

chlorure de zinc (1), l'acide phénique en solution plus ou moins concentrée (3 p. 100, Schüller), la papaïne (Bouchut), l'éther iodoformé (Verneuil, 1886), enfin l'huile stérilisée iodoformée. Blaizot et Verchère auraient obtenu des succès (le premier dix-sept et le deuxième cinq) par ce mode de traitement. Mais c'est là un procédé encore bien infidèle à la première période de l'adénite tuberculeuse. Quand celle-ci est arrivée à la période de caséification et de suppuration, les injections interstitielles (éther iodoformé ou mieux huile stérilisée iodoformée) sont utiles; si elles ne déterminent pas la rétrocession du processus, elles contribuent du moins à la *désinfection du foyer bacillaire* et préparent ainsi l'heureux résultat du curage après incision de l'adénite et drainage du foyer.

A la suite d'une injection d'éther iodoformé, Le Dentu a vu se produire la *transformation kystique* du ganglion tuberculeux. C'était chez un malade de l'hôpital Saint-Antoine; une première ponction donna lieu à un écoulement de liquide séro-grumeleux, une seconde ponction n'amena qu'un liquide absolument séreux et l'évacuation de ce dernier suffit à faire disparaître le ganglion. Ces cas de transformation kystique doivent être rapprochés des *adénites ramollies* qui sont susceptibles de *guérison spontanée*. C'est ainsi que Le Dentu observa cette guérison spontanée chez un enfant qui présentait dans la région sus-claviculaire un ganglion ramolli qui menaçait d'ulcérer la peau, et chez une femme atteinte de monoadénite cervicale pansée simplement au collodion; mais dans ces deux cas la palpation décelait la présence d'un liquide à tension très faible. Pour que cette guérison puisse se faire, il faut que le pus soit devenu presque séreux, que le ganglion ait subi la transformation kystique.

2. *Injections périganglionnaires. — Méthode sclérogène.* — Le 7 juillet 1891, Lannelongue lut à l'Académie un Mémoire sur une méthode de transformation prompte des produits tuberculeux des articulations et de certaines autres parties du corps humain. Dans ce Mémoire sont relatées vingt-deux observations de malades traités par des injections de chlorure de zinc; sur ces vingt-deux malades, trois étaient atteints d'adénites tuberculeuses cervicales multiples. Au Congrès de chirurgie de 1892, Coudray rapporte de nouveaux cas de guérison d'adénites tuberculeuses par la méthode sclérogène. Le but de la méthode est de créer autour du ou des ganglions une zone fibreuse scléreuse capable d'empêcher l'extension des lésions, car cette zone privée de lymphatiques est peu propice à la dissémination microbienne, les capillaires y sont d'ailleurs en très petite quantité. Les injections interstitielles doivent être périphériques, car c'est sur la couche périganglionnaire qu'il faut agir; c'est en effet à ce niveau que s'élaborent en quelque sorte les produits

(1) Manson a signalé des escarres veineuses produites expérimentalement chez le chien par des lavages au chlorure de zinc à 1/10.

incessants de la tuberculose, « la fonction bacillaire s'accomplit toujours excentriquement ». Par la transformation des tissus périphériques, on obtient la transformation des tissus malades: « Ce qu'il faut, dit Lannelongue, ce n'est pas seulement mettre autour de foyers phymateux une barrière qui les immobilise, c'est aussi les affamer, les tuer en quelque sorte en les privant de nourriture. Il faut les englober de tissu fibreux et les rendre inertes ».

