

quelquefois une opération sanglante? Parce que ces altérations de supuration enkystée, quelle que soit leur nature, ne permettent plus au ganglion de revenir absolument sur lui-même; parce que chez l'enfant la tuberculose a contre elle la durée moins grande des accidents capables de la provoquer.

Ajoutons en outre ces quelques détails anatomo-pathologiques, la situation d'un ganglion chroniquement enflammé qui adhère aux parties voisines, aux vaisseaux qu'il peut intéresser et ouvrir, enfin la tendance que le groupe tout entier a vers les mêmes altérations, et le volume énorme que prennent quelquefois ces adénites chroniques au cou qu'elles déforment, dans la fosse iliaque qu'elles effacent, comme l'a démontré A. Castex et nous comprendrons la nécessité de l'opération.

L'adénite chronique reconnaît toutes les causes de voisinage et d'état général indiquées plus haut; c'est elle qui obéit, plus encore que l'adénite aiguë, à l'action du froid.

Développée sans réaction générale ni locale franche, elle apparaît comme une tumeur indolente sous la peau qui glisse facilement sur elle. Plusieurs glandes sont ordinairement prises à la fois.

La petite tumeur peut rester indéfiniment stationnaire ou bien disparaître, mais il est commun de lui voir subir de temps à autre des poussées sub-inflammatoires qui lentement la conduisent à la suppuration.

La peau, libre d'abord, adhère peu à peu, s'amincit, et la fluctuation devient nette. Il ne faudrait pas toutefois confondre avec elle le ramollissement du tissu qui ne contient pas encore de pus, pas plus qu'il ne faudrait se hâter de recourir à une petite opération quand la collection liquide est encore limitée et d'un moindre volume. L'adénite chronique suppurée est en effet de celles qui peuvent bénéficier de la résorption.

Quand la peau est trop amincie elle se perforé et le pus s'écoule. Des bourgeons charnus, fongueux gagnent l'étendue de la poche, la décollent encore et la peau amincie, bleuâtre, reste longtemps avant d'adhérer aux parties profondes. Le travail de réparation, lent à s'établir, laisse toujours après lui des cicatrices gaufrées, irrégulières, livides, indélébiles. La région du cou peut en être ainsi couturée, car c'est elle qui a le privilège des adénites chroniques tuberculeuses ou non, grâce aux lésions diverses dont sont atteints les lèvres, le nez, les muqueuses de la face chez les sujets lymphatiques ou tuberculeux.

Laissant de côté les néoplasmes ganglionnaires, on conçoit que le diagnostic de l'adénite chronique est simple. Resterait à indiquer par quels signes on pourrait prévenir la nature chronique simple ou tuberculeuse, mais d'après nous cette distinction importe peu, tant les deux lésions se confondent et succèdent souvent l'une à l'autre. Peut-être la durée plus longue, l'absence longtemps constatée de poussées sub-inflammatoires semblent-elle plus en rapport avec l'adénite tubercu-

leuse, mais là s'arrêtent certainement les recherches de la probabilité.

Le pronostic qui découle de ces considérations ne peut être que sérieux. Il est sérieux par les altérations que laissent après eux les tissus ganglionnaires chroniquement suppurés, il est sérieux par la tendance que les ganglions voisins ont de s'altérer successivement, il est sérieux par le retentissement fâcheux que peut avoir sur l'organisme tout foyer tuberculeux.

**Traitement.** — Le traitement général, qui relève la constitution du sujet, s'impose. L'acte chirurgical, qui arrête les progrès du pus, prévient les cicatrices, supprime un foyer de contagion, devient nécessaire.

Le pus est formé: il faut l'évacuer de bonne heure par une incision, mieux encore que par le séton filiforme qui entretient la sécrétion et ne prévient pas toujours une vaste ulcération de la cicatrice difforme.

Si, malgré l'incision, la réparation ne se fait pas, il faut racler le foyer ou le cautériser énergiquement et hâter la réunion.

Enfin toute tumeur ganglionnaire qui persiste, ne diminue pas ou tend à augmenter est justiciable de l'extirpation.

