

pendant, et l'on peut alors préciser l'incubation. Cette incubation est ordinairement de deux à six semaines. Ricord répond à ces faits que le chancre a pu rester inaperçu pour le malade. Cette objection ne peut être adressée à certains malades qui, après chaque coït, passent toute leur journée à trouver une trace d'ulcération, et qui, à la moindre rougeur sur le gland, s'empressent d'accourir chez le médecin; mais cette objection tombe plus radicalement encore devant l'expérience. Cette expérience a été une seule fois pratiquée avec du pus de chancre infectant: Rollet (1) a inoculé sur un malade déjà possesseur de deux chancres mous, du pus de chancre infectant, et l'incubation a duré dix-huit jours.

Nous pouvons encore donner à l'appui de notre opinion une autre preuve expérimentale. Rollet, dans son très-remarquable mémoire, publié dans les *Archives de médecine* en 1859, a démontré que les accidents secondaires étaient contagieux, et que la lésion produite par cette contagion avait les trois caractères du chancre infectant: l'ulcération, l'induration et le retentissement ganglionnaire indolent; ce chancre n'a même pas de signe distinctif du chancre produit par la contagion ou l'inoculation d'un ulcère primitif induré. Les exemples de contagion de la syphilis secondaire viendront éclairer la question de l'incubation de l'ulcère infectant; mais, parmi ces exemples, il faut encore préférer aux faits cliniques les expériences qui permettent moins les objections et les fins de non-recevoir. Or ces expériences prouvent l'incubation du chancre. Celles de Waller, de Wallace, de Rinecker, de l'anonyme du Palatinat (*Archives de médecine*, 1858, vol. I, p. 595), de Gibert que nous ferons connaître plus tard, sont sur ce point d'une très-grande précision.

Selon nous, le chancre infectant a une incubation variant de deux à six semaines environ. Mais s'il est intéressant de préciser la durée de l'incubation, il est beaucoup plus important de savoir si cette incubation existe ou non. Car la doctrine de l'incubation entraîne avec elle l'idée de l'infection primitive, et le chancre n'est plus, comme le pensait Hunter, et comme le professe aussi Ricord, un accident local n'infectant que plus tard l'économie. L'ulcération syphilitique n'est que la manifestation d'un état général déjà acquis, et la cautérisation, comme méthode abortive, devient donc inutile.

Nous arrivons à la seconde question que nous avons à résoudre: le mode de développement du chancre infectant. L'étude clinique nous sera moins utile ici que les expériences; car un malade ne donnera pas toujours des renseignements très-précis sur la manière dont son chancre a commencé. Les expériences ont ici un grand avantage, et, sans vouloir imiter ceux qui les ont instituées, on peut profiter de leurs trop hardies tentatives.

Or l'expérience déjà citée de Rollet nous apprend qu'au bout de dix-huit jours une papule s'est montrée; puis cette papule s'est ulcérée;

(1) *Études cliniques sur le chancre produit par la syphilis secondaire* (*Archives de médecine*, 1859, vol. I, p. 409).

l'ulcération a envahi d'abord le centre, et n'a gagné que plus tard la totalité de la papule.

Les mêmes phénomènes ont été observés par les auteurs qui ont inoculé les accidents secondaires à des sujets vierges de syphilis; il suffira de parcourir les expériences que nous citerons pour partager notre opinion.

Le chancre infectant a donc une incubation, et débute par une papule indurée qui s'ulcère plus tard.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic d'un chancre est ordinairement facile; la difficulté n'existe que dans certains cas pour le diagnostic de l'espèce. Les chancres sont quelquefois confondus avec l'herpès. Mais le nombre des vésicules, assez considérable ordinairement, l'absence d'induration, de retentissement ganglionnaire indolent, ne permettent pas de confondre cette éruption avec le chancre infectant. La non-inoculabilité de l'herpès est un signe pathognomonique pour le différencier d'avec le chancre mou. On tient compte aussi d'autres caractères tirés de l'étendue des ulcérations, de leur sécrétion, de leur forme taillée à pic dans le chancre.

