Mais il a ceci de particulier qu'il possède parfois d'emblée la virulence spécifique, ou qu'il l'acquiert après son ouverture à la suite ou non de contamination secondaire. Il en résulte notamment : 1° que le pus peut être réinoculable au porteur ou inoculable à d'autres personnes ; 2° que la petite plaie d'ouverture, spontanée ou artificielle, peut se transformer en *chancrelle dite ganglionnaire*.

Le bubon siège, d'ordinaire, sur un seul ganglion vers le milieu du pli inguinal, au-devant des vaisseaux fémoraux ; il est, en tout cas, superficiel.

Pendant la première période, outre le repos, on peut se borner à l'application d'onguent napolitain belladoné, ou d'un cataplasme antiseptique avec imperméable. Mais, dès l'apparition de la fluctuation, il faut prendre le bistouri et ouvrir le bubon, non sans avoir fait, au préalable, la désinfection large de la région et l'anesthésie locale, puis garni le champ opératoire de compresses épaisses. L'incision, longue de 2 à 3 centimètres, doit être menée parallèlement au pli de l'aine ou plutôt suivant le grand axe de la tumeur ovalaire que forme le bubon. Le pus qui sort est peu ou prou abondant, mal lié, sanieux, jaune rougeâtre, mélangé de sang et de débris organiques. Au lieu du bistouri, il peut être avantageux d'employer le couteau Paquelin chauffé à blanc, afin de prévenir autant que possible l'inoculation de l'ouverture, d'autant que le bacille de Ducrey, autour du mal, ne résiste point plus d'une heure à une température de 40° centigrades d'après les mémorables expériences d'Aubert (de Lyon).

Le bubon une fois ouvert, on recueille le pus avec soin au moyen de tampons de coton antiseptique, on absterge la cavité et les alentours avec une solution forte de Lister ou de chlorure de zinc, on draine avec une petite mèche de gaze iodoformée et l'on applique un pansement *sec* à la gaze iodoformée ; le pansement est ensuite bien serré avec un spica de tarlatane ou de toile. On le change au bout de quatre à cinq jours, en supprimant le drain. Après chaque pansement et surtout après la petite opération d'ouverture, le chirurgien ne doit pas oublier de désinfecter minutieusement ses mains. Le plus souvent le bubon, ainsi traité, guérit en quinze jours ou trois semaines.

Le même pansement iodoformé complété par la cautérisation au chlorure de zinc, convient aux cas compliqués de chancrelle ganglionnaire. « S'il y a des tendances phagédéniques, nous dit Quénu[1], l'intervention doit être plus active et il est souvent utile de faire un grattage soigné de la plaie à la curette tranchante, d'abraser largement toute la surface chancreuse avant d'achever sa destruction par les caustiques. »

ADÉNITE TUBERCULEUSE

L'adénite tuberculeuse est la localisation la plus commune de la tuberculose chirurgicale et probablement aussi l'une des moins graves. On la ren-

[1] Quénu. *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, t. I, 1892.

contre à tous les stades : *induration, ramollissement caséeux, suppuration*. Elle est tantôt limitée à un ganglion (*monoadénite*), tantôt étendue à une série de ganglions (*polyadénite en chaîne, en pléiade*), tantôt comme concentrée en une masse de ganglions agglomérés (*polyadénite massive*).

Le traitement chirurgical doit nécessairement varier suivant le stade et suivant la forme de l'adénite. Ses moyens sont : 1° les *agents modificateurs, sclérosants;* 2° l'*incision simple ou combinée;* 3° l'*extirpation*.

Prenons d'abord la monoadénite comme type d'application.

Monoadénite. — C'est au cou ou à la face qu'on a souvent l'occasion de la traiter. Si elle est encore *à la période de crudité*, on a le choix entre les *agents modificateurs* et l'*extirpation*.

Les agents modificateurs consistent : soit en l'emploi d'*injections parenchymateuses* (Luton), ou *périphériques* (Lannelongue), qui ont pour résultat d'atrophier le tubercule jeune ou de créer autour du bacille une barrière épaisse de tissu conjonctif cicatriciel ; soit dans l'*ignipuncture interstitielle*, telle que la préconisait jadis, à Paris, le professeur Richet et que nous l'avons vu utiliser souvent par l'un de nos maîtres le professeur Courty (de Montpellier).

Injections parenchymateuses. — On ne les fait plus guère qu'avec la vaseline iodoformée (10 p. 100) et le naphtol camphré. Nous les signalerons simplement, renvoyant le lecteur à la communication intéressante que Calot a faite l'an dernier, au Corps français de Chirurgie, sur l'application de ces injections.

Injections périphériques. — C'est au professeur Lannelongue[1], comme on 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[2] :

« 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 dans la carotide, soit 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 1, 2 ou 3 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

[1] Lannelongue. *Acad. méd.*, 7 juillet 1891.

