

formes; en certains points, ils soulèvent les téguments et une collection purulente apparaît et s'ulcère; le liquide s'évacue pour faire place à une perte de substance dont l'aspect est celui du chancre mou.

En même temps, un ganglion devient douloureux, un seul presque toujours et du côté correspondant à la chancrelle; mais on cite des cas où l'inflammation se développe du côté opposé, et des faits plus rares où l'adénite est bilatérale. La douleur est vive, et telle que les mouvements des jointures voisines en sont rendus presque impossibles; la glande grossit, elle se dessine sous la peau rouge ou violacée; elle est mobile, mais le tissu cellulaire s'affecte et l'on se trouve en présence d'un véritable adéno-phlegmon. Au pli de l'aîne, son siège le plus fréquent, la collection, elliptique, à grand diamètre transversal, semble située au devant du ligament de Poupart qu'elle déborde en haut et en bas.

La fluctuation est rapide; le pus a deux foyers distincts: il se développe dans les lames conjonctives péri-ganglionnaires, et dans le ganglion entouré d'une coque résistante; le premier de ces liquides, bien lié, jaune, franchement phlegmoneux, n'est pas virulent, tandis que l'inoculation du second, mal lié, grisâtre, provoquerait l'apparition d'un chancre mou. Lorsque les deux pus se mélangent, la masse totale deviendrait inoculable. Nous avons exprimé plus haut l'opinion contradictoire de Straus, basée sur l'examen de 44 bubons dont aucun n'était virulent. Mais il s'agissait d'un série exceptionnelle, et l'on admet maintenant que, si la grande majorité des bubons chancrelleux sont inflammatoires, il en est quelques-uns de virulents. Après ulcération de la peau, le liquide s'écoule au travers et laisse une cavité anfractueuse, déchiquetée, à bords amincis qui prend les allures de la chancrelle.

Le processus réparateur est lent; il faut des semaines pour que la cicatrisation soit complète, encore est-elle souvent contrariée par de nombreuses complications: des décollements étendus, des fusées purulentes, une gangrène de la peau qui dénude de larges espaces, toute la région inguinale, le triangle de Scarpa, une partie de la paroi abdominale; l'ulcération peut prendre la forme phagédénique, découvrir les troncs nerveux, les gros vaisseaux et s'éterniser avec des améliorations passagères suivies de recrudescences. Fournier a soigné un de ces chancres qui durait depuis quatorze ans.

On a noté des hémorrhagies de causes diverses; tantôt elles surviennent pendant les efforts du malade: le sang abdominal est refoulé vers le membre inférieur, la surface ulcérée du bubon se congestionne et saigne; tantôt des vaisseaux d'un certain calibre sont mis à nu: leur paroi, altérée par l'inflammation du voisinage, est peu résistante et se laisse rompre. Dans quelques cas exceptionnels, on a observé une orchite de voisinage chez ceux dont le testicule est retenu à l'anneau, et une péritonite assez grave pour entraîner la mort. Besnier, Bourdon et Clerc en ont cité des exemples. Enfin, chez les scrofuleux, des fongosités compliquent parfois les bubons.

Traitement. — Le bubon est d'un diagnostic aisé; son origine se révèle par la chancrelle concomitante ou, dans des cas fort rares, antérieure et déjà cicatrisée lorsque l'adénite se développe. L'inoculation, puis la marche de l'ulcération laissée par l'ouverture de la collection purulente, permettront de reconnaître s'il s'agit d'un bubon chancrelleux ou inflammatoire. Dans le premier cas, le pronostic est aggravé par le phagédénisme, la gangrène, les hémorrhagies, les fistules dont il peut être le point de départ, et les cicatrices vicieuses qu'il laisse après lui.

Tout chancre mou doit être surveillé: les pansements humides et souples, la protection des parties ulcérées, l'absence de traumatisme, d'irritation, seront le meilleur traitement prophylactique. Tarir la virulence par le procédé de chauffage d'Aubert, de Lyon, serait encore un moyen d'éviter le développement de l'adénite. On sait que, d'après Aubert, les germes de la chancrelle ne peuvent résister à une température supérieure à 58 ou 59 degrés, ce qui explique pourquoi les ganglions superficiels du pli de l'aîne sont seuls atteints, et pourquoi le chancre du col ne provoque jamais l'apparition d'une adénite: les ganglions pelviens qui leur correspondent ont une température trop élevée pour cela.

