TRAITEMENT

1° Médical par topiques et applications externes.

2° Par injections sous-cutanées interstitielles d'éther, d'iodoforme, d'huile ou de vaseline créosotée, de naphtol camphré, de gaïacol pur ou iodoformé, de chlorure de zinc, de teinture d'iode, de liqueur de Fowler, pyoctanine, solutions phéniquées. — Avantages et inconvénients.

3° Traitement chirurgical. — Historique. — Intervention ou abstention suivant les régions. — Région cervicale. — Adénopathies isolables et isolées. — Masses ganglionnaires. — Procédé opératoire. — Opération sur les cicatrices. — Adénopathies prévertébrales. — Adénopathies axillaires. — Adénopathies inguinales. — Adénopathies iliaques.

4° Peut-on, en enlevant les adénopathies tuberculeuses, préserver le reste de l'organisme?

5° Faut-il opérer les adénopathies alors qu'il existe des lésions viscérales : pulmonaires par exemple ou d'autres tuberculoses locales ?

6° L'ablation des adénopathies tuberculeuses par la méthode sanglante n'expose-t-elle pas à des accidents d'auto-inoculation et de généralisation?

7° Traitement général. — Importance. — Médicamenteux. — Hygiénique. — Traitement marin. — Résultats des hôpitaux marins. — Le traitement prolongé est nécessaire. — Hydrothérapie marine. — Eaux mères. — Stations thermales.

Le traitement des adénopathies tuberculeuses comprend :

1° Le traitement médical par topiques et applications externes;

2° Le traitement par injections sous-cutanées ou interstitielles;

3° Le traitement chirurgical par incision, ponction, séton, curettage, ablation;

4° Le traitement général, médicamenteux ou hygiénique.

I. — TRAITEMENT PAR TOPIQUES OU APPLICATIONS EXTERNES

Beaucoup de médecins, au début d'une hypertrophie ganglionnaire, se servent, plutôt, croyons-nous, par tradition que par conviction, d'un certain nombre de topiques qui nous semblent sans valeur réelle quand il s'agit vraiment d'adénopathies tuberculeuses.

Les vésicatoires, les emplâtres de ciguë, la teinture d'iode, les pommades iodurées ou mercurielles, les frictions au savon noir, le naphtol camphré en applications externes, les huiles médicamenteuses, etc., n'ont jamais, à notre connaissance, fait disparaître de tuberculose ganglionnaire, si ce n'est quand, en même temps, on faisait agir le traitement général auquel revenait le succès obtenu.

Les bains sulfureux, les bains de mer, les bains d'eaux mères n'agissent pas non plus localement, mais en excitant les fonctions cutanées et par l'heureuse modification qu'ils apportent à l'état général.

Nous avons essayé à Pen-Bron d'entourer le cou des écrouelleux de compresses mouillées d'eaux mères mitigées : il en résulte une légère irritation, sans inconvénients mais sans avantages.

Ce serait donc se faire une illusion complète que

de se borner à ces topiques, illusion d'autant plus dangereuse qu'elle fait perdre un temps précieux et que l'adénite tuberculeuse ne doit pas être abandonnée à elle-même. Ce n'est pas une lésion qu'on soit autorisé à négliger comme peu importante ; elle est une source de dangers pour les glandes voisines et pour l'économie tout entière. Elle mérite qu'on s'en occupe activement, sitôt qu'elle a été constatée, alors même qu'on aurait des doutes sur sa nature. N'avons-nous pas vu les difficultés qui entourent un diagnostic précis et les ganglions les moins suspects de prime abord se manifester brusquement comme franchement tuberculeux ? Les adénopathies peuvent disparaître d'elles-mêmes par les seules forces de la nature, mais le médecin y aide puissamment en instituant dès leur début un traitement général et en agissant même chirurgicalement quand ce dernier reste insuffisant.

II. — TRAITEMENT PAR LES INJECTIONS

La méthode des injections hypodermiques appliquée tout d'abord par Luton[1] (de Reims) au traitement du goître a ouvert une voie nouvelle au traitement des adénopathies. Des résultats très importants ont été obtenus avec des substances diverses que nous devons passer en revue.

1. *Traité des injections sous-cutanées à effet local*, Paris, 1875.

1° *Éther iodoformé.*

Verneuil appliqua d'abord les injections d'éther iodoformé aux abcès froids, après ponction et évacuation du pus contenu dans la poche.

Verchère[1] généralisa ce procédé aux adénopathies tuberculeuses.

