

## § 3. — Tumeurs dites cancéreuses.

Nous rangeons sous cette dénomination essentiellement clinique et synonyme de maligne, les carcinômes, épithéliômes, sarcômes, mélanômes et chondrômes des ganglions lymphatiques.

Ces diverses altérations peuvent être *primitives*, ce qui est rare, ou bien *secondaires*, c'est-à-dire succéder à une lésion maligne primitive. A cet égard il faut distinguer les tumeurs secondaires qui se développent dans les ganglions correspondants à la région où à l'organe atteint, de celles qui résultent d'une infection générale de l'économie (*Cancers successifs* et *Cancers métastatiques* de Broca).

A. — Les tumeurs malignes *primitives* : carcinômes, épithéliômes, sarcômes, sont très-rare et fort mal connues.

Au début, l'affection ressemble à l'adénite chronique ou à l'hyperthrophie simple; mais bientôt la tumeur se développe rapidement, détermine de vives douleurs, la peau s'amincit, s'ulcère, des parties sont sphacélées, d'autres suppurent, enfin l'affection se généralise avec une extrême rapidité.

Cet ensemble clinique paraît surtout appartenir aux sarcômes ganglionnaires ou adéno-sarcômes (Billroth), tumeurs dont l'histoire est encore obscure et qui font peut-être une variété de carcinômes (Cornil et Ranvier).

L'augmentation rapide de la tumeur ganglionnaire, son inflammation, sa suppuration partielle, son ramollissement, l'ulcération des téguments, permettent de distinguer ces tumeurs primitives des lymphadénômes ou lymphosarcômes, qui ne s'enflamment et ne suppurent pas.

B. — Les tumeurs malignes *secondaires* des ganglions sont de beaucoup les plus fréquentes, et parmi elles les carcinômes et les épithéliômes occupent le premier rang; viennent ensuite les sarcômes et les chondrômes.

Les phénomènes qui caractérisent l'évolution de ces diverses productions secondaires sont assez variables. Tantôt, en effet, l'altération secondaire des ganglions apparaît très-vite et marche avec une grande rapidité, affectant aussi les allures cliniques de la dégénérescence primitive que nous venons de décrire; tantôt, au contraire, les ganglions sont pris tardivement, ou même après l'extirpation de

la production morbide primitivement développée. Dans ce dernier cas, la marche de la lésion ganglionnaire est souvent très-rapide.

Le *diagnostic* des dégénérescences secondaires est facile le plus souvent, toutefois une question très-importante doit être résolue par le chirurgien, à savoir si l'engorgement ganglionnaire qui coexiste avec un sarcôme, un carcinôme ou un épithéliôme, résulte d'une altération secondaire de même nature, ou bien d'une simple irritation inflammatoire. La nature de l'altération primitive, une étude attentive du malade, un traitement local antiphlogistique, appliqué sur la lésion primitive, surtout si elle est irritée, ulcérée, pourra résoudre cette question toujours fort épineuse et qui décide souvent de l'opportunité de l'opération.

Toutefois, les tumeurs secondaires des ganglions peuvent être enlevées par le chirurgien, et beaucoup d'auteurs préconisent cette intervention trop rapidement suivie de récurrence, et sur laquelle on doit toujours être réservé.

Notons que quelques tumeurs secondaires, comme les *sarcômes* ou *carcinômes mélaniques*, ne doivent pas être opérées, vu la récurrence et la généralisation rapide de ces productions. Il en serait de même des *mélanômes vrais*.

ARTICLE V. — AFFECTIONS VÉNÉRIENNES ET SYPHILITIQUES  
DES GANGLIONS LYMPHATIQUES — BUBONS.

On a décrit pendant longtemps sous le nom de *bubons*, les adénites ayant leur siège dans la région de l'aîne, que ces adénites soient franchement inflammatoires, ou qu'elles résultent d'une lésion vénérienne ou syphilitique, voire même d'une affection générale comme la peste, la scarlatine. Plus récemment, on restreignit la dénomination du bubon aux adénites virulentes, vénériennes (Rollet) et autres (Fournier).

Quoi qu'il en soit, nous étudierons ici : 1° l'*adénite chancreuse* ou *bubon chancreux*, et 2° l'*adénite syphilitique* ou *bubon syphilitique*, qui elle-même peut être subdivisée en un certain nombre de variétés, selon qu'elle succède aux accidents primitifs, ou bien qu'elle appartient aux périodes secondaires ou tertiaires de la syphilis.