Lorsque le bubon complique la chancrelle, le traitement d'Aubert est encore applicable: il propose les demi-bains « au-dessus de 40 degrés; il a pu les faire supporter assez facilement pendant huit à dix heures, ce qui élève la température du malade de 38°,5 à 39°,5 ». Grâce à cette méthode, il guérit en quinze jours les bubons chancrelleux qui réclamaient autrefois de deux à quatre mois de soins assidus. « J'espère même, ajoute-t-il, en combinant le chauffage avec la présence d'un agent, toxique pour le chancre et innocent pour

les tissus — calomel, iodoforme —, arriver bientôt à réaliser le programme dont je poursuis l'exécution, et qui est de tarir la virulence du jour au lendemain. »

Cette méthode n'a pas encore subi de contrôle suffisant : aussi devons-nous signaler les autres procédés ; les vésicatoires volants, préconisés par Diday et dont l'application sera plusieurs fois répétée, suivant le conseil d'A. Guérin. Les badigeonnages à la teinture d'iode, les onctions d'onguent mercuriel, la compression, compteraient aussi quelques succès. Néanmoins, dans l'immense majorité des cas, le bubon évolue et suppure quand même. Faut-il alors intervenir d'une manière plus radicale ? Quelques auteurs sont pour l'expectation : leur pratique n'a pas prévalu. Les uns ouvrent le bubon, qu'ils cautérisent au fer rouge ou par les caustiques chimiques, ou qu'ils essayent de modifier par des pansements à l'iodoforme ; d'autres ont recours aux ponctions aspiratrices précoces suivies d'injections intraganglionnaires d'acide phénique ou salicylique, de chloral, de chlorate de potasse, de sulfate de cuivre, de solutions camphrées. L'acide phénique semble avoir donné les meilleurs résultats. La ponction hâtive a été préconisée par Broca : il enfonçait au centre du ganglion la lame étroite d'un bistouri, puis comprimait la tumeur pour en chasser le pus, répétant cette opération jusqu'à ce que la suppuration fût tarie. Cette méthode est trop douloureuse et trop infidèle pour être recommandée.

b. — ADÉNITES SYPHILITIQUES

On en décrit trois variétés : l'adénite *primitive*, l'adénite *secondaire* et l'adénite *tertiaire*.

1. — ADÉNITE PRIMITIVE

Elle est parfois précédée d'une lymphangite et, 1 fois sur 5, d'après Bassereau, on trouve, entre le chancre et les ganglions engorgés, un ou plusieurs cordons durs, rectilignes, moniliformes, du volume d'une plume de corbeau, indolores, aphlegmasiques ; les téguments soulevés conservent leur coloration normale ; à peine, dans quelques cas, note-t-on une teinte rosée sur le léger relief formé par le vaisseau. En moins d'un mois cette tuméfaction dis-

paraît ; elle se résout sans laisser de trace, et les cas sont rares où elle se termine par un abcès ou une fistule.

Du septième au quinzième jour après l'apparition du chancre, l'adénopathie se développe dans les ganglions correspondant au territoire où siège l'ulcération spécifique. Cet engorgement est nécessaire, et si Ricord exagère lorsqu'il dit « qu'il accompagne le chancre aussi fatalement que l'ombre suit le corps », nous voyons, d'après un relevé général de Jullien, que, sur 1561 cas de chancre syphilitique, l'absence d'adénite a été constatée 57 fois seulement.

L'engorgement frappe plusieurs ganglions et, dans les chancres génitaux, les plus fréquents de tous, la plupart des ganglions de l'aîne sont atteints, et des deux côtés à la fois ; ils forment, sous la peau, une *pléiade* caractéristique de petites tumeurs du volume d'un pois à celui d'une noisette, dures, chondroïdes, indolentes, indépendantes les unes des autres, mobiles, globuleuses ou mamelonnées. En général, le ganglion le plus rapproché du chancre est le plus gros ; c'est « le ganglion anatomique », « le préfet de l'aîne » de Ricord ; il est rare de le voir seul engorgé.

