III

VAISSEAUX ET GANGLIONS LYMPHATIQUES

I. — ADÉNO-PHLEGMON

L'adéno-phlegmon est la forme habituelle de l'adénite aiguë, c'est-à-dire l'inflammation aiguë d'un ou de plusieurs ganglions et de leur atmosphère celluleuse. Le pus est tantôt sous-cutané, superficiel, tantôt sous-aponévrotique, plus ou moins profond. Enfin, il est circonscrit, ou parfois diffus, plus ou moins sep tique.

L'adéno-phlegmon se rencontre le plus souvent au cou, notamment dans les ganglions sous-maxillaires ; puis à l'aine et à l'aisselle.

L'incision doit avoir lieu *dès* qu'on a perçu les signes de la suppuration (fluctuation, empâtement, points douloureux dominants). Après avoir désinfecté la région malade, déterminé l'endroit le plus fluctuant, le plus saillant ou le plus sensible, puis anesthésié la peau sur la ligne d'incision projetée, au moyen de la cocaïne ou du chloréthyle, par exemple, on n'a à pratiquer que l'incision de la peau seule, plus ou moins amincie, s'il s'agit d'un abcès superficiel ; une longueur de 1 à 2 centimètres suffit. Si l'abcès est sous-aponévrotique, on divise la peau avec le bistouri, sur la même étendue ou un peu plus, jusqu'à l'aponévrose ; puis on perfore cette dernière avec le bec d'une sonde cannelée ou les mors fermés d'une pince hémostatique et l'on agrandit l'ouverture.

Dès que le pus s'est écoulé spontanément, et sous une douce pression périphérique, on installe dans la cavité de l'abcès un drain de caoutchouc ou une simple mèche de gaze iodoformée, en ayant soin de ne pas fermer entièrement l'ouverture faite ; au besoin, auparavant, on a établi une contre-ouverture dans un point déclive et l'on y a pratiqué même drainage. Aucune irrigation de la cavité quand on a affaire à un adéno-phlegmon circonscrit, de *bon aloi*.

La situation est tout autre dans l'adéno-phlegmon septique, plus ou moins diffus : non seulement on incise le foyer ganglionnaire, mais on fait à ses alentours, partout où cela est nécessaire, des débridements qui servent d'issue à la sérosité, des incisions complémentaires qui évacuent le pus, qui permettent l'extraction des tissus sphacélés ; mais on irrigue largement toutes les parties infectées au moyen de solutions antiseptiques (sublimé, formol, eau oxygénée, liqueur de Labarraque, etc.). Le drainage est de rigueur.

Dans les deux cas, on applique un pansement antiseptique humide et l'on soumet la région ou le membre malade au repos. Le traitement oxygéné de Thiriar peut trouver ici une précieuse application (voir p. 116).

II. — ADÉNITE TUBERCULEUSE[1]

Le traitement chirurgical comprend : 1° les *agents modificateurs, sclérosants ;* 2° l'*incision simple ou combinée ;* 3° l'*extirpation*.

1° Mono-adénite. ***Injections parenchymateuses***. — On ne les fait plus guère qu'avec l'éther, l'huile ou la vaseline iodoformés à 10 p. 100 ; le naphtol camphré

[1] Cf. Manson, th. de Paris, 1895. — R. Petit, th. de Paris, 1897.

a été reconnu dangereux et abandonné par beaucoup à la suite d'accidents mortels (voir p. 119).

Injections périphériques. — C'est au professeur Lannelongue, comme on le sait, que nous devons leur introduction dans la pratique, sous le nom de *méthode sclérogène*. Il se sert d'une solution de chlorure de zinc à 1/10e, et voici la technique à suivre d'après H. Brodier :

« 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, dans l'axillaire ou la fémorale, soit dans un gros vaisseau quelconque, artère ou veine. Quand on s'est bien assuré qu'on est dans les tissus voisins du ganglion, on injecte la solution de chlorure ; on en dépose I, II ou III gouttes. On fait trois ou quatre injections semblables tout autour du ganglion, puis on immobilise la région en faisant, si possible, un peu de compression. »

Les injections se répètent au bout de huit à quinze jours. Après chacune d'elles, on constate une légère cuisson et un peu de gêne fonctionnelle, mais ces symptômes disparaissent en deux ou trois jours.

La méthode sclérogène a donné de bons résultats, notamment à Lannelongue, à Coudray, à Brodier. Elle convient surtout à l'adénite encore indurée occupée par des nodules jeunes, en tout cas non transformée totalement en une coque caséeuse ou suppurée. D'après Brodier, sa valeur curative est supérieure à celle des injections parenchymateuses.