### § 3. — Affections formatives des vaisseaux lymphatiques.

#### *Lymphangiectasies, varices lymphatiques.*

Rares dans nos pays, les dilatations variqueuses des lymphatiques semblent au contraire être assez fréquentes aux Antilles et au Brésil, où l'on a cru devoir leur reconnaître un caractère d'endémicité. Il ne nous semble pas que les quelques cas connus en Europe, sans y avoir été importés par des étrangers, soient de même nature que cette affection endémique, mal connue encore, des pays chauds. Cette dernière, qui peut-être se rapproche de l'éléphantiasis, paraît d'origine parasitaire, on prétend en effet avoir constaté l'existence d'une filaire dans les liquides écoulés.

Nous ne nous occuperons donc ici que des varices lymphatiques simples, que l'on rencontre dans nos pays.

Quelle que soit la cause qui peut gêner la circulation lymphatique, toujours elle déterminera une dilatation des vaisseaux, et, suivant le point où la gêne existera, les réseaux seront affectés ou encore les troncs lymphatiques et même les sinus et les lacunes des ganglions. On comprend que si l'obstruction siège vers le canal thoracique, tous les lymphatiques des membres inférieurs, du bassin et de l'abdomen peuvent être dilatés.

Quand la lymphangiectasie est bornée aux réseaux ou à une partie d'entre eux on voit sur la peau de petites élevures comparées à du sagou cuit, plus petites ou plus grosses, toujours opalines et groupées en certain nombre, remplies de lymphe. Ces vésicules siègent dans le

réseau sous-papillaire, leurs parois sont tantôt épaissies, tantôt amincies suivant leur degré de dilatation.

Les varices des troncs superficiels peuvent être cylindriques ou ampullaires, dans ce dernier cas les ampoules se faisant suite les unes aux autres, les cordons constitués par les dilatations prennent l'apparence des grains de chapelet. Ces cordons dont les parois sont épaissies forment alors sous la peau des saillies parallèles ou recourbées en anse. Les tuniques adventice et musculaire, épaissies et dilatées, déterminent une insuffisance des valvules qui augmente encore la gêne de la circulation lymphatique dans la station verticale.

Quand les troncs profonds et les ganglions participent à l'ectasie, leurs dilatations déterminent de vraies tumeurs molles, fluctuantes, dans lesquelles on reconnaît des replis enchevêtrés enroulés, dont la disposition rappelle un peu celle des replis formés par les vésicules séminales. Les sinus des ganglions, élargis et distendus, ressemblent à des kystes de volume variable suivant leur état de distension par la lymphe, qui, elle-même, prend une coloration laiteuse due à des globules de graisse et à une grande quantité de leucocytes.

Ces trois variétés peuvent coexister ou être isolées suivant le point où existe l'obstacle à la circulation.

On a trouvé les varices des réseaux et des troncs superficiels surtout sur le scrotum, le gland, le prépuce, les grandes lèvres, on en a vu au pli du coude, au nez, au lobule de l'oreille, sur la conjonctive, à la langue et sur les lèvres. Les dilatations des vaisseaux profonds et des ganglions paraît avoir son siège de prédilection à l'aîne, on a cru que c'était un apanage presque exclusif du sexe mâle, et cependant, j'en ai trouvé un cas remarquable sur une jeune femme.

Comment cette affection singulière se produit-elle? Quels sont l'origine et le mécanisme de l'arrêt circulatoire? On a invoqué des contusions, des inflammations, l'urétrite pour les varices du gland et du prépuce, toutes causes qui déterminant des scléroses consécutives gêneraient l'écoulement de la lymphe. Mais n'y aurait-il pas lieu dans certains cas, comme dans les varices veineuses, d'invoquer l'existence de lésions trophiques d'origine nerveuse périphérique pouvant expliquer l'altération des parois vasculaires?

Ce n'est que lorsque déjà l'affection est développée que les malades s'aperçoivent de son existence, qu'ils constatent l'existence de petites saillies sur la peau, celle des cordons ou d'une tumeur; toujours aussi ils remarquent alors que, sous l'influence de la station verticale, la varice augmente de volume tandis qu'elle s'affaisse par le décubitus dorsal et par le repos. Quand il y a tumeur celle-ci s'affaisse dans ces conditions, devient molle, mais ne disparaît jamais complètement, il en est de même des cordons constitués par les vaisseaux superficiels épaissis et dilatés.

Les vésicules peuvent se rompre soit dans le tissu connectif sous-

cutané, et déterminer de l'œdème soit au dehors, dans ce dernier cas elles livrent passage à un écoulement de lymphe que la pression exercée dans le voisinage peut augmenter. La quantité de liquide fourni par l'écoulement est en rapport avec la dilatation du vaisseau, et avec le temps plus ou moins long que met la petite déchirure pour se cicatriser. Cette quantité peut être de plusieurs litres, dit-on.