L'évolution froide dans l'adénite de la vérole est de règle. On a constaté cependant des phénomènes inflammatoires et, sur 1685 cas de bubons syphilitiques primitifs, Jullien trouve 49 bubons suppurés, soit une proportion de 2,9 pour 100. Mais un examen attentif démontre presque toujours que la syphilis n'est plus seule en cause : l'individu est strumeux, ses ganglions sont agglomérés par l'inflammation du tissu cellulaire qui les environne ; ils se tuméfient, la peau se soulève, rougit, s'ulcère ; une petite quantité de pus séreux et mal lié s'écoule, et des fongosités s'élèvent du fond de la cavité à bords décollés et amincis. Encore a-t-on souvent vu le pus se résorber, même dans les cas où la fluctuation était nette. D'autres fois, il s'agit d'une ulcération *mixte*, à la fois syphilitique et chancreuse. Ici deux cas se présentent : ou bien la chancreuse s'est syphilitisée, ou bien le chancre dur s'est chancrifié ; dans le premier cas, la suppuration est plus fréquente que dans le second, la syphilis oblitérant, dit-on, les voies lymphatiques. Il n'en est pas moins vrai que l'inflammation s'observe dans l'une et l'autre alternative. Enfin, elle peut être la conséquence de toutes les irritations, et les traumatismes, les cautérisations intempestives, les pansements négligés se traduisent par une adénite suppurée.

Il est établi que l'adénite primitive prend tout son développement en douze ou quinze jours, puis reste stationnaire et persiste après la cicatrisation du chancre; elle peut s'accroître lors des éruptions cutanées de la période secondaire; aussi est-il fréquent de la retrouver, non seulement plusieurs mois, mais plusieurs années après son apparition. Venning, cité par Jullien, a montré que, sur 48 syphilitiques soumis à un traitement rationnel, 1 seul, au bout de sept ans, était exempt de tumeur ganglionnaire inguinale.

2. — ADÉNITE SECONDAIRE

Elle est précédée quelquefois d'angioleucite et l'on trouve sous les téguments atteints d'éruptions plus ou moins confluentes, de petits cordons durs, moniformes, parallèles, qui suivent le trajet connu des lymphatiques et se dirigent vers les ganglions; il n'y a ni douleur, ni coloration anormale de la peau; la résolution est assez rapide et se fait sans laisser de trace; aussi cette lymphangite échappe-t-elle à qui ne la recherche avec soin.

L'engorgement ganglionnaire est, au contraire, net : on observe, non seulement une poussée nouvelle du côté de la pléiade biinguinale formée dès l'apparition du chancre génital, mais d'autres régions se prennent, le cou dans le segment postérieur, en aval et sur les côtés, l'aisselle, l'épitrochlée, le creux poplité; on trouve même des chaînes, des chapelets ou des ganglions isolés en des points où l'anatomie n'en révèle pas : dans le cuir chevelu, dans la région dorsale, près de l'omoplate, aux lombes, sur la clavicule, à la jambe. « Sur 20 sujets observés par Campana, dit Jullien, voici quelle était, par ordre de fréquence, la localisation de l'adénopathie : les aines 20 fois, les côtés du cou 15, la nuque 8, les régions sous-maxillaires 5, crurale 5, axillaire 2, parotidienne 2, épitrochléenne 2, et sous-mammaire 2. » Cette généralisation a, pour le diagnostic de la syphilis, une importance qui ne saurait échapper. L'adénite secondaire ressemble de tous points à celle de la période primitive : on retrouve la même dureté, la même indolence, les mêmes tumeurs lobulées, mobiles, sans changement de couleur à la peau. Elle ne suppure que lorsque le sujet qui la porte est strumeux.