§ 1<sup>er</sup>. — Adénite chancreuse, Bubon chancreux virulent,  
Bubon proprement dit.

*Étiologie.* — Cette adénite succède au chancre simple, soit que

celui-ci se complique de lymphangite chancreuse, soit que, ce qui arrive le plus souvent, cette inflammation des lymphatiques n'existe pas. Dans tous les cas, il est certain que le principe virulent (pus pour Rollet) du chancre, absorbé par les vaisseaux lymphatiques, pénètre et s'inocule dans l'intérieur des ganglions.

Notons toutefois, que cette complication du chancre mou n'est pas fatale, et que les chancres mous sans adénites chancreuses sont très-fréquents (Rollet, Fournier).

Enfin le chancre mou peut s'accompagner d'adénopathie purement inflammatoire dite *adénopathie sympathique*, qui elle-même peut se terminer par résolution ou suppuration (Ricord).

Ce bubon siège le plus souvent au pli de l'aîne (Fournier) et dans les ganglions superficiels de cette région.

*Symptômes.* — Les phénomènes inflammatoires sont ceux de l'adénite aiguë, se terminant très-vite par la suppuration du ganglion atteint et du tissu cellulaire qui l'entoure. La peau, rapidement amincie, s'ulcère, ou bien le chirurgien intervient et il s'écoule un pus soit franchement phlegmoneux, soit grisâtre, séreux et mal lié; le premier proviendrait du tissu cellulaire péri-ganglionnaire, et le second du ganglion malade. Ce dernier liquide est seul inoculable sur le sujet lui-même.

Ces phénomènes d'adénite très-aiguë ne se montrent le plus souvent que sur un *seul* ganglion, ce qui est caractéristique pour beaucoup d'auteurs (Ricord). Toutefois l'adénite spécifique qui succède au chancre mou peut être double.

Le bubon chancreux ouvert prématurément ou tardivement, et abandonné à lui-même, il en résulte une ulcération, véritable *chancre ganglionnaire* (Rollet, Ricord, Fournier) à bords inégaux, grisâtres, durs, taillés à pic ou décollés, dont le fond offre le même aspect grisâtre et pultacé.

Ces ulcères, comme les chancres mous, progressent d'abord, puis se détergent, deviennent franchement rouges et granuleux, enfin se cicatrisent plus ou moins tardivement. Toujours comme les chancres mous, ils peuvent se développer, envahir les tissus voisins, en un mot présenter les phénomènes et la gravité des ulcères dits phagédéniques (*Bubons phagédéniques*).

Parmi les complications du bubon chancreux on a noté : les téguments chez les sujets strumeux, l'érysipèle, le phlegmon diffus; des auteurs admettent la coïncidence du bubon chancreux avec l'adénite simple ou sympathique et même avec l'adénite syphilitique (Rollet, Ricord).

*Diagnostic.* — L'existence primitive d'un ulcère vénérien, la marche très-aiguë de l'adénite ordinairement mono-ganglionnaire, la nature du pus, sanieux et grisâtre, l'aspect de l'ulcère qui succède à l'ouverture du bubon, enfin l'inoculabilité du pus, feront assez facilement distinguer cette adénite de toutes les autres. Notons cependant avec Fournier que le diagnostic est parfois difficile, surtout au début de la maladie.

Le pronostic est toujours sérieux, en particulier lorsqu'il y a tendance au phagédénisme.

*Traitement.* — Il varie suivant la période à laquelle est arrivée l'adénite (Fournier).

Au début, alors qu'il n'y a que les signes d'une adénite aiguë, comme le diagnostic n'est pas encore tout à fait certain, on devra se conduire comme si l'on avait affaire à une adénite inflammatoire. (Fournier).

Lorsque la suppuration se produit, qu'elle est manifeste, il faut lui donner issue le plus tôt possible, soit avec le bistouri (Fournier, etc.), soit avec les caustiques (Rollet, etc.).

Le professeur Broca, dans le but de circonscrire le foyer virulent, a conseillé de prévenir la suppuration et d'inciser prématurément la tumeur. Ce traitement consiste à plonger un bistouri aigu jusqu'au centre du ganglion malade et à remplacer le bistouri par une sonde cannelée; exerçant alors des pressions latérales sur la tumeur, on voit glisser dans la rainure de la sonde du pus demi-fluide et visqueux. Le lendemain on réintroduit la sonde cannelée et on renouvelle les pressions méthodiques; on continue ainsi jusqu'à ce que l'ouverture soit fistuleuse ou bien que la suppuration soit tarie. Le professeur Broca ajoute parfois à ce traitement, des injections iodées dans le trajet fistuleux.