L'affection ne se borne pas toujours à un seul côté du corps, et cette symétrie vient à l'appui de ce que nous disions plus haut, quand nous rattachions la cause de l'ectasie lymphatique à des troubles trophiques d'origine nerveuse. D'autres fois (Anger) l'affection, sans être symétrique, est multiple, et se retrouve dans plusieurs régions.

La gêne de la circulation lymphatique détermine un œdème général des parties qui dès lors sont augmentées de volume.

Aussi longtemps qu'elles sont bornées aux membres, les varices lymphatiques n'ont aucun retentissement sur l'état général du malade, mais quand la circulation lymphatique des organes splanchniques est atteinte elle-même, on comprend que le rôle de ces organes est plus ou moins altéré, d'où des troubles gastriques qui entraînent une nutrition vicieuse.

Toujours indolentes, les varices lymphatiques ne deviennent douloureuses que lorsque, soumises à des traumatismes, elles s'enflamment. Cet accident n'offre par lui-même que peu de dangers quand il s'agit des varices des réseaux ou des troncs superficiels. Il n'en est plus de même quand l'affection atteint les vaisseaux profonds et les ganglions. Une lymphangite septique intervient, et la mort rapide avec prompt putréfaction du cadavre en est la suite. On remarquera combien ces symptômes concordent avec ceux que toujours nous avons dû décrire dans les infections microbiennes. Si alors les accidents prennent une marche si rapide et si contraire à la lenteur des infections par voie lymphatique, c'est que les ganglions ne peuvent plus, en raison de la dilatation de leurs sinus, jouer le rôle de filtres, et arrêter les éléments septiques.

Il importe de se rappeler que par leur mollesse, leur indolence, leurs irradiations, les tumeurs lymphangiectasiques profondes peuvent être confondues avec des lipomes qui cependant ne s'affaissent que par le décubitus dorsal, ne diminuent pas sous la pression, et ne présentent pas les cordons variqueux des vaisseaux superficiels.

Au contraire l'épiplocèle est comme la tumeur lymphatique, indolent, réductible, aussi l'erreur de diagnostic est-elle toujours possible, mais très souvent, nous l'avons dit, l'ectasie lymphatique est symétrique, et toujours on peut reconnaître dans son voisinage l'existence des cordons indurés dus aux vaisseaux superficiels épaissis.

**Traitement.** — Les vésicules variqueuses peuvent être excisées (Ricord) quand, comme sur le prépuce, elles gênent les fonctions. Dans

le cas contraire, mieux vaut les respecter. Quand elles se rompent spontanément il faut en provoquer la fermeture, soit par la compression soit par des cautérisations.

Pour les tumeurs lymphatiques et les cordons superficiels, le traitement palliatif semble seul indiqué, et le meilleur consiste (Verneuil) dans des caleçons élastiques munis de pelotes compressives, qui cependant ne doivent être employées qu'avec précaution pour ne pas déterminer de contusions.

Depuis les insuccès fournis par les opérations (Nélaton, Trélat), on a cru devoir proscrire toute intervention active dans le cas de tumeur lymphatique grande ou petite. Mais il est à remarquer qu'au moment ou, en 1864, la Société de chirurgie se prononçait dans ce sens, les tories micrubiennes et l'antisepsie étaient encore choses inconnues. Comme déjà nous l'avons fait remarquer, les accidents décrits sont ceux de toute infection, et il est à supposer qu'aujourd'hui les pansements listériens bien et rigoureusement appliqués permettraient de réviser les préceptes de 1864.

## CHAPITRE VI. — LÉSIONS CHIRURGICALES DES NERFS

### Considérations générales.

Nous ne parlerons pas ici des centres nerveux, non plus que des appareils terminaux périphériques. Ce sont les cordons nerveux, les conducteurs qui seuls doivent nous occuper.