Ignipuncture interstitielle. — Cette petite opération consiste à larder les ganglions, le plus profondément possible, avec les pointes fines du cautère Paquelin.

La région étant désinfectée, le malade soumis à l'anesthésie générale ou locale, la face inclinée du côté opposé ou le cou tendu sur un rouleau, on immobilise le ganglion entre le pouce et l'index gauches tout en tendant la peau, on fait chauffer à blanc la pointe Paquelin, puis on l'enfonce hardiment dans le ganglion, d'abord au centre, puis à la périphérie, en laissant au moins une intervalle de 4 à 5 millimètres entre les piqûres. Celles-ci sont plus ou moins nombreuses suivant le volume du ganglion. Les pointes de feu une fois appliquées, on saupoudre d'iodoforme les petits cratères qu'elles ont laissés et l'on met par-dessus un pansement sec ordinaire ou tout simplement une couche plus ou moins épaisse de collodion iodoformé.

Aucune réaction, aucune douleur à la suite. Quand tombent, au bout de quatre à cinq semaines, les eschares de la peau, on ne trouve déjà plus à la place du ganglion qu'une masse ratatinée et très dure. Il est rare qu'on soit obligé de revenir à une nouvelle séance d'ignipuncture, si la première opération a été assez large et assez profonde.

Extirpation. — L'extirpation, est assurément le moyen le plus expéditif que l'on puisse employer. Beaucoup de chirurgiens lui donnent la préférence. Sans doute, elle laisse une cicatrice, cicatrice qui peut même devenir chéloïdale chez les scrofuleux ; beaucoup de malades l'acceptent, néanmoins, devant l'impuissance du traitement médical.

Quant à l'opération elle-même, elle est des plus simples lorsque le ganglion est mobile ou peu adhérent à la peau : une incision droite ou deux incisions elliptiques mènent sur lui, pendant qu'on le fixe et fait saillir avec les doigts de

la main gauche ; on l'isole de tous côtés par diverses mesures et, au besoin, par quelques coups de ciseaux courbes ; pendant cette dissection, on évite soigneusement de le déchirer, de le rompre ou de le morceler de façon à l'obtenir tout entier et à ne point inoculer la plaie ; lorsque l'isolement est complet et qu'on a enlevé le ganglion, on termine par l'hémostase définitive et par la suture totale ou presque totale suivant qu'on peut compter absolument sur la réunion immédiate ou que l'asepsie de la plaie reste quelque peu douteuse. Pansement sec iodoformé et bandage compressif.

Nous avons supposé précédemment le cas le plus favorable, celui où la mono-adénite n'a point dépassé ou guère dépassé le premier stade d'évolution. Mais, quand le ganglion est franchement ramolli ou même suppuré, il n'est plus permis de mettre en œuvre la méthode sclérogène, ni l'ignipuncture interstitielle. On peut encore tenter l'extirpation, comme on ferait d'un kyste enflammé ou d'un abcès, si le ganglion n'adhère pas trop sur tout son pourtour ; mais si les adhérences sont étendues et solides, si le ganglion est, pour ainsi dire, encastré au milieu des tissus par une gangue inflammatoire, la seule opération raisonnable et inoffensive est l'*incision simple ou suivie de curage*.

Incision. — On la fait, d'après les règles antiseptiques ordinaires, avec le bistouri ou le couteau Paquelin sur la plus petite longueur possible. On pourrait certes s'en tenir à l'évacuation du pus et de la matière caséeuse, au drainage et à l'application d'un pansement antiseptique humide. Mais il nous paraît préférable, en règle générale, de compléter l'évacuation par le grattage méthodique de la paroi au moyen d'une curette tranchante, pendant qu'on fixe autant que possible le fond de la cavité, au besoin en passant un doigt dans la bouche, sur son plancher. Souvent, au-dessous de la mâchoire, à la base du cou, nous faisons une incision un peu plus longue d'ordinaire, et, après grattage au complet, nous laissons la cavité largement ouverte et la bourrons simplement avec de la gaze iodoformée.

Enfin, lorsque la mono-adénite s'est terminée par une fistule et que cette dernière persiste depuis plusieurs mois sans amélioration sensible, lorsque les injections antiseptiques ou légèrement caustiques du trajet sont restées inefficaces, le chirurgien n'a plus qu'à dilater la fistule, à la débrider largement, à la traiter par le grattage, à la panser à ciel ouvert.