Cette méthode très-douloureuse, est difficile à appliquer et ne modifie en rien la nature chancreuse de la plaie qui succède à la ponction. (Fournier).

Enfin le bubon ouvert, la plaie chancreuse qui en résulte doit être traitée comme on le fait pour le chancre mou : injections détersives et antiseptiques, caustiques légers ou énergiques, surtout lorsqu'il y a tendance au phagédénisme.

Quant aux prétendues *méthodes abortives* : antiphlogistiques, eau froide, glace, compression, ponctions multiples, elles ne donnent de résultats que lorsqu'on a affaire à des adénites inflammatoires. (Follin, Fournier.)

Notons toutefois, que les vésicatoires coup sur coup (A. Guérin),

les vésicatoires suivis de pansements avec une solution de sublimé (Malapert) ou de badigeonnages iodés (S. Pirondi), auraient fourni de bons résultats aux chirurgiens qui les ont préconisés.

## § 2. — Adénite syphilitique ou Bubon syphilitique.

La lésion des ganglions peut être primitive, secondaire ou tertiaire.

### A. — Adénite syphilitique primitive.

Le chancre syphilitique s'accompagne, sinon toujours (Ricord), au moins presque toujours (Rollet, Fournier) d'adénopathie syphilitique primitive. Le siège de cette adénopathie est variable comme celui du chancre; elle peut être unilatérale, mais il est aussi fréquent de la rencontrer bilatérale, surtout à l'aîne (Fournier).

Le plus souvent plusieurs glandes s'engorgent et forment une pléiade ganglionnaire caractéristique, quelquefois une seule glande est prise, mais le fait est assez rare.

L'adénopathie syphilitique primitive survient pendant le premier ou le deuxième septénaire qui suit le chancre induré, parfois plus tardivement.

Nous laissons absolument de côté le *bubon d'emblée* dont l'existence problématique est niée par la plupart des syphiliographes.

*Symptômes.* — Les ganglions atteints, ordinairement peu volumineux, offrent une dureté élastique, rénitente, chondroïde (Ricord); ils sont indolents, mobiles et indépendants les uns des autres lors de pléiade ganglionnaire. Souvent le ganglion qui reçoit directement le lymphatique de la région inoculée, offre un volume plus considérable que les autres (*Ganglion direct* de Ricord).

Lorsque l'adénopathie est mono-ganglionnaire, le ganglion pris peut offrir un volume assez considérable.

Enfin, dans quelques cas, la pléiade ganglionnaire est légèrement douloureuse, et les divers ganglions qui la composent sont réunis les uns aux autres par une induration du tissu cellulaire qui les entoure (Bassereau).

En huit ou quinze jours, l'adénopathie primitive a pris tout son développement, elle persiste alors des semaines et jusqu'à deux et trois mois, fournissant ainsi un symptôme précieux pour le diagnostic, alors que l'accident primitif a disparu (Ricord).

Le plus souvent, pour ne pas dire toujours, elle se termine par résolution; celle-ci est d'ordinaire fort lente.

Exceptionnellement, le bubon syphilitique suppure, ce fait s'observe surtout chez les scrofuleux (*Bubon syphilitico-strumeux*), mais même dans ces cas, le ganglion devenu fluctuant peut ne pas s'ouvrir à l'extérieur et le pus finit par se résorber (Fournier).

Il faut noter que le pus n'est pas inoculable au même sujet et qu'il ne se produit pas d'ulcérations chancreuses du ganglion ouvert.

Parfois, cependant, lors de coexistence du chancre simple et du chancre induré, ou bien comme l'admettent quelques auteurs lors de *chancre mixte* (Rollet), il peut survenir une adénite chancreuse, ou pour mieux dire une véritable *adénite syphilitique mixte* (Rollet).

*Diagnostic.* — L'existence d'un chancre induré, l'apparition de l'induration ganglionnaire à une époque déterminée, la multiplicité et le peu de volume des ganglions pris, leur dureté, leur indépendance relative, l'absence d'inflammation, tels sont les caractères à l'aide desquels il sera facile de diagnostiquer cette adénite primitive.

