phtisiques avancés : bien entendu, l'action chirurgicale doit être alors essentiellement palliative et réduite au minimum.

3° *Ganglion ou groupe ganglionnaire localisé, régional, accessible.* — Je ne cite que pour mémoire l'électrolyse (Golding-Bird), le curage sous-cutané (v. Lesser), l'extirpation sous-cutanée (Dollinger), l'ignipuncture (Heynacker).

Trois méthodes restent en présence : *a. l'extirpation, b. le curettage, c. les injections intra-ganglionnaires.*

a. Hormis certains cas spéciaux, l'*extirpation est la méthode de choix.* Telle n'est pas l'opinion unanime, mais telle est la conclusion qui ressort d'un nombre considérable de faits, aujourd'hui publiés.

On reproche, à l'extirpation, 1° d'être toujours incomplète, et de prêter, par suite, à de fréquentes récidives; 2° d'être de pratique difficile, souvent dangereuse, dans des régions comme le cou, l'aine, etc.; 3° de favoriser, sinon de provoquer les accidents de généralisation tuberculeuse; 4° de laisser une cicatrice, toujours d'une certaine longueur, que la thérapeutique non sanglante suivie de succès eût évitée.

Il est évident qu'en extirpant un foyer de tuberculose locale, nous ne saurions nous flatter de réaliser l'éradication de la tuberculose. Ne savons-nous pas quelle est la rapidité de diffusion du bacille tuberculeux; n'avons-nous pas vu que l'atmosphère celluleuse péri-ganglionnaire est farcie de bacilles, alors même que la coque du ganglion semble encore intacte : nul doute qu'ils ne soient transportés au loin par les lymphatiques efférents et qu'ils n'aillent former des colonies, latentes encore, mais toutes prêtes à servir de point de départ aux repullulations et aux récidives lointaines. Mais, s'il faut tenir compte, ici comme dans toutes les infections, de la résistance propre de l'organisme vivant, qui se défend lui-même, le meilleur moyen de l'aider dans sa défense, c'est de supprimer le foyer d'infection, toujours renouvelée, que représente la tuberculose ganglionnaire.

Du reste, les récidives sont plus rares qu'on ne paraît le croire : les statistiques publiées par Maire, Asthöver, Bruhn, Wohlgemuth, Hæhl, etc., en témoignent. Sans doute, le langage des chiffres est loin d'être sans réplique, en pareille matière : le nombre toujours notable des opérés, qu'on n'a pas revus, la diversité, souvent peu comparable, des formes cliniques, la possibilité de récidives très lointaines, restreignent toujours l'autorité des conclusions. Pourtant, si nous prenons comme exemples la statistique de Hæhl et celle que donne M. Manson, dans sa thèse, nous verrons que l'impression qui se dégage de ces longues séries de faits est, à juste titre, encourageante.

Des 105 malades opérés à la clinique de Lücke, à Strasbourg, de 1880-1890, 30 seulement ont échappé aux recherches de Hæhl (1892), et voici les résultats éloignés qui se dégagent des 74 autres faits : guérisons complètes 65 pour 100; guérisons incomplètes 13 pour 100; morts (ayant eu lieu un temps variable après l'opération, le plus souvent dues aux progrès de la tuberculose générale) 22 pour 100. Sur les 104 cas, aucune mort opératoire.

M. Manson, de son côté, rapporte l'histoire de 95 enfants, opérés à l'hôpital Trousseau; sur ce nombre, il en a retrouvé 54, tous traités par l'extirpation; 21 avaient une récidive légère, un seul, une récidive généralisée : tous les autres étaient restés indemnes.

On ne saurait faire de l'extirpation un traitement « héroïque », une cure radicale, au sens propre du mot : elle comporte la même dose d'incertitude que toutes les interventions, même les plus larges, appliquées à la tuberculose, et cela, par

suite de cette double inconnue : la présence de foyers lointains ou viscéraux, encore latents; le degré de résistance de l'organisme. N'en est-il pas de même, par exemple, pour les résections articulaires?

Il faut chercher ailleurs une base légitime d'appréciation : ce qui est vrai, c'est que les récidives, après l'extirpation, sont, en réalité, beaucoup moins fréquentes que ne sont rares les guérisons, à la suite des autres méthodes du traitement.

Quant aux dangers de l'extirpation, on aurait tort de les exagérer. La mortalité opératoire est nulle dans la plupart des statistiques. Certes, l'opération est de celles qui exigent le plus de soin; sans entrer dans des détails de technique qui seront mieux à leur place dans la pathologie des régions, nous rappellerons qu'il est indispensable d'aller tout de suite jusqu'à la coque ganglionnaire, et de la suivre régulièrement, en se servant du doigt et des ciseaux courbes, plutôt que du bistouri, en procédant lentement, à petits coups, sans tractions violentes, surtout dans la profondeur, en n'oubliant pas que la paroi des gros vaisseaux est souvent adhérente, sur une grande longueur, au paquet ganglionnaire.

