessivement court. Le *bubon gangréneux* sera aussi traité à l'*iodoforme*; il faut cependant, en raison de l'étendue de la surface résorbante de l'ulcère ne pas perdre de vue le danger d'une intoxication; on se servira de vin camphré et on prescrira les *bains chauds prolongés*.

TROISIÈME PARTIE

SYPHILIS

CHAPITRE I

DÉFINITION ET EXPOSÉ GÉNÉRAL DE LA MALADIE

La syphilis est une *maladie infectieuse chronique* dont l'agent pathogène est un *virus spécifique*. L'inoculation de ce virus entraîne à sa suite l'infection de l'organisme tout entier : la syphilis est une maladie « constitutionnelle »; les symptômes qu'elle présente peuvent donc se manifester sur toutes les parties du corps.

Après l'inoculation du virus syphilitique, on constate d'abord, au bout d'un certain temps d'incubation, une modification à l'endroit inoculé : c'est la *manifestation syphilitique primitive* ou *initiale*, c'est, pourrait-on dire, le « berceau » du virus. Partant de là, celui-ci pénètre dans le système lymphatique; après avoir traversé les vaisseaux et les ganglions lymphatiques et leur avoir fait subir des modifications morbides, il se répand dans le sang et de là se diffuse dans tous les tissus du corps où il donne lieu aux altérations pathologiques les plus variées. Le processus est analogue à celui qu'on observe dans une tumeur maligne, un cancer, par exemple : là aussi on voit des particules de la tumeur partir du point primitivement atteint, pénétrer dans la circulation sanguine et lymphatique et donner lieu par métastase au développement de nouveaux néoplasmes dans les régions les plus variées du corps : la maladie est alors généralisée (VIRCHOW).