Lors de suppuration, le pus n'est pas inoculable au malade, il ne se fait pas d'ulcère chancreux du ganglion, enfin il n'y a pas de phagédénisme.

Ajoutons que dans les cas de coïncidence de chancres mous et indurés, ou lors de chancres mixtes, le diagnostic est bien plus difficile à formuler et ce sont les phénomènes ultérieurs qui peuvent seuls éclairer le chirurgien.

*Pronostic.* — Il est bénin, en tant qu'accident local, mais il est grave puisqu'il indique l'intoxication générale de l'économie.

*Traitement.* — Le plus souvent le traitement local est nul; s'il y a quelque tendance à l'inflammation il faut user des antiphlogistiques, du repos, des bains, etc. Lors de suppuration, on peut tenter la résorption du pus par des révulsifs: les vésicatoires volants, la teinture d'iode; parfois on doit ouvrir l'abcès ganglionnaire.

Y a-t-il complication de scrofule, il faut instituer un traitement général en conséquence; enfin, lors de *bubon mixte*, on devra utiliser la thérapeutique préconisée contre l'adénite chancreuse.

Nous n'avons pas besoin de dire qu'il faut aussi instituer un traitement général antisiphilitique.

## B. — Adénites syphilitiques secondaires et tertiaires.

Les adénopathies qui accompagnent les phénomènes secondaires de la syphilis s'observent au cou, sous la mâchoire, aux aisselles, aux coudes, aux aines, etc.

Ces engorgements résultent-ils de l'affection générale ou bien tiennent-ils aux lésions syphilitiques locales, cutanées ou muqueuses ? Il est probable que les deux causes peuvent être invoquées.

Notons d'ailleurs que ces lésions n'offrent pas d'indications chirurgicales et qu'elles sont justiciables du traitement général dirigé contre la syphilis.

Nous ne ferons que signaler, les adénopathies de la période tertiaire, considérées comme fréquentes par quelques auteurs, au moins du côté des ganglions viscéraux (Virchow, Lancereaux).

Quant aux véritables des ganglions, admises par le professeur Verneuil, leur étude clinique est encore entièrement à faire.

BIBLIOGRAPHIE. — J. I. Bonnard, *Essai sur les bubons syphilitiques*, thèse de Montpellier, 1823. — A. Richond, *Cons. gén. sur l'iode, son utilité dans le trait. de la blennorrhagie et des bubons vénériens*, in *Arch. gén. de méd.*, 1824, 1<sup>re</sup> série, t. IV, p. 321. — Reynaud (de Toulon), *Nouv. trait. local des bubons*, in *Journ. des connaiss. méd.-chirurg.*, 1834, 2<sup>e</sup> année, p. 33. — Id., *Nouv. obs. sur le trait. des bubons vénér. par les vésicatoires*, in *Gaz. méd.*, 1835, p. 628. — Id., *Cons. prat. sur les bubons*, etc., in *Bull. gén. de therap.*, t. XXVI, p. 262, 1844. — Valleteau, *Note sur l'emploi du cautère actuel pour ouvrir les bubons vénériens*, in *Rec. de Mém. de méd., de chir. et de pharm. milit.*, 1836, t. XL, p. 229. — P. L. net, *Cons. sur le bubon vénérien primitif*, thèse de Paris, 1837, n<sup>o</sup> 92. — Th. Ricord, *Leçons cliniques*, in *Gaz. des hôpitaux*, 1841, 1843 et 1844. — J. Aubry, *Des ponct. multiples empl. dans le traitement des bubons*, in *Gaz. médicale*, 1840, p. 523. — Marchal (de Calvi), *Mém. sur le traitement du bubon*, in *Ann. de la chir. fr. et étr.*, 1841, t. I, p. 20. — Id., *Du trait. du bubon par l'injection iodée*, in *Gaz. des hôpitaux*, 1841, p. 451. — H. de Castelnau, *Quelques cons. sur la nature des bubons d'emblée*, in *Arch. gén. de méd.*, 1842, 3<sup>e</sup> série, t. XV, p. 420, et *Annales des mal. de la peau et de la syphilis*, 1845, t. II, p. 38, 65 et 97. — Diday, *Incision sous-cutanée des vaiss. lymph.*, etc., in *Bull. de therap.*, 1843, t. XXV, p. 225. — Id., *Sur le mécanisme de form. des bubons d'emblée*, in *Gaz. méd. de Paris*, 1845, p. 574. — Id., *Note sur les origines du bubon*, in *Gaz. méd. de Lyon*, 1863, p. 431. — Schutzenberger, *Cons. sur la spécificité du bubon vénérien*, in *Gaz. méd. de Strass.*, 1843, p. 289 et 335. — J. Trossat, *Dissert. sur le bubon vénérien*, thèse de Strasbourg, 1844, n<sup>o</sup> 134. — Boys de Loury et Costilhes, *Du bubon chez les femmes*, etc., in *Gazette méd.*, 1845, p. 570. — Jules Roux,