Il arrivera donc, maintes fois, que l'on soit obligé de disséquer et de dénuder les gros vaisseaux : or, cette dénudation, soigneusement faite et aseptique, est inoffensive. Sur 1000 cas d'extirpations ganglionnaires, rapportés par Milton, il y eut une mort par hémorragie secondaire, à la suite de la blessure de la carotide externe; 2 fois, la carotide primitive fut divisée; 2 fois, la veine jugulaire interne dut être liée; 3 fois, elle fut blessée, et l'on pratiqua une ligature latérale; plusieurs fois, la veine jugulaire externe fut sectionnée et liée. Sur 128 opérations, Billroth a dû 16 fois lier la jugulaire interne. L'axillaire, la fémorale ont été quelquefois intéressées. Mais ces accidents opératoires, rares en somme, ne sauraient devenir un épouvantail.

Quant aux accidents consécutifs, ils sont rares aussi et de médiocre importance. Une hémostase soignée et l'antisepsie suppriment les hémorragies secondaires. On observe quelquefois après l'extirpation de gros paquets ganglionnaires un suintement abondant, sorte de lymphorragie, qui distend les lèvres de la plaie, si l'on a fait la réunion complète. Schwartz a relevé plusieurs fois ce petit accident secondaire; nous avons vu, deux fois, à la suite de l'ablation d'un bubon strumeux inguino-iliaque, un écoulement séro-lymphatique persister plusieurs semaines : du reste, la fistulette se tarit seule. La section de gros troncs lymphatiques explique suffisamment ces faits.

L'œdème chronique, éléphantiasique, a été signalé par Riedel, à la suite de l'extirpation des gros paquets ganglionnaires, et plus récemment étudié par Bayer. Ce sont, en réalité, des faits très rares, puisque sur 160 extirpations ganglionnaires pratiquées par Bayer, dans le cours des six dernières années, une fois seulement il eut l'occasion d'observer un œdème consécutif, assez persistant pour faire craindre l'éléphantiasis.

En somme, il n'y a rien là qui soit de nature à restreindre les indications de l'extirpation dans le traitement des adénopathies tuberculeuses — de celles, du moins, qui se présentent sous la forme que nous étudions. — La question de la cicatrice ne se pose qu'en certaines régions, au cou surtout, chez les jeunes filles : en présence d'une tumeur peu volumineuse, il sera de bonne pratique de recourir d'abord aux injections interstitielles (naphtol camphré, iodoforme) et d'attendre les résultats que cette thérapeutique non sanglante, combinée au

traitement général, fournira quelquefois ; mais il faut surveiller de près cette tentative en se souvenant : 1° que les cicatrices consécutives à l'ouverture spontanée des abcès froids ganglionnaires sont autrement enlaidissantes qu'une cicatrice linéaire, étroite; 2° que les injections interstitielles, longtemps prolongées, ont pour résultat de diffuser et de condenser les adhérences ganglionnaires, d'où une extirpation secondaire plus laborieuse et la nécessité finale d'une cicatrice plus longue et moins régulière.

Ajoutons enfin que l'âge doit entrer en ligne de compte dans le choix de l'intervention : les tuberculoses *retardées*, qui paraissent après 25 ans, et les tuberculoses *tardives*, ne sont guère justiciables que de l'extirpation.

b. Le *curage* est applicable aux ganglions ramollis et aux abcès froids ganglionnaires; mais il n'est pas rationnel d'en faire une méthode opposée à l'extirpation. Un curage utile n'est, à proprement parler, qu'une extirpation à la curette, et qui doit être totale pour remplir son but. Ouvrir l'abcès, en curetter légèrement la paroi, la toucher au chlorure de zinc, constitue une intervention, à coup sûr, facile et innocente, susceptible même, dans certains cas favorables, d'être suivie d'une amélioration marquée et même d'une guérison locale, mais qui ne saurait, sous aucun prétexte, être érigée en méthode. La vérité, c'est qu'il est assez souvent nécessaire de compléter l'extirpation à la curette, elle seule permettant de pénétrer dans toutes les anfractuosités de la cavité fongueuse et de détruire tout le tissu morbide.

c. La méthode des *injections interstitielles* a été inaugurée par Luton (de Reims). On a expérimenté tour à tour : la teinture d'iode (injection de 5 à 10 gouttes tous les quatre jours), la liqueur arsenicale de Fowler, à doses progressivement croissantes (8, 10, 12 gouttes) : Reclus n'en a obtenu que de médiocres résultats; la solution phéniquée à 3 pour 100 (Schüller), la solution de nitrate d'argent.

Enfin, dans l'idée de faire rapidement suppurer et de détruire le ganglion, on a préconisé des solutions très irritantes : le chlorure de zinc à 8 pour 100, l'acide phénique à 8 ou 10 pour 100, la papaïne (Bouchut), plus récemment la teucrine.

L'iodoforme, en solution dans l'éther, en émulsion dans la glycérine, l'huile, la vaseline, d'une part, le naphtol camphré, d'autre part, se partagent encore les faveurs d'un grand nombre de chirurgiens. Voici la technique des injections d'éther iodoformé, telle qu'elle était exposée par Verchère, en 1886, d'après la pratique de Verneuil.