[2] Brodier. *Traité de Le Dentu et Delbet*, t. IV, p. 507, 1897.

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[1], 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 endormi au chloroforme ou la solution de cocaïne 1 p. 100 injectée sous la peau, 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 sur la périphérie, en laissant au moins un 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. Quelquefois, alors que le ganglion paraissait tout à fait *cru* avant l'ignipuncture, celle-ci tombe sur un foyer caséeux ou purulent, évacuation heureuse qui simplifie d'autant le processus curatif.

Depuis plus de vingt ans, nous avons obtenu par l'ignipuncture interstitielle des résultats si avantageux que nous n'avons jamais songé à l'abandonner ni pour les injections parenchymateuses, ni pour les injections périphériques. Le mode d'action mis à part, les seules objections qu'on pourrait lui adresser seraient : la nécessité de l'anesthésie, surtout générale, et la persistance de cicatrices ; celles-ci sont, cependant, très petites et deviennent de moins en moins visibles avec le temps.

Extirpation. — L'extirpation, — préconisée, du reste, par Lannelongue, — est assurément le moyen le plus radical et le plus expéditif que l'on puisse employer. Beaucoup de chirurgiens lui donnent la préférence ; nous y avons volontiers recours nous-même. 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, devant la perspective d'une guérison prompte et sûre. En principe, selon nous, c'est l'extirpation qui doit être proposée et pratiquée ; la méthode sclérogène et l'ignipuncture interstitielle nous restent comme les plus précieuses ressources, dans les cas où l'extirpation est refusée.

[1] Coudray. *Congr. fr. de chir.*, p. 715, 1892.

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 monoadénite 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 ; quelques chirurgiens se contentent même de la lancette à grains d'orge lorsque l'abcès est bien mûr. 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 monoadénite 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.

Polyadénite en chaine ou pléiade. — Les moyens et les règles du traitement sont essentiellement les mêmes que pour la monoadénite. 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 fistuleux. 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.

Polyadénite 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 a 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 polyadénite 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.

ADÉNO-LYMPHOCÈLE

Cette affection, bien étudiée chez nous par Th. Anger et plus récemment par le professeur Le Dentu [1] qui s'est également occupé de toutes les affections similaires, n'est autre que la dilatation variqueuse des ganglions lymphatiques. On la rencontre ordinairement à l'aine gauche ou aux deux aines, elle est tantôt isolée, tantôt accompagnée de lésions de même origine ou de même nature (*hydrocèle laiteuse*, *éléphantiasis du testicule*, *lympho-scrotum* ou *éléphantiasis des bourses*, *varicocèle lymphatique*). C'est surtout dans les pays chauds et chez les anciens habitants des pays chauds qu'elle est commune ; et l'on sait qu'alors c'est à la filaire du sang qu'elle doit être spécialement imputée.

Il faut avec Le Dentu distinguer, au point de vue opératoire, deux catégo-

[1] Le Dentu, nombreuses publications, dont les dernières : *Congrès Intern. de Moscou*, 1897 ; *Revue de chirurgie*, 10 janv. 1898 ; *Soc. de chir.*, p. 11, 14, 21, 1898. Voy. aussi Ed. Schwartz. *Soc. chir.*, p. 804, 27 juillet 1898.

ries 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. D'abord asepsie rigoureuse comme celle de toutes nos opérations actuelles. 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, section en deçà de la ligature. Traitement analogue du pédicule supérieur, *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, 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, ceux de Robert, de Schwartz, de Tillaux, de Reclus et autres chirurgiens de la métropole.

Lorsque l'adéno-lymphocèle se complique d'un éléphantiasis scrotal ou d'un lympho-scrotum, comme chez un malade de Le Dentu [1], que nous avons eu l'occasion de voir à Toulouse avant l'opération, on pratique, séance tenante, une large résection du scrotum analogue à celle usitée pour le varicocèle : le procédé choisi sera celui de Le Dentu (voy. *Ann. de Guyon*, 1877) avec les pinces-clamps à estomac de Doyen, ou celui de Reclus (voy. *Varicocèle*).

Le Dentu terminait sa dernière communication à la Société de chirurgie par la conclusion suivante : « Les guérisons obtenues en Europe ont besoin

[1] Le Dentu, ch. IV, *Soc. de Chir.*, 1898.

d'être consolidées par un séjour prolongé de quelques mois et même de plusieurs années dans un climat tempéré ou froid. La récidive est toujours possible si l'opéré retourne dans le pays où il a contracté sa maladie. »

TUMEURS NÉOPLASIQUES DES GANGLIONS

Les tumeurs néoplasiques des ganglions lymphatiques sont *primitives* ou *secondaires;* les premières sont *bénignes* ou *malignes*, les secondes sont à peu près toujours *malignes* et reproduisent exactement la structure du cancer originel.