La solution à employer est une solution aqueuse de chlorure de zinc titrée à 1 p. 10. Voici la technique à suivre. Après avoir, comme toujours, brossé et savonné la région, l'avoir lavée au sublimé, on procède à l'injection interstitielle. Il est préférable de se servir de la seringue de Roux munie d'une longue aiguille fine. L'aiguille et la seringue étant aseptiques, on commence par enfoncer l'aiguille seule dans les tissus périphériques au ganglion ou à la masse ganglionnaire; il faut introduire l'aiguille assez profondément: cette introduction de l'aiguille seule est un moyen de s'assurer qu'elle n'est pas enfoncée soit dans la carotide, soit dans l'axillaire ou la fémorale, soit dans un gros vaisseau quelconque, artère ou veine. Quand on s'est assuré qu'on est bien dans les tissus voisins du ganglion, on injecte la solution de chlorure; on en dépose 1, 2 ou 3 gouttes. On fait trois ou quatre injections semblables tout autour du ganglion, puis on immobilise la région en faisant si c'est possible un peu de compression.

Presque toujours, à la suite de l'injection, il se produit une légère douleur ou plutôt une cuisson, en même temps qu'il persiste un peu de gêne fonctionnelle de la région pendant deux à trois jours. L'injection faite au cou est quelquefois suivie de douleurs irradiées vers l'oreille.

On peut répéter ces injections au bout d'un temps variant de huit à quinze jours. Elles donnent de bons résultats. Chez une malade opérée pour des ganglions tuberculeux sus-claviculaires, et qui eut aussitôt après la cicatrisation de la plaie opératoire une adénite sous-maxillaire et carotidienne, laquelle datait de trois mois quand elle revint à l'hôpital, nous avons fait par trois fois des injections sclérogènes périphériques: les ganglions disparurent presque complètement. C'est donc là un précieux mode de traitement et qui donne au début des adénites tuberculeuses des résultats meilleurs que les injections interstitielles intraganglionnaires.

b. *INCISION SUIVIE DE DRAINAGE.* — L'incision suivie de drainage a été faite dans les adénites ramollies et compliquées d'adhérences. Dans la région cervicale, où les grandes incisions et les cicatrices vicieuses doivent être évitées chez les femmes, on a pu dans quelques cas pratiquer une petite *ponction* au point le plus déclive, faire un *curettage* rapide du foyer après injection préalable d'un peu de cocaïne, et *drainer* pendant quelques jours. C'est dans ces cas

de légère adénite cervicale, chez les jeunes filles surtout, que les anciens employaient le séton filiforme afin d'éviter des cicatrices apparentes.

c. EXTIRPATION. — L'extirpation des ganglions fut tour à tour préconisée et délaissée. Inaugurée par Galien, puis rejetée, pratiquée de nouveau par Vesale, Fallope, A. Paré, abandonnée ensuite au xvii^e et au xviii^e siècle, l'extirpation des ganglions scrofulo-tuberculeux est faite d'une façon constante à la fin du xviii^e siècle par les chirurgiens militaires, surtout Magniez (1774, quatre morts sur deux cents extirpations), Larrey, Gama, Bégin, Males, Baudens, etc. Mise un peu de côté au commencement de ce siècle à la suite des nouvelles découvertes sur la tuberculose, l'extirpation est reprise par Billroth, Riedel, Huëter (1872), Fischer, Kœnig, Bergmann, etc.; elle est préconisée dans la thèse de Manson (1895). Des arguments ont été donnés en sa faveur et des objections lui ont été dressées (1).

A. Par l'ablation des masses ganglionnaires : 1° on prévient le ramollissement et la suppuration des ganglions ; 2° on évite les inconvénients d'une suppuration prolongée et on écarte les dangers de septicité entretenue par la suppuration ; 3° on empêche la production de cicatrices difformes dues aux ulcérations ganglionnaires ; 4° on met l'organisme dans un meilleur état général ; 5° en supprimant un foyer primitif de tuberculose, on prévient la tuberculose pulmonaire ou la généralisation tuberculeuse.

B. Les objections dressées contre l'extirpation sont les suivantes, et elles sont nombreuses : 1° les adénites tuberculeuses sont très souvent secondaires ; 2° souvent, après l'extirpation, les lésions tuberculeuses originelles persistent ; 3° l'extirpation a pu provoquer dans quelques cas exceptionnels l'éclosion à distance de foyers tuberculeux, ce qu'on appelait des phénomènes métastatiques (pour Kœnig, la métastase serait causée par une inoculation bacillaire pendant l'opération) ; 4° l'extirpation est difficile, sinon impossible, quand le nombre des ganglions est très considérable ; 5° les cicatrices dues aux incisions chirurgicales sont souvent plus visibles que les cicatrices dues à l'ulcération spontanée de la peau ; 6° la périadénite s'oppose souvent à une opération régulière et complète ; 7° l'extirpation complète est souvent impossible en cas de suppuration ; 8° les récidives sont fréquentes après l'ablation des ganglions.