3. — ADÉNITE TERTIAIRE

Nous ne connaissons cette affection que depuis les recherches de Verneuil, de Virchow, de Lancereaux, de Cornil et de Campana. Elle n'est parfois que l'engorgement des premières périodes qui persiste; parfois aussi, elle apparaît avec les accidents tertiaires et revêt une physionomie spéciale. Tantôt elle prend la forme *scléreuse*, et tantôt la forme *gommeuse*.

L'adénite *scléreuse* est caractérisée par la multiplicité des ganglions atteints; les superficiels et les profonds, ceux du cou, de l'aisselle, de l'aîne, aussi bien que ceux du médiastin, du mésentère, des lombes et des bronches, peuvent être envahis; ils sont petits, durs, grisâtres à la coupe, d'aspect fibreux. L'adénite *gommeuse* est plus circonscrite; un ou plusieurs ganglions se tuméfient; au début, leur masse est rosée, ferme, élastique, puis survient la dégénérescence, la caséification; la trame jaunâtre se ramollit, et se transforme en une collection puriforme.

A ce moment des douleurs s'accusent, l'atmosphère celluleuse s'enflamme; la peau rougit et devient adhérente; elle s'ulcère et le pus s'écoule. Cette suppuration, qui s'observe chez les strumeux et à l'occasion d'un traumatisme ou d'une irritation des téguments, peut s'accompagner d'accidents graves, et, dans le cas d'adénite tertiaire inguinale rapporté par Verneuil, un phagédénisme creusa les tissus jusqu'à l'artère fémorale, qui fut ouverte; le malade fut emporté par une hémorrhagie foudroyante. La perte de substance rappelle les ulcères syphilitiques tertiaires : une cavité profonde à bords cuivrés, rouges, taillés à pic, parfois décollés et frangés, à fond anfractueux, déchiqueté, pulpeux, recouvert de débris jaunes, semblables au bourbillon de l'anthrax. Chez les scrofuleux, elle perd quelques-uns de ces caractères et se rapproche des ulcères de la tuberculose; le diagnostic présente alors quelques difficultés, mais l'influence curative de l'iodure de potassium et des applications mercurielles sur la plaie seront un utile renseignement.

4. — TUMEURS DES GANGLIONS

On a signalé des *kystes* des ganglions de l'aîne et du cou; nous en renvoyons l'étude aux maladies de ces régions. Quant aux *tumeurs*

malignes, elles sont *secondaires* ou *primitives*. Les premières, les plus fréquentes, sont le fait de la propagation d'un carcinome ou d'un épithélioma, peut-être aussi d'un sarcome ou d'un chondrome. Nous nous en sommes occupé à propos de ces divers néoplasmes.

Donc, nous dirons seulement que, dans tel ou tel cas, la tumeur ganglionnaire apparaît un certain temps après l'ablation de la tumeur primitive : c'est une cause d'erreur qu'il ne faut pas négliger. Il se peut aussi que la tumeur primitive soit petite, profonde, tandis que l'adénite est volumineuse et superficielle. Verneuil a insisté sur des cancéroïdes ignorés de la base de la langue ou de l'extrémité supérieure de l'œsophage qui se révélaient, tout d'abord, par un engorgement ganglionnaire de la région sous-maxillaire ou carotidienne.

Un point est souvent délicat : l'adénite est-elle le signe d'une propagation de la tumeur maligne dont on a reconnu l'existence, ou s'agit-il d'un engorgement ganglionnaire simple provoqué par un examen trop brutal, ou par quelque autre irritation ? La réponse peut être difficile, et, dans le doute, si le chirurgien intervient, il doit extirper tous les ganglions assez volumineux pour être découverts par lui.

Les tumeurs malignes primitives sont trop rares, leur histoire est trop mal connue pour qu'on puisse en tracer un tableau d'ensemble ; mais, à propos de chaque région ganglionnaire, on étudiera les diverses sortes de néoplasmes, sarcomes, épithéliomas, carcinomes.