Voici la façon de procéder indiquée par l'auteur :

1° Quand l'adénopathie est suppurée, il faut procéder comme pour l'abcès froid, évacuer le contenu et injecter une solution à 5 ou 10 p. 100 d'éther iodoformé. La quantité variera suivant le volume de la poche évacuée, mais il faudra éviter une trop grande tension de la peau et laisser par prudence l'aiguille en place pendant quelques instants : elle servira de soupape de sûreté ; on s'apercevra que la tension est trop grande à la teinte blanchâtre de la peau qui apparaît instantanément. Sans cette précaution, il pourrait y avoir un sphacèle plus ou moins étendu très désagréable au point de vue de la cicatrice et de la guérison.

2° Quand l'adénopathie n'est pas encore suppurée, il n'y a pas contre-indication à la méthode : on injecte dans l'épaisseur même du ganglion une demi-seringue d'éther iodoformé. Rarement le ganglion suppure à la suite de cette petite intervention et l'injection est reprise au bout de 8 à 10 jours. Dans les cas de suppuration consécutive à la première injection, il faudrait évacuer le ganglion et refaire une nouvelle injection dans sa cavité.

1. Verchère, *Études sur la tuberculose*, 1887, p. 317.

3° Dans une masse ganglionnaire chaque glande sera traitée suivant son degré d'altération ; tel ganglion suppuré sera traité par la ponction suivie d'injection, tel autre sera simplement injecté.

Une difficulté consiste à bien faire l'injection dans le ganglion lui-même ; difficulté réelle quand celui-ci est petit, mobile, non adhérent à la peau ou aux parties profondes ; il faut alors, pour le fixer, l'énucléer pour ainsi dire entre les doigts et rapidement y plonger l'aiguille ; puis, relâchant les doigts, s'assurer, en imprimant quelques mouvements à l'aiguille, que le ganglion est atteint.

4° Les fistules ganglionnaires peuvent être guéries par le même moyen, en ayant soin, immédiatement après l'injection, d'appliquer l'index sur l'ouverture le temps suffisant pour que l'iodoforme se dépose sur la poche.

La durée du traitement est variable suivant l'importance de la masse ganglionnaire, mais la durée moyenne est de deux mois et demi.

Le mémoire de Verchère, auquel nous empruntons cette technique, est suivi d'observations de guérisons complètes ; toutes les revues médicales ont enregistré également des succès par la méthode que nous étudions.

Le grand avantage de ces injections, comme du reste de toutes les autres injections médicamenteuses, est d'éviter toute cicatrice apparente, et chez les jeunes gens cet avantage est considérable.

Les inconvénients sont :

La douleur. — Elle est quelquefois excessive et, comme la répétition de l'injection rend impossible

l'emploi du chloroforme, l'injection est très mal acceptée par la plupart des malades.

Le sphacèle. — On l'évitera en laissant l'aiguille en place, comme nous l'avons dit, jusqu'à ce que la peau ait retrouvé sa teinte naturelle ; on ne la retirera que quand le volume de la tumeur gazeuse n'augmentera plus et que la circulation paraîtra rétablie.

La lenteur du procédé, puisqu'il faut souvent de longs mois avant de constater un résultat.

Son insuffisance quand, par derrière les ganglions accessibles, il s'en trouve d'autres dans les parties profondes et au voisinage des gros vaisseaux dont l'accès est difficile ou dangereux.

L'empoisonnement iodoformique. — Il ne se voit guère qu'après les injections très abondantes dans de vastes poches d'abcès froids, et encore dans ces cas l'absorption ne se fait que graduellement et les enfants peuvent ainsi supporter des doses considérables de l'agent modificateur. Il faut cependant tenir compte de certaines susceptibilités : on a vu l'intoxication survenir dans ces cas avec des doses très minimes. Il faudra également toujours rechercher l'état des reins avant la première injection. Une observation de G. Marchant indique bien que l'intoxication survenue chez un enfant albuminurique était due à un mauvais état de ces organes.

Ces accidents ont fait préférer à l'éther l'huile d'olives ou l'huile de vaseline à l'éther comme excipient de l'iodoforme (Tredelenburg de Bonn, Redard). Mais si cet excipient supprime la douleur et le sphacèle, l'injection faite dans ces conditions paraît moins active. En effet l'éther en se volatilisant dépose l'iodo-

forme dans les moindres anfractuosités et déplise pour ainsi dire toutes les irrégularités de la cavité tuberculeuse. Un autre inconvénient sérieux est la difficulté de maintenir stérile la solution huileuse, excellent milieu de culture qui s'ensemence avec la plus grande facilité et produit de la suppuration.