Les tumeurs primitives bénignes sont si rares qu'elles ne peuvent fournir matière à des considérations générales de médecine opératoire. Les cancers ganglionnaires primitifs (épithéliomas, ordinairement sarcomes), sans être précisément communs, se rencontrent plus souvent : au cou, à l'aisselle, dans l'aine. Leur diagnostic exact, du moins en temps opportun, n'est pas toujours facile, ni possible. A part cela, quand ils sont ou paraissent opérables avec succès, ils sont soumis aux mêmes règles opératoires que tous les autres cancers : tranchée suffisamment distante, ablation intégrale et en bloc, grandes précautions contre l'inoculation cancéreuse du foyer opératoire, suppression de tout autre ganglion infecté dans le voisinage ou dans un territoire tributaire. Malheureusement, l'expérience a appris : 1° que, soit diffusion imprévue, soit friabilité excessive du néoplasme, on est parfois obligé de suspendre l'opération, tentative qui met le malade en situation cent fois pire ; 2° que, souvent, l'intervention, même complète, est suivie d'une prompte récidive, ou n'a pu empêcher une mort prochaine par métastase viscérale. Aussi nombre de chirurgiens des plus instruits et des plus capables préfèrent-ils s'abstenir du bistouri quand le diagnostic *de cancer ganglionnaire* a été dûment posé, et s'en tiennent-ils au traitement palliatif. D'autres emploient la méthode arsénicale intensive, qui a donné effectivement quelques succès, ou l'iodure de potassium en cas d'erreur (syphilis, actinomycose). Nous pensons, toutefois, que si l'abstention peut être bien fondée pour les cancers du cou, surtout les carotidiens et les sous-claviculaires, elle est susceptible de trouver à l'aine et à l'aisselle des exceptions plus ou moins favorables.

Quant aux cancers secondaires des ganglions, — presque toujours des épithéliomas, nous avons déjà déclaré à propos de l'épithélioma de la peau (voy. p. 172), qu'il est de règle de les enlever en même temps que la lésion initiale. Il est, cependant, permis de surseoir quelquefois à cette ablation complémentaire, notamment lorsque les épithélioma d'origine sont suppurés, largement ulcérés, exposés à des infections de toute nature ; les pansements antiseptiques continués, pendant quelque temps au préalable, peuvent même servir d'indice. Toujours est-il que nous avons vu assez souvent des ganglions, parfois énormes, disparaître d'eux-mêmes après l'exérèse de l'épithélioma cutané, et nous savons que bien d'autres chirurgiens, avant nous et de nos jours, ont fait des observations analogues.

CHAPITRE IV

OPÉRATIONS SUR LES NERFS CÉRÉBRO-RACHIDIENS

ET SUR LE NERF GRAND SYMPATHIQUE

SECTION I

ARTICLE PREMIER. — NEURECTOMIE, NEURORHEXIS, NEUROTÉNIE

Dans un but thérapeutique on excise le nerf, on en retranche une certaine longueur (*neurectomie*), on l'arrache (*neurorhexis*), on le soumet à des tractions méthodiques (*neuroténie*, *élongation*, *distension*). Tous ces modes variés de diérèse et d'exérèse peuvent être groupés : leurs indications générales (névralgies, spasmes et affections spasmodiques, troubles trophiques) sont les mêmes ; la technique est la même en ce qui concerne les deux premiers temps de l'opération spéciale à chacun d'eux, c'est-à-dire l'*incision des parties molles* et *la mise à nu du nerf*. Le dernier temps seul diffère : il représente le trait caractéristique, individuel, de chaque opération ; aussi le nommerons-nous *temps final* ou *fondamental*.

La neurectomie et la neurorhexis conviennent aux nerfs, branches et rameaux exclusivement sensitifs : l'interruption, même définitive, de la conductibilité du nerf opéré présente ici tout avantage. La neuroténie est applicable à tous les nerfs, sensitifs ou moteurs ; mais c'est la seule qui convienne aux nerfs moteurs ou mixtes, parce qu'elle ne porte aucune atteinte à leur fonction de transmission motrice ou, du moins, parce qu'elle n'entraîne le plus souvent qu'une paralysie ou parésie tout à fait temporaire. Pour les nerfs sensitifs, il est prudent de lui préférer une opération plus précise et qui mette plus sûrement à l'abri de la récidive : le neurectomie, ou l'arrachement [1].

La simple, neurotomie faite par la méthode sous-cutanée ou à ciel

[1] Cons. Adenot (*Cong. fr. de chir.*, Lyon, 1894, p. 186) et Angerer (*Cong. all. de chir.*, avril 1896).