CHAPITRE IX

AFFECTIONS DES NERFS

LÉSIONS TRAUMATIQUES

Elles diffèrent suivant la nature du nerf atteint par la violence extérieure, et les blessures des paires crâniennes ne rappellent nullement celles des cordons rachidiens. Nous ne nous occuperons ici que de ces derniers, nerfs mixtes qui président à la motricité et à la

sensibilité générale ; les affections chirurgicales des nerfs crâniens seront étudiées plus tard.

Les lésions traumatiques varient suivant la nature du traumatisme, et nous établirons plusieurs catégories : la *compression*, la *contusion*, l'*écrasement* du nerf. Laissant de côté la *commotion*, hypothétique et imaginée pour juxtaposer, dans une exacte symétrie, les lésions des centres et des cordons nerveux, nous décrirons ensuite la *distension* et l'*arrachement* ; enfin toutes les *plaies*, piqûres, coupures, plaies contuses et par armes à feu.

I

COMPRESSION ET CONTUSION DES NERFS

Étiologie. — La *compression* n'est pas toujours traumatique. Elle s'établit parfois d'une manière *lente* : une tumeur maligne, une hypertrophie ganglionnaire, un anévrysme, une exostose ont pu, par leur développement progressif, refouler le nerf contre un plan résistant aponévrotique ou osseux. C'est surtout dans le canal rachidien et sur les racines des nerfs qu'on a observé cette compression ; elle a pour cause une pachyméningite, une déviation des vertèbres ou un abcès, un cancer vertébral, un kyste hydatique. Le nerf peut encore s'enflammer et s'étrangler dans un canal inextensible. N'en est-il pas ainsi dans certaines hyperémies du facial lors de son trajet pétreux ? S'il faut en croire Tripier, les ramuscules contenus dans les cicatrices rétractiles et les troncs enfermés dans un cal vicieux ne se comprimerait que par suite de la dilatation des vasa-nervorum.

Les compressions *rapides* succèdent à une fausse position, et Panas a montré que les paralysies radiales d'origine soi-disant rhumatismale sont dues à une compression du nerf qui, pendant le sommeil, supporte le poids de la tête ou repose sur le dossier d'une chaise ou d'un banc. Dans d'autres cas, la compression est produite par le déplacement d'une extrémité osseuse luxée, ou par une béquille, l'anse d'un panier, d'un seau ou d'un baquet ; un lien constricteur serré, la bride du cheval enroulée autour d'un doigt du cavalier, les forceps dans les accouchements ont eu pour résultat des compressions nerveuses. Cette paralysie *obstétricale* atteint la mère ou l'enfant : dans le premier cas, la tête du fœtus ou le forceps exerce une com-

les tissus — calomel, iodoforme —, arriver bientôt à réaliser le programme dont je poursuis l'exécution, et qui est de tarir la virulence du jour au lendemain. »

Cette méthode n'a pas encore subi de contrôle suffisant : aussi devons-nous signaler les autres procédés ; les vésicatoires volants, préconisés par Diday et dont l'application sera plusieurs fois répétée, suivant le conseil d'A. Guérin. Les badigeonnages à la teinture d'iode, les onctions d'onguent mercuriel, la compression, compteraient aussi quelques succès. Néanmoins, dans l'immense majorité des cas, le bubon évolue et suppure quand même. Faut-il alors intervenir d'une manière plus radicale ? Quelques auteurs sont pour l'expectation : leur pratique n'a pas prévalu. Les uns ouvrent le bubon, qu'ils cautérisent au fer rouge ou par les caustiques chimiques, ou qu'ils essayent de modifier par des pansements à l'iodoforme ; d'autres ont recours aux ponctions aspiratrices précoces suivies d'injections intraganglionnaires d'acide phénique ou salicylique, de chloral, de chlorate de potasse, de sulfate de cuivre, de solutions camphrées. L'acide phénique semble avoir donné les meilleurs résultats. La ponction hâtive a été préconisée par Broca : il enfonçait au centre du ganglion la lame étroite d'un bistouri, puis comprimait la tumeur pour en chasser le pus, répétant cette opération jusqu'à ce que la suppuration fût tarie. Cette méthode est trop douloureuse et trop infidèle pour être recommandée.

b. — ADÉNITES SYPHILITIQUES

On en décrit trois variétés : l'adénite *primitive*, l'adénite *secondaire* et l'adénite *tertiaire*.