Thierry[1] dans son livre étudie la valeur anti-tuberculeuse de l'iodoforme ; il rapporte les 5 observations de Verchère, 12 observations de Barette, 8 observations personnelles et les opinions favorables de Verneuil, Reclus, Polaillon, Kœnig, Maske. Étudiant les résultats éloignés des différentes interventions dans la gangliophymie il dit :

A ne considérer que les suites éloignées, le bénéfice qu'on retire de l'intervention sanglante devient minime et l'injection d'éther iodoformé la prime. La conduite du chirurgien se bornera donc à tenter la résolution par les injections interstitielles; s'il ne peut éviter la suppuration, il lui restera le lavage iodoformé après aspiration de la collection ramollie, enfin la cautérisation profonde pourrait faire justice des cas rebelles.

Nous ne partageons pas absolument cette confiance; il faut bien avouer que les injections iodoformées ne sont pas toujours possibles et qu'elles ne sont pas infaillibles. Nous nous rappelons pour notre compte un certain nombre de mécomptes que d'autres chirurgiens ont partagés avec nous. Il y a là cependant une puissante ressource thérapeutique, d'autant moins à négliger qu'elle ne compromet rien et prépare même efficacement l'innocuité d'une intervention radicale.

1. *Loc. cit.*, 1er Congrès de la tuberculose, 1892.

2° *Injections d'huile créosotée.*

Gimbert (de Cannes), Festal (d'Arcachon) et Burlureaux, agrégé du Val-de-Grâce, préconisent les injections d'huile créosotée à hautes doses, à doses énormes même, puisque, à un de ses malades, Burlureaux a injecté en six mois 4kil,200 grammes d'huile créosotée, soit 83 grammes de créosote pure en 25 injections, à un autre enfin en 22 jours 1 130 grammes d'huile et 75 grammes de créosote. Ces injections se font au moyen d'un appareil à pression d'air, facile à manier et à stériliser, dont il a fait la description au Congrès de la tuberculose.

Les malades supportent généralement bien ces hautes doses d'huile créosotée au 12e ou au 15e. Il faut cependant savoir tâter auparavant leur susceptibilité, car quelques-uns ont des accidents pour des doses faibles. Pour étudier la sensibilité des malades, la seringue stérilisable et dûment stérilisée suffira; mais pour l'injection abondante l'appareil spécial est nécessaire. Il faut en effet procéder avec la plus grande lenteur, le débit d'après Burlureaux ne doit pas être supérieur à 20 grammes par heure, c'est-à-dire que l'injection doit durer 2, 3, 4 et même 5 heures suivant la dose prescrite.

Burlureaux insiste sur la pureté que doit avoir l'huile injectée et sur sa stérilisation préalable; de même la créosote doit être absolument exempte d'acide phénique et rectifiée très soigneusement.

L'intolérance de quelques sujets est un des gros inconvénients de cette méthode. Nous trouvons dans le travail de Burlureaux cinq cas de mort par des doses

relativement minimes. Les accidents sont généralement immédiats, mais peuvent ne se manifester qu'au bout de quelques heures ; ils consistent en sueurs excessives, vertiges, ivresse, urines noires, hypothermie, syncopes. Il faudra donc que les premières injections soient faites avec la plus grande prudence et ne pas les continuer si la tolérance ne s'établit pas. Très souvent en effet le malade s'habitue progressivement à supporter de hautes doses.

Il est important que l'aiguille soit enfoncée profondément sous la peau, non pas dans l'intérieur même des ganglions, bien entendu, mais dans l'atmosphère celluleuse où ils baignent.

Sous l'influence de ces injections on voit les masses ganglionnaires se circonscrire, devenir dures comme du bois, cesser d'adhérer aux parties voisines ; ce qui, dit l'auteur, facilitera singulièrement l'énucléation aux chirurgiens qui s'obstinent à vouloir les enlever. Certains ganglions disparaissent sans laisser de traces, d'autres fois il reste toujours un ganglion ligneux, mobile, mais d'un volume très diminué.

Burlureaux semble plutôt attribuer les résultats heureux de cette méthode à l'action dynamogénique de l'huile créosotée qu'à une véritable action spécifique sur le bacille de Koch.

Il a même vu ce traitement, sinon provoquer, tout au moins coïncider avec des poussées nouvelles de tuberculose.