Ces cordons sont constitués par des séries de fibres nerveuses isolées, plongées dans une gangue connective, à éléments plus ou moins denses, qui forme le névrilème et le périnèvre. Ces fibres sont des fils de transmission, étendus entre les cellules nerveuses placées à leurs extrémités centrale et périphérique. Chaque fibre nerveuse, et ici nous négligerons les fibres de Remak, qui au point de vue des affections chirurgicales ne présentent guère d'intérêt, chaque fibre nerveuse, disons-nous, est constituée par une membrane d'enveloppe amorphe, la *gaine de Schwann*, munie de noyaux de distance en distance; elle limite un espace rempli par de la *myéline*, substance grasse, au centre de laquelle on trouve le véritable fil conducteur, le *cylindre axis*. Cette partie centrale, essentielle, séparée du tissu connectif, et isolée par conséquent de la circulation interstitielle par la gaine de Schwann et la couche de myéline, ne pourrait se nourrir, s'il n'existait des points où la myéline ayant disparu, la gaine de Schwann et par suite les éléments connectifs ambiants n'arrivaient au contact du cylindre-axis. Au niveau de ces points, le tube nerveux présente un étranglement annulaire, et sa longueur se trouve ainsi divisée en nombreux segments.

Le cylindre-axis n'est pas formé par un cordon unique; l'on sait aujourd'hui, par l'étude des plaques motrices terminales, qu'il est en réalité constitué par un grand nombre de filets réunis eux-mêmes dans une seule masse dont l'extrémité périphérique en présente les multiples divisions.

Pour tous les autres détails de structure et de texture des nerfs, nous renvoyons aux traités d'anatomie et aux ouvrages spéciaux.

Les nerfs reçoivent un nombre relativement considérable de vaisseaux sanguins, dont les ramifications de plus en plus fines pénètrent dans la lame connective qui sépare les paquets fibrillaires les uns des autres.

Pendant fort longtemps on avait cru que dans un tronc nerveux il n'existait que des fibres motrices et sensibles. Les travaux de Cl. Bernard y firent constater des filets vaso-moteurs; mais depuis quelques années seulement, il nous faut y admettre en outre des filets trophiques indépendants des filets vaso-moteurs. L'anatomie ne nous permet pas de les différencier; ce sont les résultats des expériences de physiologie normale et pathologique qui nous en ont fait constater l'existence. Quand donc une lésion chirurgicale porte sur un nerf, les phénomènes pathologiques seront toujours en rapport avec les fonctions des différentes variétés de filets nerveux qui composent le paquet fibrillaire qui constitue ce nerf.

Il est très important de faire remarquer qu'il n'existe pas en réalité de divisions d'un tronc nerveux, comparables aux divisions artérielles. Quand un nerf se divise, c'est par départ de fibres indépendantes les unes des autres. Ce départ se fait quelquefois entre fibres de fonctions absolument différentes. La branche postérieure du radial est uniquement motrice (elle contient sans doute des fibres sensibles destinées au sens musculaire, mais nous pouvons en faire abstraction au point de vue qui nous occupe ici), tandis que sa branche antérieure est uniquement cutanée et sensible (elle aussi contient quelques filets moteurs destinés aux muscles lisses du derme, nous pouvons les négliger). Il en est de même de presque tous les nerfs rachidiens qui se divisent toujours un peu plus tôt, un peu plus tard, en branches motrices et en branches sensibles.

Un nerf étant coupé, détruit ou fortement comprimé, la conduction entre ses cellules terminales ne saurait plus se faire, et alors, motricité ou sensibilité, vaso-motricité et trophicité des parties auxquelles il se rend, se trouvent abolies, et cependant on voit plus tard ces fonctions se rétablir. La continuité des tubes nerveux s'est donc refaite, leurs bouts détruits ou sectionnés ont pu se resouder l'un à l'autre, se cicatrifier en un mot. C'est le point qui doit surtout nous intéresser dans ce chapitre.

Si les centres nerveux se développent aux dépens de l'ectoderme et peut-être d'une mince couche mésodermique qui en constituent la névroglie et la partie vasculaire, les cordons de conduction, les fibres nerveuses, ainsi que sans doute les appareils terminaux se forment sur place, par évolution du feuillet moyen. On comprend dès lors comment, dès le début, l'irritation des éléments connectifs de la gangue du paquet nerveux peut en amener la prolifération et la cicatrisation bout à bout. Les deux extrémités du nerf divisé sont ainsi resoudées l'une à l'autre au moyen d'un tissu connectif néoformé, plus ou moins dense, qui toutefois est impropre à la conduction des phénomènes nerveux, conduction réservée aux seuls cylindres-axes, et cependant cette conduction se rétablit plus tard; les cylindres-axes ont donc pu se reconstituer?