

chancre sans l'aide d'aucun caustique. Son odeur pénétrante en rend malheureusement l'emploi souvent impossible, en dépit des divers artifices proposés pour masquer cette odeur : addition de poudre de café (1 partie pour 2 d'iodoforme), de coumarine (1 pour 5), d'essence de menthe, d'eucalyptus, de bergamote (V à X gouttes pour 10 grammes d'iodoforme), etc.

Deux composés iodés, nouvellement introduits en thérapeutique, l'*iodol* et l'*aristol* (biiodure de thymol), ont été substitués à l'iodoforme; on peut combiner d'ailleurs l'emploi de l'iodoforme et celui de l'*aristol*, en faisant appliquer l'iodoforme pendant la nuit et l'*aristol* pendant le jour.

L'*acide salicylique*, associé à une poudre inerte de talc ou d'amidon (9 parties de poudre pour 1 d'acide), a été souvent employé; d'après M. Balzer, il devient facilement irritant. Le salol est des plus infidèles.

M. Balzer emploie une *poudre composée d'une partie de chlorure de zinc pour 9 d'oxyde de zinc*; si elle se montre trop caustique on porte à 15 parties la proportion d'oxyde de zinc.

Le *sous-benzoate de bismuth* (Finger) et surtout le *gallate basique de bismuth* (dermatol), le *tartrate ferrico-potassique* ont encore été proposés.

Quel que soit le topique choisi (nous pourrions en étendre la liste), il est nécessaire que le malade prenne des soins minutieux de propreté, et qu'à cet effet, il prenne fréquemment des *bains locaux* (eau boriquée), qu'il recouvre le chancre d'un pansement protecteur, après application du topique.

Il doit en outre observer le repos, éviter les contacts et les mouvements capables de déplacer les pansements ou d'amener une irritation du chancre. On ne négligera pas d'améliorer l'état général, chez les malades affaiblis, à l'aide d'une alimentation substantielle et d'une médication tonique, la débilitation étant l'une des causes qui favorisent le phagédénisme.

« Destruction rapide et graduelle de la virulence par les caustiques, antiseptie, repos et toniques, c'est en cela que se résume le traitement du chancre mou (Balzer). »

Certains chancres mous demandent des soins particuliers.

Les chancres du méat doivent être touchés à l'acide phénique et saupoudrés de salol (Du Castel); il faut se garder de pousser des injections ou d'introduire des sondes, ce qui pourrait amener des inoculations profondes.

Le chancre peut venir compliquer un phimosis; si la réduction est impossible, le malade doit prendre un grand bain tous les jours, et des bains locaux fréquents; de plus, il doit faire quatre fois par jour, entre le gland et le prépuce, un lavage avec de l'eau boriquée, puis, immédiatement après, un second lavage avec une solution de nitrate d'argent au 100°, ou avec de l'eau additionnée, soit de liqueur de Labarraque, soit de coaltar saponiné.

Le chancre de l'anüs ne doit pas être traité par le nitrate d'argent; il vaut mieux le panser avec de la vaseline iodoformée au 10°. Le malade n'ira à la selle qu'après avoir pris un lavement huileux et s'être enduit l'anüs avec un corps gras.

La complication la plus fréquente du chancre simple est le bubon.

On pensait autrefois que la majorité des bubons devient chancreuse; c'est là une erreur; le professeur Straus a montré que la transformation chancreuse est due à une inoculation de la plaie par les mains ou les objets de pansement, et

qu'habituellement le bubon est une adénite simple (on évalue 15 pour 100 seulement la proportion des bubons qui sont virulents à l'ouverture).

La conclusion pratique est que le traitement du bubon ne doit pas différer de celui des adénites en général.

Tout au début, on peut essayer de faire avorter l'adénite à l'aide de moyens banals : *repos au lit, bains répétés, onctions d'onguent napolitain*, etc.

Lorsque le ramollissement est manifeste, il faut ouvrir le bubon pour prévenir les décollements. On fait une incision perpendiculaire au pli de l'aîne, on vide l'abcès, on en fait le curettage, et l'on pratique un lavage dans la cavité avec une seringue à injection urétrale chargée de liqueur de Van Swieten, ou mieux encore d'une solution de nitrate d'argent au 50°; au bout de deux minutes, on assèche avec un tampon d'ouate hydrophile, on remplit la plaie d'iodoforme ou de gaze iodoformée et on applique un pansement légèrement compressif qui peut rester en place pendant trois jours. L'injection de liqueur de Van Swieten est douloureuse, aussi peut-on la faire précéder d'une application de cocaïne à 5 pour 100 (Morel-Lavallée).

Certains médecins (Audry, de Lyon) préconisent l'extirpation du bubon suppuré.

Si l'on se trouve en présence d'un bubon chancreux déjà abcédé, il importe de débriider la plaie et d'ouvrir les trajets fistuleux avec le galvano-cautère ou le thermocautère; on panse ensuite comme précédemment.

MM. Balzer et Souplet préconisent, dans le traitement du bubon, le pansement avec le mélange de Socin (pâte au chlorure de zinc). On peut se contenter d'une petite incision, s'il s'agit d'un bubon suppuré bien limité. Le pus évacué, on met dans la plaie une petite quantité de pâte et on applique par-dessus, de façon à déborder largement sur la peau voisine, des couches alternatives de minces lamelles de coton hydrophile et de pâte. On obtient ainsi un pansement qui est à la fois occlusif, antiseptique et adhésif; si le malade est remuant, on peut appliquer par-dessus un spica ouaté.

Lorsque le bubon est ulcéré, qu'il présente des décollements, on enfonce dans la cavité 2 ou 3 centimètres de gaz iodoformée imbibée de la pâte, puis on complète le pansement avec un spica. Le premier pansement est levé au bout de trois ou quatre jours, et l'on constate que la plaie est presque nette, qu'elle rougit et qu'elle bourgeonne. Dès le second pansement, la marche vers la cicatrisation est absolument assurée.

L'emploi de cette pâte dans une ulcération cavitaire peut ne pas être inoffensif, les expériences de M. Lannelongue ont montré que le chlorure de zinc injecté sous la peau peut entraîner la formation d'escarres; toutefois, MM. Balzer et Souplet n'ont pas observé d'accidents. La douleur qui suit l'application de la pâte dans la cavité du bubon est assez vive et persiste deux ou trois heures.

BLENNORRAGIE

A. — Les microbes des urétrites; le diagnostic de la blennorragie.

On donne le nom de blennorragie à une maladie infectieuse dont l'agent causal, le gonocoque, a été découvert par Neisser en 1879.