2° Poly-adénite en chaine ou pléiade. — Les moyens et les règles du traitement sont essentiellement les mêmes que pour la mono-adénite. Le choix des moyens dépend surtout de l'état personnel de chaque ganglion ; ainsi, on traitera les ganglions *crus* par la méthode sclérogène, l'ignipuncture interstitielle ou l'extirpation, on incisera les ganglions ramollis ou suppurés, on grattera les trajets fistuteux. Seulement, si l'on opte pour l'extirpation, non seulement on s'engage parfois dans une opération difficile et périlleuse, par exemple dans le triangle sus-claviculaire ou sous le sterno-mastoïdien, le long des carotides, mais on risque fort de faire une opération incomplète, d'avoir à laisser des ganglions malades.

3° Poly-adénite massive. — Cette forme de polyadénite peut être considérée pratiquement comme un ganglion énorme à plusieurs lobes qui sont tous dans le même état ou qui sont dans des états différents. On la rencontre sous la mâchoire, le long des carotides, dans le creux sus-claviculaire, dans l'aisselle, à l'aine.

Lorsque la masse est uniformément dure, la méthode sclérogène est parfaitement applicable ; s'il y quelques points de ramollissement ou de suppuration, on les incise auparavant. L'ignipuncture nous a donné de beaux succès dans des cas analogues, au-dessous de la mâchoire, au-dessus de la clavicule. Nous en avons eu de plus remarquables encore par l'extirpation à l'aine et à l'aisselle. L'extirpation exige en tout cas, ici comme ailleurs, comme première condition, que la masse tuberculeuse soit bien limitée et qu'elle n'adhère pas trop aux alentours.

Si la poly-adénite est inextirpable, le meilleur mode de traitement opératoire consiste dans l'*évidement* à la faveur d'une ou de plusieurs incisions.

Il va de soi, comme nous n'en avons point parlé jusqu'à présent, que le traitement opératoire doit toujours être aidé par tous les moyens médicaux et hygiéniques que l'expérience a reconnus utiles contre la scrofulo-tuberculose.

III. — ADÉNO-LYMPHOCÈLE

Il faut avec Le Dentu distinguer, au point de vue opératoire, deux catégories d'adéno-lymphocèles. « Les unes se développent dans le groupe le plus élevé des ganglions lymphatiques de l'aine ; elles ont leur origine dans une lésion des bourses (éléphantiasis ou lympho-scrotum). Leur pédicule inférieur se trouve à la partie supérieure et externe du scrotum ; il est juxtaposé au cordon spermatique, mais n'a rien de commun avec lui. Le pédicule supérieur s'engage dans le canal crural.

« Les autres sont développées aux dépens du groupe inférieur des ganglions de l'aine, leur pédicule inférieur est constitué par les lymphatiques de la cuisse ; le pédicule supérieur s'engage également dans le canal crural. » Il est utile d'ajouter, d'après Le Dentu, que les adéno-lymphocèles peuvent adhérer aux téguments d'une façon plus ou moins intime, mais qu'elles n'ont avec les tissus sous-jacents que des connexions lâches, ce qui rend leur dissection très facile. « La principale préoccupation de l'opérateur doit être de *lier les pédicules avant de les couper*. On se met ainsi à l'abri des lymphorragies immédiates ou consécutives et de la formation des fistules lymphatiques. »

Voici, dès lors, le schéma général de l'opération. Asepsie rigoureuse. Anesthésie générale. Incision de la peau suivant le grand axe de la tumeur, si la peau est souple, mobile, facile à détacher ; sinon, deux incisions convergentes de la peau de façon à permettre la réunion immédiate ultérieure. Dissection de la tumeur au niveau de sa partie libre, « en la conduisant de dehors en dedans vers le pédicule des vaisseaux *afférents* « (Le Dentu) ; c'est le pédicule *scrotal* ou *fémoral*. Ligature de ce pédicule par deux fils enchaînés ; puis, sa section en deça de la ligature. Traitement analogue du pédicule supérieur à *celui de l'anneau crural*. Au besoin, lymphostase soignée, par les fils de catgut très fins, des vaisseaux lymphatiques profonds, naguère sous-jacents à la tumeur, et qui donnent une sérosité lactescente plus ou moins abondante. Enfin, l'hémostase définitive parfaite, réunion au crin de Florence, pansement sec aseptique et spica compressif. Au bout de huit jours, sauf, quelquefois, suintement ou hémato-lymphome, la cicatrisation est parfaite. Les suites opératoires sont aujourd'hui excellentes, ainsi qu'en témoignent les nombreux opérés de Le Dentu, de Robert, de Schwartz, de Tillaux, de Reclus.

Lorsque l'adéno-lymphocèle se complique d'un éléphantiasis scrotal ou d'un lympho-scrotum, on pratique, séance tenante, une large résection du scrotum analogue à celle usitée pour le varicocèle : (voy. *Varicocèle*).