1. — ADÉNITE PRIMITIVE

Elle est parfois précédée d'une lymphangite et, 1 fois sur 5, d'après Bassereau, on trouve, entre le chancre et les ganglions engorgés, un ou plusieurs cordons durs, rectilignes, moniliformes, du volume d'une plume de corbeau, indolores, aphlegmasiques ; les téguments soulevés conservent leur coloration normale ; à peine, dans quelques cas, note-t-on une teinte rosée sur le léger relief formé par le vaisseau. En moins d'un mois cette tuméfaction dis-

paraît ; elle se résout sans laisser de trace, et les cas sont rares où elle se termine par un abcès ou une fistule.

Du septième au quinzième jour après l'apparition du chancre, l'adénopathie se développe dans les ganglions correspondant au territoire où siège l'ulcération spécifique. Cet engorgement est nécessaire, et si Ricord exagère lorsqu'il dit « qu'il accompagne le chancre aussi fatalement que l'ombre suit le corps », nous voyons, d'après un relevé général de Jullien, que, sur 1561 cas de chancre syphilitique, l'absence d'adénite a été constatée 57 fois seulement.

L'engorgement frappe plusieurs ganglions et, dans les chancres génitaux, les plus fréquents de tous, la plupart des ganglions de l'aîne sont atteints, et des deux côtés à la fois ; ils forment, sous la peau, une *pléiade* caractéristique de petites tumeurs du volume d'un pois à celui d'une noisette, dures, chondroïdes, indolentes, indépendantes les unes des autres, mobiles, globuleuses ou mamelonnées. En général, le ganglion le plus rapproché du chancre est le plus gros ; c'est « le ganglion anatomique », « le préfet de l'aîne » de Ricord ; il est rare de le voir seul engorgé.

L'évolution froide dans l'adénite de la vérole est de règle. On a constaté cependant des phénomènes inflammatoires et, sur 1685 cas de bubons syphilitiques primitifs, Jullien trouve 49 bubons suppurés, soit une proportion de 2,9 pour 100. Mais un examen attentif démontre presque toujours que la syphilis n'est plus seule en cause : l'individu est strumeux, ses ganglions sont agglomérés par l'inflammation du tissu cellulaire qui les environne ; ils se tuméfient, la peau se soulève, rougit, s'ulcère ; une petite quantité de pus séreux et mal lié s'écoule, et des fongosités s'élèvent du fond de la cavité à bords décollés et amincis. Encore a-t-on souvent vu le pus se résorber, même dans les cas où la fluctuation était nette. D'autres fois, il s'agit d'une ulcération *mixte*, à la fois syphilitique et chancreuse. Ici deux cas se présentent : ou bien la chancreuse s'est syphilitisée, ou bien le chancre dur s'est chancrifié ; dans le premier cas, la suppuration est plus fréquente que dans le second, la syphilis oblitérant, dit-on, les voies lymphatiques. Il n'en est pas moins vrai que l'inflammation s'observe dans l'une et l'autre alternative. Enfin, elle peut être la conséquence de toutes les irritations, et les traumatismes, les cautérisations intempestives, les pansements négligés se traduisent par une adénite suppurée.

Il est établi que l'adénite primitive prend tout son développement en douze ou quinze jours, puis reste stationnaire et persiste après la cicatrisation du chancre; elle peut s'accroître lors des éruptions cutanées de la période secondaire; aussi est-il fréquent de la retrouver, non seulement plusieurs mois, mais plusieurs années après son apparition. Venning, cité par Jullien, a montré que, sur 48 syphilitiques soumis à un traitement rationnel, 1 seul, au bout de sept ans, était exempt de tumeur ganglionnaire inguinale.

2. — ADÉNITE SECONDAIRE

Elle est précédée quelquefois d'angioleucite et l'on trouve sous les téguments atteints d'éruptions plus ou moins confluentes, de petits cordons durs, moniformes, parallèles, qui suivent le trajet connu des lymphatiques et se dirigent vers les ganglions; il n'y a ni douleur, ni coloration anormale de la peau; la résolution est assez rapide et se fait sans laisser de trace; aussi cette lymphangite échappe-t-elle à qui ne la recherche avec soin.

