

perficielle de voisinage; il ne saurait être question ici des adénites viscérales qui sont hors de notre portée. Une fois la cause connue, on s'attachera par tous les moyens à la faire disparaître avant d'agir sur le ganglion induré. Comme l'adénite, lente à se produire, est encore plus lente à se résoudre, même après la suppression de la cause, à ce traitement indirect doit s'adjoindre un traitement direct, topique. Les médications employées contre ces affections souvent rebelles sont innombrables; nous ne passerons en revue que les principales.

1° *Résolutifs*. — La compression ou méthode de SERGEANT est assurément l'un des meilleurs traitements, à la condition qu'elle soit bien faite, appliquée régulièrement, méthodiquement, et nombre d'auteurs la préconisent; elle ne doit pas être douloureuse, sans quoi son application est défectueuse. L'ouate, l'amadou, les compresses graduées, les sachets de sable chaud, les pelotes élastiques pleines ou à air et maintenues par des bandages appropriés rendront de réels services quand ils seront susceptibles d'être employés; malheureusement, nombre d'adénites échappent à la compression par leur siège ou leur profondeur; d'ailleurs la compression peut être utilement combinée à d'autres méthodes.

Les fondants, onguent mercuriel belladonné, pommades iodurées ou à l'iodure de plomb, emplâtres mercuriels, sont d'un usage vulgaire; mais tout le monde est à peu près d'accord pour en reconnaître l'inconstance; on ne saurait en dire autant de la teinture d'iode qui agit en même temps comme révulsif, et qui, longtemps continuée, provoque assez souvent la suppuration.

L'électricité a été vantée outre mesure comme résolutif des adénites chroniques; dans le plus grand nombre des cas elle n'a pas d'effet, et les quelques succès qui servent de base à sa réputation sont largement compensés par les faits où la glande a doublé de volume en peu de jours. Enfin les injections interstitielles d'iode, d'acide acétique, d'alcool, etc., successivement essayées, doivent être rejetées.

2° *Moyens chirurgicaux. Destruction des ganglions*. — Les procédés qui réalisent ce but sont: l'écrasement, le broiement et l'extirpation. L'écrasement, mauvaise méthode, exige un plan osseux sous-jacent et se pratique avec un cachet, comme pour les kystes synoviaux. — Le broiement sous-cutané à l'aide d'un ténotome a pour objet de fractionner le ganglion tuméfié; c'est un procédé théorique dont les résultats sont mal connus. L'extirpation était autrefois en honneur; de nos jours on n'y a recours que pour les adénites monoganglionnaires, superficielles, très chroniques; une incision avec le bistouri permet de disséquer et d'énucléer la tumeur. Quand toute une chaîne de ganglions se trouve envahie, l'opération est contre-indiquée parce que le chirurgien s'expose à dépasser les limites de la zone dangereuse, à moins qu'il n'ait pour objectif de remédier à des accidents de compression progressifs.

Traitement de l'adénite chronique suppurée. — Le chirurgien cherche quelquefois, pour détruire une glande rebelle, à la faire suppurer; on y arrive par la malaxation, les applications répétées de teinture d'iode, les vésicatoires successifs, les cataplasmes. D'autres praticiens ne renoncent pas à faire avorter

l'adénite, même quand elle est suppurée, et ont recours pour cela à la compression suivie ou non d'injections phéniquées, aux ponctions aspiratrices ou simples avec de fins trocars. MALAPERT avait imaginé de saupoudrer de sublimé la surface des vésicatoires posés sur la tumeur. Ces moyens, assez inconstants, réussissent, et des faits probants démontrent que des adénites déjà fluctuantes peuvent subir une phase régressive.

Quoi qu'il en soit, la conduite la plus sage, quand l'adénite est suppurée, consiste à aider la nature par une petite incision déclive, dont on modifie la forme et la direction de manière à cacher autant que possible la cicatrice inévitable dans quelque pli cutané. Ces précautions sont utiles à la face, au cou, aux aines, etc.; on évite de cette façon les cicatrices difformes, violacées, végétantes, ainsi que les fistules. C'est encore dans le même but d'esthétique que LEVANNIER, BONNAFONT, FERROCHAUD ont préconisé les sétons filiformes, simples ou multiples. La cavité une fois ouverte devra être drainée afin d'éviter la stagnation du pus.

Enfin, on a recommandé, quand il y a des décollements, d'ouvrir les adénites suppurées avec les caustiques (pâte de Vienne, fer rouge, cautère Paquelin).