Deux éventualités se présentent :

1° *Le ganglion n'est pas caséeux.* — Ponction et injection dans son épaisseur, d'une demi-seringue de Pravaz d'éther iodoformé à 10 pour 100. Les injections sont répétées tous les huit ou dix jours; la durée moyenne du traitement est de deux mois et demi. Le ganglion se gonfle après chaque injection, et devient un peu douloureux; il se réduit dans leurs intervalles et finit par n'être plus qu'un noyau dur et indolent. Il suppure très rarement. L'éther simple a donné quelquefois les mêmes résultats entre les mains de Verchère lui-même.

2° *Le ganglion est suppuré : abcès froid ganglionnaire.* — Ponction avec l'aiguille numéro 3 de Dieulafoy, évacuation du pus; injection par l'aiguille elle-même ou mieux avec une seringue de Pravaz, à quelque distance de la première ponction, de 10 à 15 grammes d'éther iodoformé à 10 pour 100. Il faut répéter une, deux ou trois fois ces injections.

La compression, quand elle est applicable (au pli de l'aine), serait un excellent moyen adjuvant.

Le naphtol camphré, préconisé par Reboul, Nélaton, Moty, Schwartz, etc., est entré, depuis quelques années, dans la pratique courante. En 1891, Reboul communiquait à la Société de chirurgie [1] 27 observations d'adénopathies tuberculeuses, ainsi traitées, et suivies de 21 guérisons : après avoir vidé les abcès ganglionnaires, il injectait dans leur cavité, ou dans l'épaisseur du ganglion, s'il n'était pas abcédé, de sept à huit gouttes de naphtol camphré : l'injection était répétée tous les deux jours. Le traitement devait être prolongé de un à trois mois; il a duré parfois six, huit mois, un an. Il ne paraît pas, d'ailleurs, que le naphtol camphré ait fait preuve d'une spécificité quelconque, ni que les résultats aient été plus rapides qu'avec les diverses émulsions iodoformées, la teinture d'iode iodurée (Félizet), le chlorure de zinc, etc. [2].

En fait, le traitement par les injections interstitielles est toujours très long; il n'est guère applicable qu'aux adénopathies isolées, petites, bien circonscrites; il provoque, en général, le ramollissement, la suppuration, l'évacuation des ganglions, et laisse des cicatrices, que des soins minutieux et une surveillance attentive empêchent seuls d'être multiples et aussi disgracieuses que les cicatrices des ouvertures spontanées. C'est un traitement de nécessité ou d'exception.

4° *Paquet ganglionnaire ulcéré, fistuleux.* — L'extirpation totale de ces masses, occupant quelquefois toute une moitié du cou, tout le triangle de Scarpa, sillonnées de trajets fistuleux, décollant et altérant la peau sur une large surface, est le plus souvent impossible; les injections interstitielles ne sauraient avoir qu'une action toute locale et fort lente. C'est alors que la curette tranchante et le thermo-cautère trouvent leur emploi.

Un grattage minutieux, auquel une incision fait la voie et qui fouille toutes les anfractuosités, suivi d'un large attouchement à la solution de chlorure de zinc au 1/10e, et d'un tamponnement iodoformé, constitue une fort utile intervention [3]. Ailleurs, on enlève au thermocautère au moins une partie de la masse fongueuse ganglionnaire, on cautérise et on gratte ce qui reste, et l'on panse encore à l'iodoforme, quitte à poursuivre ultérieurement, sur ces larges plaies, les premières traces de la récidive. Combinée au traitement général, cette pratique donne d'heureux résultats.

Enfin l'étendue de l'intervention locale doit toujours se régler sur l'état général : une tuberculose pulmonaire avancée, ou des signes de généralisation interdisent des opérations graves.

Sous ce rapport, il faut s'en rapporter à la formule donnée par Trélat : « On opérera toutes les fois que la lésion viscérale ne dominera point la scène pathologique ».

(1) Rapport de M. Ch. Nélaton.

(2) Discussion d'un rapport de M. Ch. Nélaton sur une nouvelle communication de M. Reboul. Soc. de chir., 28 juin 1893.

(3) Pour que le curettage soit d'une utilité réelle, il doit être aussi complet que possible, et, ainsi compris, il n'est pas sans quelque danger : presque toujours, la paroi des gros vaisseaux est imprégnée d'une couche de fongosités, qui se prolonge au-dessous d'eux, et que la curette doit soigneusement poursuivre.

Quand les vaisseaux sont largement dénudés, il faut prendre grand soin que la solution de chlorure de zinc ne touche que très légèrement leur paroi, et faire suivre la cautérisation du foyer d'un lavage immédiat, au sublimé. Un fait de Klotz (*Berl. klin. Woch.*, 10 fév. 1890) et les expériences de Manson, rapportées dans sa thèse, p. 46, montrent, en effet, que la solution forte de chlorure de zinc peut sphacéler et éroder les parois vasculaires.