Il n'en reste pas moins démontré que la créosote n'empêche pas l'apparition d'accidents tuberculeux et nous croyons même qu'elle peut les provoquer dans une certaine mesure, mais :

1° C'est à titre tout à fait exceptionnel puisque sur 125 malades observés par nous et suivis avec le plus grand soin nous n'avons vu que quatre fois des accidents semblables ;

2° A l'inverse de la tuberculine, la créosote provoque des accidents facilement curables.

En dehors de l'action dynamogénique, de l'amélioration générale, de l'embonpoint qu'elle produit, la créosote aurait sur les tuberculoses locales en général et particulièrement sur les adénopathies tuberculeuses « l'effet d'empêcher les progrès de l'envahissement bacillaire et de permettre à la nature médicatrice d'opposer aux bacilles existants des barrières protectrices de tissu scléreux, de sorte que les bacilles, en admettant qu'ils ne soient pas impressionnés directement, finissent ou par mourir d'inanition ou du moins par ne plus être dangereux, emprisonnés qu'ils sont dans un tissu fibreux peu perméable ».

3° *Injections de naphtol camphré.*

La formule des injections de naphtol camphré a varié suivant les auteurs. Voici celle qu'a donnée le professeur Bouchard :

Naphtol B.	5 grammes.
Alcool à 90°	33 —
Eau distillée chaude, q. s. pour	100 cc.

Filtrez à chaud.

Le camphre peut être introduit en quantité égale à celle du naphtol.

Au moment de faire l'injection il faut plonger le flacon dans un bain-marie. La seringue baignera dans

une solution antiseptique chaude. Ces précautions sont indispensables pour empêcher la précipitation du naphtol qui boucherait l'aiguille. Le pus est préalablement évacué s'il y a lieu.

Ch. Nélaton, à plusieurs reprises mais notamment en juillet 1893, a entretenu la Société de chirurgie de nouvelles guérisons obtenues par Reboul et par Moty au moyen de ces injections interstitielles de naphtol camphré.

D'après Reboul, les ganglions tuberculeux primitivement durs peuvent rester durs et disparaître sans se ramollir, mais seulement après plusieurs injections. Pour les ganglions ramollis, il se produit après l'injection une très légère réaction se manifestant par de petites douleurs de courte durée, des sensations de gêne ou d'engourdissement, puis, au bout de trois ou quatre séances, le ganglion acquiert une dureté qui augmente jusqu'à la disparition de la glande.

A l'appui de ces faits, Reboul fournit une série de succès, succès remarquables surtout dans les adénites suppurées.

De la discussion qui suivit la communication de Ch. Nélaton et à laquelle prirent part MM. Delorme, Quénu, Berger, Reynier, Félizet, Tuffier, Segond et L. Championnière, il paraît résulter que, dans l'opinion générale, ces injections n'ont pas dans le traitement des adénopathies tuberculeuses une valeur supérieure à celles qui ont été déjà recommandées. Elles constituent un traitement long, infidèle, et qui ne trouve son application que dans deux cas qui ont été bien déterminés par Ch. Nélaton.

1° Lorsqu'on a un ou deux ganglions superficiels, fluctuants, que l'on peut vider, on substitue au pus du naphtol et la guérison est promptement obtenue ou elle peut l'être avec un minimum de cicatrice qu'on n'obtiendrait pas par l'incision ou par l'ablation.

2° Dans ces adénopathies énormes où une intervention sanglante laisse des cicatrices difformes et considérables, où la recherche des ganglions profonds serait dangereuse.

Comme pour l'éther iodoformé, comme pour la créosote, l'injection de naphtol camphré ne doit être faite qu'après examen des urines et avec grandes réserves les premières fois.

Calot (de Berck) a eu des accidents graves à la suite d'une injection dans un abcès ossifluent de l'aine chez un coxalgique. Il est vrai que la dose était considérable (40 à 45 grammes) et précédemment on avait injecté 10 à 15 grammes de la même solution sans accidents. Ils consistèrent en coma, pouls misérable, crises épileptiformes. On incisa largement la poche pour évaluer le liquide, et les inquiétudes cessèrent.

Les mêmes crises épileptiformes ont été observées par Ménard (de Berck) pour une injection de 50 grammes dans les mêmes conditions.

Gérard Marchant a eu les mêmes accidents pour une demi-seringue de Pravaz injectée dans un ganglion du cou chez une jeune femme ; il est vrai qu'elle était albuminurique.

4° Injections de gaïacol pur ou de gaïacol iodoformé.