Le traitement ultérieur ressemble à celui de l'adénite aiguë; ajoutons cependant qu'on se trouve bien d'une légère cautérisation de la poche abcédée avec les divers caustiques et surtout la teinture d'iode à chaque pansement.

CHAPITRE IV

ADÉNOPATHIES VIRULENTES

§ 1^{er}. — Adénite chancreuse

SYNONYMES. — Bubon chancreux. — Adénite virulente

L'adénite chancreuse est une inflammation d'un ganglion produite par le transport du virus chancreux dans son intérieur.

Étiologie. — Cette définition suffit à elle seule pour expliquer l'origine de cette affection jadis confondue avec les adénopathies vénériennes, et qui n'a été réellement bien connue que depuis les travaux de HUNTER (1782), de WALLACE et de RICORD (1831-1837). HUNTER distingua les adénites aiguës simples par irritation (bubons sympathiques) et la syphilis des ganglions de l'adénite chancreuse; le premier il constata que le pus de certains chancres absorbé par les lymphatiques détermine une adénite suppurée susceptible de reproduire un nouveau chancre dont le pus est inoculable. Ce fait a été vérifié maintes fois par RICORD qui en a montré l'importance.

La nécessité d'un chancre primitif est aujourd'hui absolument prouvée, et l'on n'admet plus l'adénite chancreuse sans lésion, variété de bubon d'emblée

PATHOL. EXTERNE.

abandonnée. Tantôt elle succède à une lymphangite chancreuse propagée de proche en proche aux ganglions, tantôt il n'y a pas de lésions intermédiaires entre le chancre et le bubon qui apparaît aux époques les plus diverses, ordinairement après le treizième jour.

Cette complication du chancre simple est loin d'être fatale. Ainsi, d'après FOURNIER, on ne l'observerait qu'une fois sur trois chancres; d'ailleurs toutes les adénites qui résultent du chancre simple ne sont pas chancreuses, car cette affection, comme toute lésion des réseaux superficiels, peut engendrer une adénite aiguë inflammatoire; dans ce cas le pus n'est plus inoculable.

Les recherches de I. STRAUSS (*Soc. de biologie*, 1884) tendent à prouver la non-inoculabilité du pus des bubons chancreux; dans quarante expériences il n'a pu reproduire le chancre et n'a pas constaté de microbes dans le pus. Pour lui la contamination serait secondaire, accidentelle.

La femme y serait moins exposée que l'homme; ce bubon chancreux a pour siège presque exclusif la région inguinale et succède au chancre de la verge; on l'a encore observé ailleurs à la suite de chancres inoculés dans d'autres parties. Habituellement unilatéral, quelquefois croisé ou double, il occupe plus souvent les ganglions moyens de l'aîne. HUNTER avait déjà remarqué que le virus intéresse seulement le premier groupe anatomique et même le premier ganglion; celui-ci servirait de barrière et s'opposerait au passage du virus dans l'économie.

Symptômes. — Dans les deux premières périodes, fluxion et suppuration, les symptômes sont identiques à ceux de l'adénite aiguë terminée par suppuration; mais ici ce dernier processus est fatal, se produit de bonne heure, sans que rien ne puisse en arrêter les progrès, sous ses deux formes intra et péri-ganglionnaire. Le pus prend naissance dans le ganglion avant la formation de l'adéno-phlegmon, ainsi que l'a démontré BROCA qui a trouvé dès le début, du pus au centre du ganglion. Les deux collections évoluent isolément, se superposent et produisent chacune un pus dont les caractères sont fort différents; celui de l'adéno-phlegmon est franchement phlegmoneux, non inoculable, tandis que celui du ganglion a un aspect séreux, mal lié; de plus il est inoculable. Il s'établit prématurément ou au moment de l'ouverture un mélange des deux pus qui possède les caractères malins du second et devient roussâtre, de mauvaise nature. Après l'issue du pus, le foyer superficiel s'inocule, s'ulcère et se transforme en un vaste foyer chancreux, ou *chancre ganglionnaire*, qui suit la marche du chancre ordinaire, en prend l'aspect, les bords taillés à pic, durs, de mauvaise nature, pseudo-membraneux, blafards. Son évolution est lente, tantôt stationnaire, tantôt progressive, et dans les cas les plus favorables, malgré les traitements variés, la réparation n'est obtenue qu'après un temps assez long. Il faut noter que du jour où elle commence, le pus sécrété perd ses propriétés virulentes, son inoculabilité; la guérison marche rapidement s'il n'y a pas de trop vastes décollements.