A ces diverses objections on peut répondre : 1° S'il est vrai que les adénites tuberculeuses sont secondaires, il existe des cas où la lésion originelle a été insignifiante et où toute l'affection bacillaire s'est cantonnée dans les ganglions ; 2° les cas de métastase tuberculeuse étant tout à fait exceptionnels, il n'y a pas lieu d'en tenir compte ; 3° la multiplicité des ganglions atteints n'est pas une objection sérieuse,

(1) Le professeur LE DENTU les a exposés dans une clinique que nous avons rédigée (*Presse méd.*, 1894).

on peut en extirper un très grand nombre (Le Dentu a extirpé soixante-deux ganglions à un malade chez lequel il avait enlevé trois ans auparavant une masse volumineuse de ganglions axillaires) ; 4° les incisions donnent lieu à des cicatrices linéaires et régulières, facilement dissimulables et que la coquetterie féminine parvient très bien à masquer ; 5° les trois dernières objections adressées à l'ablation ganglionnaire ont une réelle valeur ; aussi, dans certains cas l'évidence, qui est une forme de curage, sera-t-il préférable à l'extirpation.

Il est vrai que la récidive est fréquente ; elle est d'autant plus à prévoir que le nombre de ganglions est plus considérable et l'état général du sujet plus médiocre. Mais à côté de ces cas malheureux, il y a des résultats heureux d'extirpation de ganglions multiples, et c'est bien là ce qui rend la question difficile au point de vue chirurgical. Parfois même l'ablation limitée à un côté du cou amène une amélioration dans l'état des ganglions de l'autre côté.

Nous avons opéré, dans le service de notre maître le professeur Le Dentu, une femme atteinte d'adénite cervicale bilatérale ; la veine jugulaire interne fut disséquée sur tout son trajet et le creux sus-claviculaire vidé de ganglion, nous en avons extirpé cinquante-trois : la guérison survint en quatorze jours et la malade quitta l'hôpital avec une diminution de volume de l'adénite de l'autre côté. Le seul inconvénient fut que l'opération dura près de trois heures et que la malade, affaiblie, fut longtemps à se réveiller du sommeil anesthésique.

Certaines circonstances se présentent qui forcent la main du chirurgien : quand la médication interne est insuffisante et que les malades lassés réclament l'extirpation ; quand les lésions siègent à la face et produisent des déformations vilaines pouvant nuire aux habitudes sociales, soit qu'il s'agisse de jeunes femmes, soit qu'il s'agisse d'ouvriers qui parfois trouvent difficilement de l'ouvrage quand ils sont atteints de semblables lésions.

D'après Le Dentu, les conditions favorables à l'extirpation se présentent : 1° quand les ganglions sont rares ou isolés (le cas type est celui qui répond à la monoadénite) ; 2° quand les ganglions ne sont ni caséux ni franchement suppurés ; 3° quand il n'existe pas d'adhérences solides de la coque ganglionnaire au tissu cellulaire ambiant ; 4° quand les ganglions sont situés dans une région non dangereuse où les opérations sont faciles ; 5° quand l'état général est satisfaisant.

Les conditions inverses des précédentes constituent autant de cas défavorables à l'extirpation ; lorsque les ganglions seront nombreux, échelonnés, adhérents et suppurés, on devra hésiter parfois et s'abstenir.

Les contre-indications formelles à l'extirpation sont : 1° l'imminence de tuberculose pulmonaire ; 2° le mauvais état général ; 3° les lésions bacillaires multiples viscérales ou articulaires.