Le gaïacol a été préconisé pour la première fois par Sahli (de Berne) en 1887 et expérimenté par Fraentzel

(de Berlin), Bourget (de Genève), Labadie-Lagrave, Picot (de Bordeaux), Weil et Diamantberger (de l'hôpital Rothschild). Nous empruntons à la communication de ces deux derniers au Congrès de la tuberculose (1892) les notions nécessaires pour pratiquer ces injections.

La formule de Picot est la suivante :

Gaïacol pur	2gr,50
Iodoforme	0gr,50
Huile d'olives stérilisée .	āā q. s. pour
Vaseline liquide.	50 c. c.

Celle de Weill et Diamantberger :

Gaïacol pur.	āā 25 grammes.
Huile d'amandes douces (stérilisée à l'étuve).	
Chlorhydrate de cocaïne .	0gr,50

Ces formules ont été surtout appliquées au traitement de la tuberculose pulmonaire, mais peuvent servir également à celui des adénopathies tuberculeuses. Leur effet sur ces dernières est encore cependant mal étudié.

Ici encore, il est prudent de commencer par de faibles doses, un quart, par exemple, de la seringue contenant 1 cc., car il y a des susceptibilités individuelles se traduisant par de l'angoisse, une légère dyspnée, quelquefois des défaillances et des lypothymies. Mais la tolérance serait vite établie et on pourrait arriver progressivement à des doses de plus en plus fortes.

Peu après l'injection, les malades ressentent un goût de gaïacol à la bouche, l'haleine en est tout imprégnée.

Robillard (de Lille) et d'autres médecins ont essayé

chez les tuberculeux pulmonaires fébricitants les badigeonnages de gaïacol à des doses variant de 50 centigrammes à 2 grammes. Le médicament paraît rapidement absorbé et produit un abaissement notable dans la température.

Nous l'avons parfois employé en applications externes dans les adénopathies, mais il ne paraît pas avoir plus d'effet que la teinture d'iode par exemple.

5° *Injections de chlorure de zinc.*

La méthode sclérogène de M. le professeur Lannelongue[1] a donné des résultats très variables surtout en matière d'adénopathies tuberculeuses. L'auteur lui-même avoue « qu'on éprouve à cet égard de nombreuses déceptions ». La solution, comme on sait, est généralement au 1/10 et pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques.

Les injections doivent être faites en différents points autour des ganglions et à leur partie profonde. C'est en effet profondément que ces organes reçoivent leurs vaisseaux afférents, et il importe de modifier l'état des vaisseaux d'apport aussi bien que celui des vaisseaux afférents. On évitera, bien entendu, les grosses veines et les grosses artères.

Sur les ganglions non caséifiés, le résultat aurait été excellent : diminution rapide des ganglions qui s'amoindrissent et deviennent très durs sans aucune tendance à la suppuration. Mais si le ganglion est déjà atteint de fonte caséeuse, ce qui est, la plupart du temps,

1. Lannelongue, *Académie des sciences.*

impossible à reconnaître cliniquement, les injections hâtent la conclusion et provoquent un abcès; il faut alors ouvrir cet abcès et on aura soin, en ouvrant l'abcès, d'enlever le ganglion ou de modifier sa coque par le chlorure de zinc ou autres agents médicamenteux.

Le professeur Lannelongue a été suivi dans cette voie par un grand nombre d'expérimentateurs et de cliniciens. Les uns ont eu à s'en féliciter comme Moncorvo, par exemple; les autres ont eu des résultats nuls ou des accidents fâcheux de suppuration là où elle ne paraissait pas encore fatale et où on pouvait arriver à une solution par le traitement médical seul.

La méthode sclérogène est pourtant bien séduisante dans l'adénopathie où la nature procède de la même façon pour arriver à la guérison; peut-être n'a-t-elle pas dit son dernier mot.

6° *Injections de teinture d'iode.*

La teinture d'iode mitigée a été souvent employée comme injection interstitielle dans les adénopathies tuberculeuses, mais elles donnent lieu à une inflammation trop vive (Reclus) et ne paraissent pas donner de résultats supérieurs.

A propos des injections de teinture d'iode faites dans les ganglions du cou, Félizet a signalé un fait assez intéressant; la douleur consécutive n'existait pas tant au niveau du ganglion infecté que plus bas dans des ganglions inférieurs de la chaîne. Ces mêmes ganglions présentaient du gonflement le jour de l'injection.