Outre les diverses complications communes à toutes les adénites suppurées, érysipèle, phlegmons diffus, fistules, etc., l'adénite chancreuse peut devenir phagédénique comme le chancre simple; elle s'étend alors en surface, plus rarement en profondeur, affectant la forme serpigneuse qui ulcère un bord de la

plaie à mesure que l'opposé se cicatrise. Cette forme de l'adénite chancreuse a une durée très longue, de plusieurs mois: dans un cas de FOURNIER, elle n'était pas moindre de quatorze ans! De plus, elle est sujette à des recrudescences, à des rechutes et dans les cas les plus favorables aboutit à des cicatrices vicieuses repoussantes. On a vu le chancre serpigneux parti d'un bubon se promener dans les régions voisines, aux lombes, aux fesses et descendre même jusqu'au genou.

Diagnostic. — Nous avons dit ailleurs à quels signes on reconnaît une adénite aiguë; mais il est impossible de savoir primitivement si le bubon qui succède à un chancre simple est ou non chancreux, simplement inflammatoire, sympathique ou virulent. Jusqu'à un certain point l'époque d'apparition établit une distinction; le bubon simple apparaîtrait avant le troisième jour, l'autre plus tard; ce n'est pas un fait absolu et l'on n'a la certitude qu'après l'ouverture de l'adénite, lorsque la plaie devient chancreuse. L'adénite virulente évolue plus rapidement que l'autre. Autrefois l'inoculation du pus avait une grande valeur; les recherches de STRAUSS tendent à l'affaiblir.

Pronostic. — De toutes les adénites, la variété chancreuse est la plus redoutable. Cependant elle n'a pas toujours la même gravité, sa guérison quelquefois régulière contraste avec la tendance au phagédénisme, circonstance fâcheuse qui rend le pronostic très réservé.

Traitement. 1° *Traitement prophylactique.* — Puisque l'adénite chancreuse est secondaire, il semblait naturel, pour la prévenir, de détruire le principe virulent à la source ou d'intercepter les communications entre l'affection primitive et le ganglion. Le seul moyen de réaliser la première de ces indications consiste à détruire le chancre par la cautérisation ou l'excision, et encore ces opérations sont-elles souvent insuffisantes; quant à l'autre procédé, conseillé par DIMAX, la section des lymphatiques intermédiaires, il est beaucoup plus théorique que pratique.

2° *Traitement abortif.* — Une fois l'adénite chancreuse développée, peut-on la faire avorter, l'empêcher de suppurer? Cette question a été résolue contrairement par les auteurs; beaucoup admettent que l'évolution de l'adénite chancreuse aboutit fatalement à l'ulcération, et que toutes les tentatives de résolution sont infructueuses. Si quelques médications ont été préconisées dans ce but, c'est que les adénites traitées n'étaient pas chancreuses, mais inflammatoires. On conçoit que pour les partisans de cette opinion, les anti-phlogistiques (sangues), les vésicatoires répétés (VELPEAU, A. GUÉRIN), pansés au sublimé (MALAPERT), à la teinture d'iode (SIRUS PIRONDI), la compression méthodique (SERGEANT), etc., etc., soient des moyens inutiles parce qu'ils ne peuvent pas réussir. Ces opinions sont infirmées par les assertions de GUÉRIN qui ne voit plus suppurer les bubons, grâce aux vésicatoires; celles de SERGEANT, GAVOY, qui exaltent la compression, etc. Sans doute, ces auteurs se sont exagéré les mérites de leurs méthodes, mais le plus grand reproche qu'on puisse leur adresser est de n'avoir pas séparé les bubons d'après leur nature.

3° *Traitement de l'adénite suppurée.* — Dès que le pus existe dans un bubon chancreux, il faut l'ouvrir de bonne heure pour éviter des dégâts considérables. BROCA avait conseillé de faire une ponction prématurément dans ce

ganglion serré entre les doigts, pour exprimer le long d'une sonde cannelée le pus séreux et virulent contenu à son centre. Cette méthode n'est pas entrée dans la pratique, parce qu'elle n'empêche pas les accidents ultérieurs, qu'elle exige la ponction de toutes les adénites à la période du début, simples ou virulentes, impossibles à distinguer, enfin qu'elle doit être répétée et devient très douloureuse.