Quant au défaut de délimitation nette des groupes ganglionnaires et au grand nombre des ganglions, ils ne sont pas une contre-indication formelle, ils constituent seulement une difficulté de plus pour l'extirpation.

Lorsque les ganglions forment une tumeur bien limitée, l'extirpation est évidemment une excellente opération, supérieure à celle que l'on fait dans le cas de chaîne ganglionnaire tuberculeuse à chaînons (ganglions) écartés.

Dans les cas de ganglions volumineux de la face, le chirurgien sera souvent obligé d'extirper ces ganglions en raison de leur siège, mais presque toujours ce traitement ne sera que palliatif.

Lorsque, dans une masse polyganglionnaire énorme, certains ganglions sont suppurés et adhérents, d'autres durs et isolés, Le Dentu recommande ce qu'il appelle la *méthode mixte*, qui consiste à enlever les ganglions facilement extirpables et à curetter et drainer les autres foyers de tuberculose.

Enfin quelques considérations chirurgicales ont été basées sur le siège topographique des adénites tuberculeuses :

A l'aîne, les adhérences ganglionnaires sont précoces; toutes les adénites inguinales tuberculeuses adhèrent profondément aux gros vaisseaux, aussi l'extirpation totale est parfois dangereuse. Comme l'a montré Lejars, il existe des *collatérales courtes et grosses* qui vont directement dans le ganglion. Quand on a disséqué celui-ci, elles se rétractent et figurent un véritable trou dans la paroi du gros vaisseau; il faut avoir soin de pincer le vaisseau avant qu'il soit sectionné complètement, sinon on risque de faire une ligature latérale de la veine fémorale. En extirpant des adénites inguinales, Lauenstein ouvrit deux fois la veine fémorale.

A l'aisselle, c'est ordinairement le groupe ganglionnaire inférieur qui est atteint (ces adénites succèdent très souvent à des lésions mammaires); l'extirpation de ces tumeurs axillaires est en général facile, elle devient plus pénible quand les ganglions remontent sous la clavicule jusque dans la région carotidienne.

Au cou, le groupe des ganglions sous-maxillaires est le plus facile à extirper. L'ablation des ganglions sterno-mastoïdiens est quelquefois très délicate à pratiquer, ces ganglions adhérant à la gaine des vaisseaux carotidiens; il faut alors des précautions infinies pour les disséquer, on devra parfois renoncer à l'extirpation de leur coque interne. Le groupe sus-claviculaire est très abordable quand la périadénite ne s'étend pas trop loin.

Bref, dans le cas de tuberculose ganglionnaire, il faut d'abord faire un traitement médical. Quant au traitement chirurgical, le *traitement de choix est l'extirpation ganglionnaire* ou mieux la *disséction fine et minutieuse des ganglions faite à l'aide de ciseaux*. On enlèvera également avec les ciseaux les portions de tissu indurées et

les ganglions normaux de la région. Si on ne pratique pas l'ablation ganglionnaire ou s'il y a contre-indication formelle à l'extirpation, on pourra recourir, soit aux injections sclérogènes de chlorure de zinc, soit aux injections intraganglionnaires d'huile iodoformée si le ganglion est ramolli ou abcédé, soit à l'incision limitée du foyer avec curage et drainage, soit à l'évidement, soit enfin à la méthode mixte de Le Dentu quand l'extirpation ne peut être faite complètement.

En tout cas, il faut intervenir très hâtivement, car on évite ainsi les cicatrices vicieuses et on peut obtenir la réunion immédiate de la plaie et une amélioration sensible, sinon la guérison complète.

Après l'extirpation ganglionnaire, on a signalé quelques cas de fistule lymphatique (Lejars) d'oblitération des vaisseaux fémoraux et de la veine saphène interne (Hamant) (1), d'éléphantiasis (G. Brouardel) (2), de cicatrice chéloïdienne malgré la suture intradermique. Mais ces faits sont rares; ce qui est le plus à craindre, c'est la récurrence.