Il en tire cette conclusion que l'action de l'iode peut retentir assez loin et a proposé cette diffusion d'un agent curateur pour le traitement d'adénopathies inaccessibles comme l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse; il attribue à la tuméfaction de ces ganglions l'aggravation de crises dyspnéiques correspondant aux injections.

Morel-Lavallée admet en effet que certaines formes d'altérations lymphatiques restent compatibles avec la perméabilité des voies lymphatiques [1].

Bien d'autres substances encore ont été essayées en injections.

Signalons :

La *liqueur de Fowler* (Treves) 8, 10, 12 gouttes dans 24 heures. Mais les résultats n'ont pas été appréciables (Reclus).

La *pyoctanine* recommandée tout d'abord par Quénu, mais les expériences n'ont pas été suffisamment continuées pour qu'on puisse se prononcer.

La *solution phéniquée forte* à 5 p. 100 (Hueter, Schiller).

La *papaïne* (Bouchut).

Le *phosphate acide de chaux* (Kolescher).

Le *naphtol B* (Lasserre).

Le *nitrate d'argent.*

L'*essence de girofle* (Tiroch, Kanasz-Nannote), 2 à 20 gouttes de la formule suivante :

Essence de girofle.	3	grammes
Huiles d'olives stérilisée. . . .	30	—

En somme, les injections médicamenteuses bien faites avec toutes les précautions aseptiques ont donné

1. *Société française de dermatologie et syphiligraphie*, avril 1891.

de très sérieux résultats et elles constituent une précieuse ressource :

1° Quand l'intervention chirurgicale est contre-indiquée par le volume, les adhérences, la situation profonde de la masse ganglionnaire ;

2° Dans les cas ou l'exérèse possible au point de vue chirurgical nécessiterait une cicatrice telle que les malades redoutent une semblable solution ;

3° Quand au contraire on a affaire à des adénopathies superficielles, isolées, sans menaces du côté de l'état général et qu'on veut éviter au malade toute cicatrice désagréable, si minime qu'elle soit.

Dans ces deux derniers cas il sera, en cas d'insuccès, toujours temps de recourir à l'ablation ou au curettage.

Contrairement à certaines assertions que nous avons reproduites, Tuffier et Segond, lors d'une discussion très récente à la Société de chirurgie, font cette remarque fort juste que les injections préalables, en produisant de la sclérose périganglionnaire, rendent les dissections beaucoup plus difficiles quand on se décide plus tard à l'intervention.

Le traitement par les injections, quand il est adopté, doit toujours s'accompagner du traitement général sans lequel nous ne croyons guère à des résultats durables.

III. — TRAITEMENT CHIRURGICAL, TRAITEMENT SANGLANT (PONCTION, SÉTON, ABLATION, CURETTAGE, ETC.)

Traiter les adénopathies tuberculeuses comme un néoplasme malin, susceptible de récidiver et de se

généraliser, les supprimer par une exérèse radicale et mettre du même coup le malade à l'abri de la généralisation du côté des viscères importants est une opération bien séduisante.

Ce n'est point une tentative neuve, puisque, sans remonter à Galien, Vesale, Fallope, Sanctorius en fait, bien à tort du reste, le seul mode de guérison de l'adénite. *Ergo strumæ nunquam sanabuntur nisi evellantur.*

On trouve cette méthode décrite et bien décrite par A. Paré :

Il y a, dit-il, une autre manière de curer les escrouelles qui est par la main du chirurgien lorsqu'elles sont au col et superficielles, faisant une incision à la fin de les séparer des parties où elles sont attachées, puis tirées et coupées hors. Mais en faisant une telle œuvre, il faut se garder de toucher la veine jugulaire ou autre et l'artère carotide et nerfs récurrents où il y aurait danger de flux de sang. Après les avoir arrachées, les faudrait lier à leur base, en passant une aiguille enfilée, les liant et serrant des deux côtés afin qu'elles-mêmes tombent petit à petit sans danger.

Oubliée ou redoutée pendant longtemps, l'opération revint sur le tapis avec Magniez, médecin militaire du siècle dernier, qui accuse quatre morts sur deux cents ablations.

Les chirurgiens militaires du premier Empire, Larrez, Baudens, Sedillot, reprirent cette opération.

Un fait général, un fait surprenant tout d'abord, écrivait H. Larrey, mais bien constaté par les chirurgiens qui ont pratiqué l'ablation des tumeurs ganglionnaires du cou et surtout par les chirurgiens militaires, c'est le succès habituel, je dirai presque constant, des opérations de ce