Nous avons eu occasion de voir sur la verge des ulcérations produites par l'action locale de l'arsénite de cuivre, qui auraient pu en imposer pour un chancre induré. L'induration était très-limitée, sans inflammation; l'ulcération était arrondie, comme taillée à l'emporte-pièce; mais, dans ce cas, il n'y avait pas de retentissement ganglionnaire indolent; des pustules analogues étaient disséminées sur d'autres parties du corps; on pouvait apercevoir au centre de ces ulcérations une matière verdâtre caractéristique; enfin les commémoratifs étaient d'une grande importance. J'ai déjà insisté sur ce diagnostic différentiel dans un travail (1) que j'ai publié sur l'éruption de l'arsénite de cuivre.

Nous allons maintenant, dans un tableau comparatif, opposer les signes des deux espèces de chancres.

CHANCRE SIMPLE.	CHANCRE INDURÉ.
Plus fréquent; ordinairement multiple.	Moins fréquent; ordinairement solitaire; très-rarement plus de deux chancres indurés.
Bords décollés, renversés, taillés à pic; aspect grisâtre; fond déchiqueté.	Circonférence se continuant insensiblement avec le centre. Creusé à l'évidoir.
Base molle; quelque dureté inflammatoire, mais pas d'induration.	Induration indolente sans inflammation.
Sécrétion abondante.	Peu de sécrétion.
Pus inoculable à toutes ses périodes, et sur un sujet vierge et sur un sujet diathésé.	Non inoculable sur un sujet diathésé.
Adénite aiguë non constante.	Adénopathie indolente constante.
Suppuration du bubon; inoculation positive de ce pus.	Quand il y a suppuration, le pus du bubon n'est pas inoculable au malade.
Se complique quelquefois de phagédénisme.	Très-rarement phagédénique.
Durée de cinq à huit septénaires.	Durée de quatre à six septénaires.

(1) Follin, *Note sur l'éruption papulo-ulcéreuse qu'on observe chez les ouvriers maniant le vert de Schweinfurt* (*Archives de médecine*, décembre 1857).

c. **Du chancre phagédénique.** — Ces ulcères, d'après Babington, ont reçu le nom de *phagédéniques*, parce qu'on a supposé que ce sont les mêmes que ceux qui ont été décrits par Celse sous le nom de *phagedæna* (de *φαγέδαινα*, faim dévorante). Bien qu'on puisse mettre en doute l'exactitude de ce rapprochement, cependant il est convenable de conserver une dénomination qui donne une idée assez juste des ulcères qui nous occupent.

Le phagédénisme est, comme nous l'avons déjà dit, une complication assez fréquente du chancre mou, plus rare du chancre infectant. Le début du chancre phagédénique est le même que celui des deux variétés.

Les chancres phagédéniques s'étendent plus en surface qu'en profondeur; ils détruisent plus facilement la peau et le tissu cellulaire sous-cutané que les tissus musculaires et aponévrotiques; mais leurs ravages sont plus rapides dans le tissu cellulaire que sur la peau: le phagédénisme se crée ainsi un passage sous les téguments, et alors le fond de l'ulcère ne peut être facilement mis à découvert. La forme de ces chancres est ordinairement irrégulière, serpigineuse; ils s'étendent dans une grande étendue, affectant surtout les parties déclives: ainsi nous avons vu un chancre phagédénique qui, après avoir envahi toute la cuisse, était descendu au-dessous du genou.

A mesure que l'ulcère détruit la partie sur laquelle il est situé, la surface devient de plus en plus inégale, et sa circonférence présente une ligne irrégulière qui lui donne un contour comme festonné. Cet aspect est l'effet du mode de progrès de l'ulcère, qui ne s'étend pas d'une façon régulière dans toutes les directions, mais se propage sur quelques points avec plus de rapidité que vers d'autres. Les bords sont ordinairement très-minces, décollés, irrégulièrement découpés, perforés dans les points où le phagédénisme a envahi le tissu cellulaire en conservant la peau. La surface est couverte d'une fausse membrane grisâtre que l'on a comparée à la pourriture d'hôpital, et dont on a fait une production diphthéritique. Quelquefois une des parties de l'ulcère se répare, tandis qu'une autre prend de l'extension. Quand un segment de l'ulcère se nettoie, son épaisseur diminue, mais pour cela la cicatrisation ne suit pas immédiatement. L'aurole violacée qui circonscrit ces chancres ne s'observe plus du côté où cette tuméfaction a disparu.