IV. — BUBONS.

On donne le nom de bubon à l'adénite vénérienne. Ce nom tire son origine du mot grec βουβων (aine); il désignait pour les anciens toutes les adénites inguinales. On l'appelle encore vulgairement poulain. Fallope, en 1530, décrit l'adénite syphilitique; la même année, Massa distinguait les bubons suppurés et les bubons non suppurés, les derniers seuls étant de nature syphilitique. Ricord décrit trois espèces de bubons: les blennorragiques, les chancrelleux et les syphilitiques. Depuis, on en distingue deux variétés: les *bubons simples* et les *bubons virulents*. Les recherches modernes ont surtout porté sur la nature bactériologique et sur le traitement (3).

BUBONS SIMPLES.

On les trouve décrits encore sous les termes de bubons irritatifs ou inflammatoires. Lucca les a appelés bubons à streptocoques et à staphylocoques.

(1) HAMANT, *Presse médic.*, oct. 1895.(2) G. BROUARDEL, *Soc. de dermat. et de syphil.*, juin 1896.(3) VIGIER, thèse de Lyon, 1892. — PETRO FERRARI, *Rev. de dermat. et de syphil.*, 1885. — LUCCA, *Gaz. degli osp.*, 1886. — DUCREY, *Rev. de dermat. et de syphil.*, 1889. — UNNA, *Rev. de dermat. et de syphil.*, 1892. — *Monats. für prakt. Dermat.*, 1892. — QUINQUAUD et M. NICOLLE, *Rev. de dermat. et de syphil.*, 1892. — KREFTING, *Arch. für Dermat. Syphil.*, 1892. — M. NICOLLE, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1892. — PETERSEN, *Vrucht.*, février 1893. — RIVIÈRE, *Journ. des conn. méd.*, 1893. — PETERSEN, *Centralbl. für Bakteriol.*, 1893. — CH. NICOLLE, thèse de Paris, 1893. — RULLIER, *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1895. — PETERSEN, *St. Petersburger med. Wochenschr.*, 1895. — AUGAGNEUR, *Soc. franç. de dermat.*, 1895. — ALBERTIN, *Arch. prov. de chir.*, avril 1895. — VAUTHEY, *Gaz. des hôp.*, mai 1895. — GAUCHER, *Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, juillet 1895.

On appelle bubons simples ceux qui sont consécutifs soit à des lésions non spécifiques résultant des rapports sexuels, soit exceptionnellement à des lésions spécifiques mais dont la nature n'est pas virulente et est seulement inflammatoire.

Le *bubon d'emblée* a été défini par Wharton : « Une inflammation des ganglions inguinaux se montrant après des rapports sexuels et indépendante en apparence de toute lésion des organes génitaux. » (Wharton.) Admis par les anciens auteurs, il doit être considéré aujourd'hui (Ricord, Mauriac, Fournier) : 1° soit comme une *adénite simple* due à une irritation quelconque ou à un peu de balano-posthite, ou à une légère érosion ayant disparu sans laisser de trace ; 2° soit comme une adénite due à l'existence d'un *chancre* ou d'une *chancrelle* ayant passé inaperçu ou ayant guéri avant que l'adénopathie se soit développée ; il existe un bubon blennorragique simple et un bubon chancrelleux simple ; dans la chancrelle, le bubon est pour ainsi dire la règle ; on sait aujourd'hui (Straus, Humbert, Crevelli, Ducrey l'ont démontré) que les inoculations positives faites par Ricord étaient dues dans bon nombre de cas à des contaminations secondaires ; 3° soit comme une *adénite tertiaire* consécutive à une syphilis ignorée (Sturgis, Mauriac, Verneuil) ; 4° soit le plus souvent comme une *adénite tuberculeuse*.

Le bubon simple s'observe à la suite d'érosions dues au coït, ou à la suite de la blennorragie, de la chancrelle, exceptionnellement du chancre, mais dans ce cas il est inflammatoire, ce qui le distingue des bubons virulents.

Bref, on n'admet plus aujourd'hui le bubon d'emblée ; il n'existe qu'un bubon simple, qu'il n'y ait pas de lésion primordiale ou qu'il y ait une lésion originelle virulente ou non.