A l'incision prématurée on préfère, dès qu'il y a suppuration, l'ouverture hâtive du bubon ou l'extirpation; elle se pratique de préférence au bistouri; d'autres chirurgiens se servent des caustiques sans avantages marqués.

4° *Traitement de l'ulcère chancreux consécutif.* — Il convient après l'incision de panser la plaie avec soin, d'évacuer la sanie des clapiers à l'aide d'injections diverses; puis on modifiera la surface du foyer par des caustiques liquides ou solides (teinture d'iode, alcool, vin aromatique, nitrate d'argent, camphre, iodoforme, etc.). D'ailleurs, il faut appliquer à cet ulcère le traitement du chancre. Malgré les soins les plus intelligents, l'ulcère reste souvent atonique, indifférent, sans tendance à la cicatrisation; on doit alors, surtout pour les cas de phagédénisme, recourir aux scarifications et aux cautérisations énergiques de toute la surface avec la pâte de Vienne, le chlorure de zinc, le beurre d'antimoine, le fer rouge, etc., ou encore nettoyer avec la curette tranchante, procédé qui nous a maintes fois réussi.

§ 2. — Lésions syphilitiques des ganglions

Bibliographie. — SIEGMUND, *Wien. Med. Wochens.*, 1859. — GOSSELIN, *Gaz. des Hôp.*, 1864. — CAHEN, *Union médicale*, 1859-1860. — VIRCHOW, *La syphilis*, 1860. — ROLLET, Art. BUBON, in *Dict. Dechambre*, 1869. — FOURNIER, Art. BUBON, in *Dict. Jaccoud*, 1866. — VERNEUIL, Art. AINE, in *Dict. Dechambre*, 1875. — CORNIL, *Journal de l'anat. et de la phys. de Robin*, 1878. — CORNIL et RANVIER, *Traité d'Histologie*, 1882. — LANCEREAUX, *Anat. pathologique, et Traité de la syphilis.* — ROBERTO-CAMPANA, *Journ. italien des mal. vénér. et cutanées*, 6^e année, t. II. Thèses de Paris. — 1852, DES RUELLES. — 1852, SALNEUVE. — 1853, SARRHOS. — 1865, DELAUNAY. — 1871, DISSANDES-LAVILATTE. — 1878, GONNET. — 1880, RAMAGE. — 1884, VERDIER.

Consultez les *Traité des Maladies vénériennes.*

A toutes ses périodes la syphilis détermine des altérations plus ou moins marquées du système ganglionnaire; nous passerons successivement en revue les altérations primitives, secondaires ou tertiaires.

1° *Accidents primitifs.* — *Bubon syphilitique.* — Les travaux de RICORD et des syphiliographes modernes ont démontré que le chancre infectant s'accompagne d'altérations des ganglions qui reçoivent les lymphatiques correspondants. L'adénopathie syphilitique est presque constante, et sur deux cent soixante-cinq chancres durs, FOURNIER n'a observé que cinq faits où cette complication faisait défaut. Cet auteur a remarqué que les cas exceptionnels coïncident avec la variété phagédénique, avec le chancre dur récidivé ou même

l'obésité. La relation de cause à effet qui existe entre le chancre et les ganglions devient quelquefois évidente, grâce aux cordons durs de la lymphangite syphilitique.

L'altération ganglionnaire n'a pas de siège spécial; on la rencontre toujours dans les ganglions les plus voisins du chancre; si l'aine est son siège de prédilection, cela tient à ce que les chancres sont surtout fréquents à la verge, à la vulve et à l'anus. On a observé également ce bubon à la région sous-maxillaire à la suite du chancre céphalique, à l'aisselle à la suite du chancre mammaire. Un chancre de la trompe, inoculé par le cathétérisme, a pu amener un bubon parotidien.

Le bubon syphilitique apparaît assez exactement au moment où le chancre s'indure, c'est-à-dire du premier au deuxième septénaire; à l'aine, il est tantôt unilatéral, le plus souvent bilatéral et parfois croisé.