L'engorgement ganglionnaire est, au contraire, net : on observe, non seulement une poussée nouvelle du côté de la pléiade biinguinale formée dès l'apparition du chancre génital, mais d'autres régions se prennent, le cou dans le segment postérieur, en aval et sur les côtés, l'aisselle, l'épitrochlée, le creux poplité; on trouve même des chaînes, des chapelets ou des ganglions isolés en des points où l'anatomie n'en révèle pas : dans le cuir chevelu, dans la région dorsale, près de l'omoplate, aux lombes, sur la clavicule, à la jambe. « Sur 20 sujets observés par Campana, dit Jullien, voici quelle était, par ordre de fréquence, la localisation de l'adénopathie : les aines 20 fois, les côtés du cou 15, la nuque 8, les régions sous-maxillaires 5, crurale 5, axillaire 2, parotidienne 2, épitrochléenne 2, et sous-mammaire 2. » Cette généralisation a, pour le diagnostic de la syphilis, une importance qui ne saurait échapper. L'adénite secondaire ressemble de tous points à celle de la période primitive : on retrouve la même dureté, la même indolence, les mêmes tumeurs lobulées, mobiles, sans changement de couleur à la peau. Elle ne suppure que lorsque le sujet qui la porte est strumeux.

3. — ADÉNITE TERTIAIRE

Nous ne connaissons cette affection que depuis les recherches de Verneuil, de Virchow, de Lancereaux, de Cornil et de Campana. Elle n'est parfois que l'engorgement des premières périodes qui persiste; parfois aussi, elle apparaît avec les accidents tertiaires et revêt une physionomie spéciale. Tantôt elle prend la forme *scléreuse*, et tantôt la forme *gommeuse*.

L'adénite *scléreuse* est caractérisée par la multiplicité des ganglions atteints; les superficiels et les profonds, ceux du cou, de l'aisselle, de l'aîne, aussi bien que ceux du médiastin, du mésentère, des lombes et des bronches, peuvent être envahis; ils sont petits, durs, grisâtres à la coupe, d'aspect fibreux. L'adénite *gommeuse* est plus circonscrite; un ou plusieurs ganglions se tuméfient; au début, leur masse est rosée, ferme, élastique, puis survient la dégénérescence, la caséification; la trame jaunâtre se ramollit, et se transforme en une collection puriforme.

A ce moment des douleurs s'accusent, l'atmosphère celluleuse s'enflamme; la peau rougit et devient adhérente; elle s'ulcère et le pus s'écoule. Cette suppuration, qui s'observe chez les strumeux et à l'occasion d'un traumatisme ou d'une irritation des téguments, peut s'accompagner d'accidents graves, et, dans le cas d'adénite tertiaire inguinale rapporté par Verneuil, un phagédénisme creusa les tissus jusqu'à l'artère fémorale, qui fut ouverte; le malade fut emporté par une hémorrhagie foudroyante. La perte de substance rappelle les ulcères syphilitiques tertiaires : une cavité profonde à bords cuivrés, rouges, taillés à pic, parfois décollés et frangés, à fond anfractueux, déchiqueté, pulpeux, recouvert de débris jaunes, semblables au bourbillon de l'anthrax. Chez les scrofuleux, elle perd quelques-uns de ces caractères et se rapproche des ulcères de la tuberculose; le diagnostic présente alors quelques difficultés, mais l'influence curative de l'iodure de potassium et des applications mercurielles sur la plaie seront un utile renseignement.

4. — TUMEURS DES GANGLIONS

On a signalé des *kystes* des ganglions de l'aîne et du cou; nous en renvoyons l'étude aux maladies de ces régions. Quant aux *tumeurs*

malignes, elles sont *secondaires* ou *primitives*. Les premières, les plus fréquentes, sont le fait de la propagation d'un carcinome ou d'un épithélioma, peut-être aussi d'un sarcome ou d'un chondrome. Nous nous en sommes occupé à propos de ces divers néoplasmes.