*Du bubon vénérien suppuré*, etc., in *Arch. gén. de méd.*, 1846, 4<sup>e</sup> série, t. XII, p. 297, et 1847, t. XIII, p. 1. — Ch. Dupuis, *Aff. des ganglions lymph. de l'aîne*, thèse de Paris, 1846, n<sup>o</sup> 56. — L. H. Beau, *Du bubon vénérien*, etc., thèse de Montpellier, 1850, n<sup>o</sup> 31. — Vidal de Cassis, *Du bubon*, in *Gaz. des hôp.*, 1851, p. 381, et *Trait. du bubon suppuré*, etc., in *Gaz. des hôpitaux*, 1851, p. 445. — Hanse, *Quelques cons. sur le bubon*, etc., thèse de Paris, 1852, n<sup>o</sup> 40. — A. Bataillier, *De l'adénopathie vénérienne*, ibid., 1854, n<sup>o</sup> 214. — Kopf, *Du trait. de l'adénite syph. par les appl. de teinture d'iode*, thèse de Strasbourg, 1854, 2<sup>e</sup> série, n<sup>o</sup> 325. — Sirus Pirondi, *Traitement du bubon par les applications topiques de teinture d'iode*, in *Bull. gén. de therap.*, 1855, t. XLIX, p. 276. — G. L. Delpech, *Des bubons vénériens*, thèse de Montpellier, 1855, n<sup>o</sup> 65. — Broca, *Du trait. des bubons vénériens suppurés*, in *Bull. de therap.*, 1856, t. LI, p. 208. — Reboul, *Des adénites vénériennes*, thèse de Paris, 1857, n<sup>o</sup> 73. — F. Cogit, *Trait. du bubon par la méthode de Malapert*, thèse de Strasbourg, 1858, 2<sup>e</sup> série, n<sup>o</sup> 421. — H. Debauge, *Trait. des chancres simples et des bubons chancreux par la caut. au chlorure de zinc*, thèse de Paris, 1858, n<sup>o</sup> 198. — J. H. Ley, *Quelques cons. sur les bubons*, ibid., 1859, n<sup>o</sup> 242. — Sigmund, *Die chron. Schwellung der Lymphdrüsen bei Syphilis*, etc., in *Wien. méd. Wochenschrift*, 1859. — A. Guérin, *Rem. prat. sur le trait. du bubon*, in *Bull. gén. de therap.*, 1861, t. LX, p. 405. — A. Netter, *Note sur le trait. des bubons vénériens*, etc., in *Gazette médicale*, 1862, p. 6. — A. Nayraud, *Des adénites inguinales*, etc., thèse de Paris, 1862, n<sup>o</sup> 93. — B. Ballet, *Du trait. des bubons par les vésicatoires*, thèse de Strasbourg, 1862, 2<sup>e</sup> série, n<sup>o</sup> 592. — Prieur, *De l'iode à l'état métalloïde dans le trait. des adénites inguinales d'origine syphilitique* (Rapport de Ricord), in *Bull. de l'Acad. de médecine*, 1864, t. XXX, p. 45. — E. Delannay, *De l'adénite ing. aiguë d'origine vénérienne*, etc., thèse de Paris, 1865, n<sup>o</sup> 41. — A. Fournier, *Bubon*, in *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. V, p. 757, 1866 (Bibliogr.). — Rollet, *Bubon*, in *Dict. encyclop. des sciences médicales*, t. XI, p. 236, 1869. — Dissandes-Lavillatte, *Quelques consid. sur l'adénopathie tertiaire*, thèse de Paris, 1871, n<sup>o</sup> 82.

Consulter, en outre, les divers traités sur les affections vénériennes et syphilitiques.