Le pus des ulcères phagédénique est ordinairement et facilement inoculable; cette inoculation peut se faire par voisinage de tissu, et donner lieu à plusieurs ulcères qui, en se réunissant, augmentent encore les dimensions du chancre phagédénique.

Ce chancre s'accompagne quelquefois de bubons, et l'on a vu ces bubons se confondre avec le chancre.

Le phagédénisme étant une complication rare du chancre infectant, on voit rarement le chancre phagédénique suivi de symptômes constitutionnels; et quand ces symptômes se manifestent, il n'offrent pas une gravité en rapport avec la nature du chancre phagédénique, comme le

croyait Babington. Les chancres infectants phagédéniques offrent même comme symptômes locaux un pronostic moins grave que les chancres mous phagédéniques. C'est, en effet, à la suite de ces derniers qu'on voit ces amputations de la verge, ces grands délabrements dans les régions qu'ils ont envahies. Si les symptômes constitutionnels sont, par exception, plus rebelles, cela s'explique par la constitution du malade, et non par le virus plus intense. C'est à tort aussi que Babington conseille l'emploi exclusif et à haute dose du mercure dans le chancre phagédénique. Si, dans certains cas exceptionnels, le mercure est indiqué, ce n'est pas à cause de la nature phagédénique, mais plutôt malgré le phagédénisme, et en raison de la nature infectante du chancre, dont le phagédénisme n'est qu'une complication.

Ces chancres phagédéniques sont beaucoup plus graves dans les pays froids, dans des contrées comme la Norvège, et l'on voit alors des malades ne pouvoir être guéris qu'en allant dans des régions tempérées.

Ricord a décrit une autre variété de chancre qu'il nomme *phagédénique gangréneux*. Dans quelques circonstances, selon lui, les chancres deviennent la cause ou se compliquent d'une inflammation suraiguë dont la gangrène est la conséquence. Ici l'ulcère spécifique est le plus ordinairement détruit par les progrès rapides de la mortification, et à la chute des eschares il ne reste plus qu'un ulcère simple, siégeant sur des tissus que l'œdème ou une inflammation phlegmoneuse peuvent encore tenir engorgés, mais qui n'offre aucun des caractères de l'induration propre au chancre induré.

PRONOSTIC. — Ce pronostic est très-différent suivant l'espèce de chancre. Le chancre mou est un accident local qui en général n'infectera pas l'économie; le chancre infectant, au contraire, est un accident syphilitique, et sera suivi des différentes manifestations de la vérole. Enfin le phagédénisme est une complication fâcheuse qui peut envahir les deux ulcérations, mais qui, nous l'avons fait remarquer, s'observe plutôt avec le chancre mou. Ce phagédénisme est une complication d'autant plus grave, que l'économie est déjà plus détériorée.

TRAITEMENT. — Le *chancre mou*, qui dans la grande majorité des cas n'est point la syphilis constitutionnelle, ne demande qu'un traitement local. On pourra, comme le conseille Ricord, panser ce chancre avec de la charpie imbibée de vin aromatique ou d'une solution de tartrate de fer; l'emploi de cette solution à l'intérieur sera aussi indiqué, si le sujet est chloro-anémique. Quand le chancre paraît vouloir s'étendre malgré ce traitement, on emploiera avec avantage la cautérisation. A l'hôpital du Midi, on se sert souvent d'un caustique sulfo-carbonique: c'est de l'acide sulfurique uni à du charbon, de manière à faire une pâte molle. Ce caustique est analogue à celui qu'emploie Velpeau pour détruire certains cancers, avec cette différence, toutefois, que le charbon est substitué au safran, la base commune étant l'acide sulfurique.

L'emploi de ce caustique sulfo-carbonique est surtout vanté dans le

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 lavera avec du vin aromatique mêlé d'une quantité variable d'eau.

Le chancre induré, comme nous l'avons vu plus haut, peut se cicatrifier 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 lymphatique, 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'explique: « 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 du bubon d'emblée. Schutzenberger (*Mémoire 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 altération aurait pu 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 ces 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'enflammeraient-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