Donc, nous dirons seulement que, dans tel ou tel cas, la tumeur ganglionnaire apparaît un certain temps après l'ablation de la tumeur primitive : c'est une cause d'erreur qu'il ne faut pas négliger. Il se peut aussi que la tumeur primitive soit petite, profonde, tandis que l'adénite est volumineuse et superficielle. Verneuil a insisté sur des cancéroïdes ignorés de la base de la langue ou de l'extrémité supérieure de l'œsophage qui se révélaient, tout d'abord, par un engorgement ganglionnaire de la région sous-maxillaire ou carotidienne.

Un point est souvent délicat : l'adénite est-elle le signe d'une propagation de la tumeur maligne dont on a reconnu l'existence, ou s'agit-il d'un engorgement ganglionnaire simple provoqué par un examen trop brutal, ou par quelque autre irritation ? La réponse peut être difficile, et, dans le doute, si le chirurgien intervient, il doit extirper tous les ganglions assez volumineux pour être découverts par lui.

Les tumeurs malignes primitives sont trop rares, leur histoire est trop mal connue pour qu'on puisse en tracer un tableau d'ensemble ; mais, à propos de chaque région ganglionnaire, on étudiera les diverses sortes de néoplasmes, sarcomes, épithéliomas, carcinomes.

CHAPITRE IX

AFFECTIONS DES NERFS

LÉSIONS TRAUMATIQUES

Elles diffèrent suivant la nature du nerf atteint par la violence extérieure, et les blessures des paires crâniennes ne rappellent nullement celles des cordons rachidiens. Nous ne nous occuperons ici que de ces derniers, nerfs mixtes qui président à la motricité et à la

sensibilité générale ; les affections chirurgicales des nerfs crâniens seront étudiées plus tard.

Les lésions traumatiques varient suivant la nature du traumatisme, et nous établirons plusieurs catégories : la *compression*, la *contusion*, l'*écrasement* du nerf. Laissant de côté la *commotion*, hypothétique et imaginée pour juxtaposer, dans une exacte symétrie, les lésions des centres et des cordons nerveux, nous décrirons ensuite la *distension* et l'*arrachement* ; enfin toutes les *plaies*, piqûres, coupures, plaies contuses et par armes à feu.

I

COMPRESSION ET CONTUSION DES NERFS

Étiologie. — La *compression* n'est pas toujours traumatique. Elle s'établit parfois d'une manière *lente* : une tumeur maligne, une hypertrophie ganglionnaire, un anévrysme, une exostose ont pu, par leur développement progressif, refouler le nerf contre un plan résistant aponévrotique ou osseux. C'est surtout dans le canal rachidien et sur les racines des nerfs qu'on a observé cette compression ; elle a pour cause une pachyméningite, une déviation des vertèbres ou un abcès, un cancer vertébral, un kyste hydatique. Le nerf peut encore s'enflammer et s'étrangler dans un canal inextensible. N'en est-il pas ainsi dans certaines hyperémies du facial lors de son trajet pétreux ? S'il faut en croire Tripier, les ramuscules contenus dans les cicatrices rétractiles et les troncs enfermés dans un cal vicieux ne se comprimeraient que par suite de la dilatation des vasa-nervorum.

Les compressions *rapides* succèdent à une fausse position, et Panas a montré que les paralysies radiales d'origine soi-disant rhumatismale sont dues à une compression du nerf qui, pendant le sommeil, supporte le poids de la tête ou repose sur le dossier d'une chaise ou d'un banc. Dans d'autres cas, la compression est produite par le déplacement d'une extrémité osseuse luxée, ou par une béquille, l'anse d'un panier, d'un seau ou d'un baquet ; un lien constricteur serré, la bride du cheval enroulée autour d'un doigt du cavalier, les forceps dans les accouchements ont eu pour résultat des compressions nerveuses. Cette paralysie *obstétricale* atteint la mère ou l'enfant : dans le premier cas, la tête du fœtus ou le forceps exerce une com-