Symptômes. — L'adénopathie ganglionnaire symptomatique du chancre infectant ne constitue pas une inflammation, le nom d'adénite ne lui convient donc pas; en effet l'altération du ganglion est essentiellement torpide, froide, indolente, même à la pression; la tuméfaction, seul symptôme commun, existe constamment, mais elle n'est pas très accentuée et n'intéresse jamais le tissu cellulaire ambiant. La peau n'offre ni rougeur ni chaleur; on la voit seulement soulevée, chez les personnes amaigries, par une ou plusieurs petites saillies que la palpation permet de sentir et de compter. Leur nombre est en rapport avec la richesse variable des régions; toutes ont à peu près un volume identique, celui d'un gros haricot ou d'une noisette; souvent l'un de ces ganglions est plus gros que les autres; RICORD le dénomme ganglion *anatomique* ou *direct*, et il correspond plus immédiatement au chancre.

Ordinairement, les ganglions superficiels envahis conservent leur indépendance, leur mobilité, leur forme, ils constituent alors la pléiade de RICORD: il est assez rare de voir ces ganglions réunis, agglomérés en une masse unique. Après une ou deux semaines, les ganglions ont atteint leur période d'état et restent longtemps dans cette situation, pendant des semaines et même des mois, sans manifester leur présence autrement que par un peu de sensibilité après la marche ou les mouvements; ils tendent à disparaître insensiblement.

La terminaison par suppuration est possible, quoique très rare; dans ce cas l'affection changerait un peu de nature, deviendrait strumeuse. Il s'agit là d'un point encore bien obscur et de nouvelles recherches seraient nécessaires pour déterminer si l'on est réellement en présence d'une poussée tuberculeuse; le pus de ces bubons syphilitiques suppurés ne peut être inoculé.

D'après FOURNIER, ROLLET, le ganglion syphilitique serait susceptible de se ramollir et même de suppurer, mais la résorption de ce pus surviendrait très fréquemment. Il y a aussi une autre variété de bubon qui résulte du chancre mixte de ROLLET et qui possède les propriétés nocives des deux autres variétés; dans ce cas la suppuration s'effectue comme pour l'adénite chancreuse.

Diagnostic. — L'existence d'un chancre infectant dans une région doit toujours faire chercher l'état des ganglions voisins; de même, quand on trouve

sur une personne la pléiade ganglionnaire typique, il y a de grandes chances pour qu'elle résulte d'un chancre infectant. L'ensemble des symptômes de l'affection est si caractéristique qu'on ne saurait longtemps rester en suspens au sujet du diagnostic. Les seules lésions qui peuvent donner le change sont les tubercules des ganglions, les adénites chroniques; mais dans ces cas, l'état général, les commémoratifs, les maladies concomitantes permettent de rapporter la lésion ganglionnaire à sa véritable cause, de distinguer ce que RICORD appelait les ganglions du malade de la maladie des ganglions.

Il est superflu d'insister sur les différences qui existent entre les bubons syphilitique et chancreux. Autant l'un est indolent, torpide, limité à la glande, isolé, peu porté à la suppuration, autant l'autre s'accompagne de douleurs, de symptômes inflammatoires, tend fatalement à suppurer, à envahir le tissu ambiant; de plus, son pus est réinoculable.

Pronostic. — En tant que lésion isolée, l'adénopathie syphilitique primitive est très insignifiante; même quand le bubon syphilitique suppure, fait exceptionnel, ses suites ne sont pas dangereuses. Il emprunte sa gravité à l'affection générale dont l'altération locale n'est qu'une manifestation.

Traitement. — Ces raisons font comprendre combien le traitement spécifique l'emporte sur la thérapeutique locale, qui se borne à prévenir la suppuration par le repos, la position, une douce compression avec l'ouate, les bains, les cataplasmes. Un large vésicatoire est indiqué comme abortif quand il y a menace de suppuration.

2° Accidents secondaires des ganglions. — L'adénopathie coïncide également avec les manifestations secondaires de la syphilis, et il n'est pas douteux que s'il existe très souvent une relation de cause à effet entre les accidents superficiels et la tuméfaction des ganglions, dans d'autres cas la maladie porte son action directement sur les ganglions. Les régions où cette forme s'observe communément sont la nuque (ganglions occipitaux), le cou (ganglions mastoïdiens), l'aîne, l'angle de la mâchoire, l'aisselle. Ces adénites paraissent en tous points analogues à celles de la période primitive, mais les glandes sont disséminées; même indolence, même volume (haricot, noisette) même pléiade de petites tumeurs à évolution lente, sans tendance à l'inflammation.