L'évolution de cette adénite vénérienne est celle de l'adénite en général, elle se résout ou se termine par suppuration.

En présence de ce bubon il faut cliniquement rechercher s'il existe une lésion primordiale et de quelle nature est cette lésion.

BUBONS VIRULENTS.

A. BUBON BLENNORRAGIQUE. — Bien qu'on n'ait pas encore démontré l'existence du gonocoque de Neisser dans le pus blennorragique et que Ricord ait dit que le pus n'était jamais inoculable, le bubon blennorragique semble bien exister. Gaucher a présenté, en juillet 1895, à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, un cas de bubon suppuré aigu compliquant une blennorragie et dans lequel on n'avait trouvé aucun microorganisme. Comme le pus n'a donné aucun microbe pyogène banal, on ne peut invoquer les complications secondaires infectieuses ; il s'agit donc de bubon et de pus véritablement *blennorragiques*.

Le bubon blennorragique n'est pas fréquent (5 p. 100).

On observe souvent à la période aiguë de la blennorragie une adénopathie ganglionnaire, ordinairement biinguinale, de peu de durée et se terminant par la résolution. Plus rarement on l'observe à la période de début ou à celle de déclin.

Toutes les localisations blennorragiques (balanique, préputiale, urétrale, anale, vulvaire, vaginale) peuvent déterminer de l'adénite.

Celle-ci se résout ordinairement, mais elle peut suppurer et se compliquer d'adéno-phlegmon.

Chez les tuberculeux, l'adénopathie soi-disant blennorragique se termine par une adénopathie tuberculeuse ; c'est cette adénite que Melchior Robert avait appelée *bubon blenno-strumeux*.

B. BUBON CHANCRELLEUX. — Sa fréquence est de 42 p. 100. Si on l'observe plus souvent à l'hôpital, c'est que les fatigues, la marche, la malpropreté, jouent un grand rôle dans sa production. En général, il est plus rare chez la femme.

Au lieu d'entrer pour la moitié des cas de bubon, comme le pensait Ricord, le bubon chancrelleux figure à peine pour un tiers. Le pus peut être inoculable dès l'ouverture du bubon, il peut donc être virulent d'emblée ; il peut aussi devenir virulent et par suite inoculable quelque temps après l'ouverture sans qu'on puisse invoquer une contamination secondaire.

Ricord pensait qu'il y avait deux abcès, l'un périganglionnaire, périadénite suppurée simple, l'autre intraganglionnaire, adénite virulente ; la collection périadénitique étant seule ouverte, le pus n'est pas virulent, il le devient quelques jours après par suite de la communication de la collection périganglionnaire avec l'intraganglionnaire. Mais Straus a été chercher, par ponction, le pus de la collection centroganglionnaire, ce pus n'a pas été inoculable. Horteloup pensait que la gangrène intraganglionnaire suffisait à tuer la virulence, celle-ci reparaitrait après élimination du sphacèle. D'après Aubert (de Lyon) la température intraganglionnaire est trop élevée pour que le virus chancrelleux y puisse coloniser ; si on ouvre le ganglion, le pus alors devient inoculable (le pus soumis à la température de 42° pendant une heure ou à celle de 37 à 38° pendant dix-huit heures perd sa virulence).

Bactériologie. — Straus, en 1884, ne trouve aucun microorganisme dans le pus de bubons suppurés. Petro Ferrari, en 1885, a décrit un bacille allongé, plus petit que ceux de la lèpre et de la tuberculose, qui n'apparaît jamais dans le pus du bubon avant la quarante-huitième heure qui suit son ouverture. Lucca (de Catane), en 1886, a signalé un autre microorganisme, le *Micrococcus tenuis ulceris*. Mais c'est à Ducrey (de Naples), en 1889, que revient le mérite d'avoir découvert le *bacille du chancre mou*. C'est un bacille de 0 μ ,50 de large sur 1 μ ,80 de long, aux extrémités arrondies, ayant