En quoi consiste cette altération si constante due au virus? Deux faits dominent toute l'histoire anatomo-pathologique de ces ganglions: 1° l'indépendance absolue de la lésion qui reste complètement limitée aux ganglions, ce qui explique la persistance de leur mobilité; 2° la dilatation considérable des vaisseaux et sinus lymphatiques de la substance caverneuse bourrés de leucocytes. Il y a une disproportion marquée entre le faible développement du réticulum ou du stroma si accentué dans l'adénite chronique et l'obstruction des voies lymphatiques par les leucocytes.

Des tractus conjonctifs minces, rayonnant du hile vers la substance corticale, subdivisent ainsi le ganglion en un certain nombre de lobules formés par les sinus lymphatiques. VADJA attribuait l'accumulation des leucocytes à un arrêt des corpuscules apportés par la lymphe; il est plus probable qu'ils ont pris naissance dans l'organe: ce qui tend à le prouver, c'est qu'on trouve avec les leucocytes des cellules endothéliales dégénérées provenant de la paroi.

3° Lésions tertiaires des ganglions. — A mesure que la syphilis parcourt ses diverses phases, elle tend à intéresser les organes profonds et les viscères; il en est de même pour les ganglions, et, à la période tertiaire, l'adénopathie superficielle (aine, cou) est rare, comparée aux lésions ganglionnaires profondes (abdomen, mésentère, médiastin); ces altérations résultent très souvent d'une lésion de voisinage, fidèlement reproduite par les ganglions régionaux. Cependant le traumatisme, ainsi que l'a démontré VERNEUIL, peut les faire naître de toutes pièces, et on a encore observé ces altérations isolément, en dehors des lésions de voisinage.

L'affection se présenterait sous deux formes anatomiques différentes, l'une dans laquelle le ganglion gros comme un œuf est mou, élastique, fluctuant; c'est la gomme des ganglions qui, comme toute gomme, offre, d'après RAMAGE, quatre périodes: de formation, de ramollissement, d'ulcération et de réparation; l'autre, où la glande conservant le volume d'une amande ou d'une noix, a une couleur rouge brun; sa coupe grisâtre donne par pression un suc séreux. Les lésions histologiques sont analogues à celles de la période secondaire, c'est-à-dire qu'il existe une distension des sinus et des vaisseaux lymphatiques par les leucocytes et les cellules endothéliales tuméfiées. CORNIL considère cette affection comme une inflammation catarrhale.

Tandis que cette seconde forme reste ordinairement torpide et persistante, la forme gommeuse aboutit à la fonte de la glande qui devient adhérente à la peau; celle-ci s'ulcère et livre passage à un liquide filant, citrin; il en résulte une plaie de mauvaise nature, livide, à bords décollés, irréguliers, jaunâtres, cuivrés et parfois fongueux. Sur dix faits réunis par RAMAGE, les gommages siègeaient quatre fois dans les ganglions inguinaux, trois fois dans la région sous-maxillaire et trois fois au cou.

VIRCHOW faisait jouer un rôle considérable à l'adénopathie tertiaire dans la production de l'anémie dyscrasique, mais la maladie constitutionnelle suffit bien à elle seule pour expliquer la cachexie.

Les antécédents permettront toujours de distinguer cette adénopathie des adénites chroniques et de la tuberculose; quant à son traitement, il ne présente rien de spécial et sera celui de la syphilis tertiaire.

§ 3. — Tuberculose des ganglions

SYNONYMES. — Adénites tuberculeuse, scrofuleuse, écouelle, etc.

Bibliographie. — HUFELAND, *Traité de la scrofule*, trad. BOUSQUET, 1819. — LEBERT, *Traité des maladies scrofuleuses*, etc., 1849. — BAZIN, *Leçons sur la scrofule*. — POTAIN, Th. d'agrég., 1860. — O. WEBER, in *Handb. de Pitha et Billroth*, Bd. II, 1865. — SCHUPPEL, *Unters. über lymphdr. Tuberc.*, Tubingen, 1871. — THAON, *Bull. de la Soc. anat.*, 1873. — DUCASTEL, *Ibid.*, 1874. — WAIZ, *Arch. de Langenbeck*, 1877, t. XXI. — GARRÉ, in *Deutsch. Zeitsch.*, B. XIX, 1883. — CAZIN, in *Bull. de la Soc. de chir.*, 1884. — POULET, in *Arch. de méd. milit.*, 1884. — LETULLE, *Soc. méd. des hôp.*, 1884. Thèse de Lille. — 1881, COLAS.