

par les vaisseaux lymphatiques efférents, soit qu'ils l'inoculent, après rupture de l'abcès ganglionnaire : l'empatement diffus de la périadénite noie et masque la tuméfaction circonscrite de l'adénite.

Symptomatologie. — Une adénite est survenue d'emblée ; ou bien elle a succédé à une lymphangite : vous constatez un gonflement douloureux d'un ganglion ou d'un groupe ganglionnaire. Ce sont de petites tumeurs régulières, dures, roulant sous le doigt, sans adhérence avec la peau, tant que la périadénite ne les immobilise pas. Quand la suppuration apparaît, la douleur et l'empatement augmentent. Dans le gâteau commun de la périadénite, les glandes perdent leur mobilité et leur contour : la peau rougit, devient adhérente, œdémateuse : c'est l'*adéno-phlegmon*, où la fluctuation apparaît d'autant plus vite que la virulence est plus grande ; l'abcès ganglionnaire s'ouvre, par ulcération cutanée, si un coup de bistouri ne devance point cette terminaison.

Diagnostic. — Il n'offre quelques difficultés que pour les formes d'adéno-phlegmon, constituant un plastron, massif et suppuré, qui déguise le foyer ganglionnaire initial. Il est malaisé alors de distinguer un adéno-phlegmon d'un phlegmon ; et ce n'est que la considération de la disposition anatomique normale de la région qui permet de conclure au siège ganglionnaire, primitif ou dominant, de l'infection : mainte suppuration du médiastin, de la fosse iliaque, et surtout des ligaments larges, prêtent à ce débat. — Étant donné un ganglion enflammé, c'est affaire de notion anatomique que de remonter à la lésion originelle. A ce point de vue, la topographie du système lymphatique régional est un guide ordinairement exact. Il faut se souvenir, néanmoins, qu'il est des infections, par embolie lymphatique, qui peuvent franchir un groupe ganglionnaire pour se localiser sur un groupe plus distant, et que d'autres peuvent suivre une marche récurrente et atteindre des glandes au rebours de la circulation lymphatique normale.

V. — ADÉNITE CHANCRELLEUSE

1° Définition. — C'est à l'adénite chancrelleuse, complication ganglionnaire du chancre simple, que s'applique surtout le terme de bubon. Ce mot vient d'HIPPOCRATE, il signifie : aine (*βουβων*). En effet, l'adénite vénérienne a, pour siège, les ganglions, où aboutissent les lymphatiques efférents de la région du chancre ; et les ganglions inguinaux sont le lieu d'élection, puisque le chancre des parties génitales est le plus fréquent.

2° Pathogénie. — A la surface d'un chancre mou, l'absorption ne s'exerce que sur le sérum du pus, les éléments solides restant sur place et subissant, de par l'action phagocytaire, le processus de résorption. Cela explique comment le système lymphatique peut rester indemne, quoiqu'en contact permanent avec le pus chancrelleux. Vienne, au contraire, une solution de continuité : la matière virulente peut passer dans les voies lymphatiques et y produire la lymphangite ou l'adénite chancrelleuse. De là, le danger de toute ulcération, déchirant et faisant saigner la surface chancrelleuse ; de là, la fréquence de cette complication dans les chancres du prépuce et du filet, exposées à des tiraillements ; de là, par contre, leur rareté chez la femme dont les chancres mous sont généralement abrités.

Depuis RICORD, on a admis que le chancre mou peut donner naissance à deux variétés de bubons : 1° un bubon simplement inflammatoire, sans spécificité, à pus non inoculable ; 2° un bubon chancrelleux, d'une virulence spécifique, dont le pus est inoculable au porteur et produit un chancre identique à la lésion première. A cette distinction entre deux espèces de bubons, RICORD avait été conduit par de nombreuses expériences, faites de 1831 à 1837 dans son service de l'hôpital du Midi : le pus de 618 bubons avait fourni, dans 280 cas, une inoculation négative.

En 1884, STRAUS a porté la main sur ce dogme de la virulence du bubon chancrelleux. S'appuyant sur 42 inoculations restées

négatives, il a affirmé : l'adénite chancrelleuse n'a pas une double origine ; il n'y a point un bubon simple et un bubon inoculable ; jamais le bubon du chancre mou n'est primitivement virulent ; lorsqu'il devient chancreux, c'est que la plaie d'ouverture a été contaminée par le pus venant du chancre lui-même ; on doit donc voir disparaître le bubon chancreux si l'on évite la contamination de son incision.

On admet actuellement, que, dans l'immense majorité des cas, le fait établi par STRAUS est exact : à savoir, la non-inoculabilité du pus ganglionnaire,

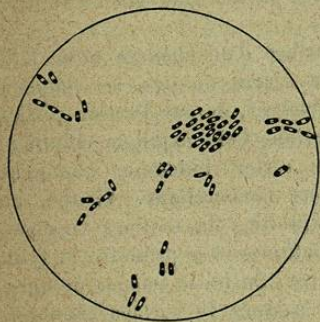


Fig. 98.

Bacille du chancre mou : « bacille en navette », à bouts arrondis, ne fixant la matière colorante qu'à ses extrémités, restant incolore à sa partie centrale.

thode de Gram. Lorsque le bacille de Ducrey est présent, la transformation chancreuse est inévitable. Lorsque l'abcès ganglionnaire ne présente pas, à l'ouverture, le strepto-bacille, il guérit plus rapidement et mérite le nom de bubon inflammatoire.

Après coït avec une femme atteinte de chancre mou, un homme peut-il présenter un bubon chancrelleux, sans avoir eu préalablement de chancrelle sur la peau ou la muqueuse contaminée ? — Telle est la fameuse question du *bubon d'emblée* ; Quelques observations prouvent que le fait est possible, mais qu'il demeure très rare. Avec la notion nouvelle du microbe

pathogène, le bacille de Ducrey, le bubon d'emblée s'explique par un transport embolique du microorganisme. — De même, la pathogénie du bubon chancrelleux se ramène aux conditions communes de toutes les infections ganglionnaires, soit qu'il s'agisse du *bubon à microbes pyogènes* banaux, soit qu'on ait affaire au cas rare d'un *bubon à strepto-bacilles*. Dans le cas le plus fréquent d'un *bubon à pus stérile*, on peut admettre deux hypothèses : ou bien les toxines produites au niveau du chancre, agissant sur les leucocytes du ganglion, ont déterminé une supuration amicrobienne ; ou bien la phagocytose intra-ganglionnaire a détruit les bacilles, dans l'abcès.

3° Symptomatologie. — DIDAY a bien décrit la symptomatologie du bubon chancrelleux. « Averti par une douleur qu'il éprouve durant la flexion de la cuisse, le malade porte le doigt à l'aîne et y découvre une tumeur ovoïde très sensible à la pression. Dès qu'elle est bien perceptible, elle est déjà adhérente au tissu profond, caractère distinctif ; la douleur y est vive, continue, coupée d'élançements aigus, il y a quelques frissons irréguliers. Le malade souffre comme s'il avait dans l'aîne un corps étranger pointu. La tumeur s'accroît sans interruption : le travail ulcératif est tellement prompt qu'il donne lieu à la fluctuation, rougit, amincit, soulève la peau, et vide la tumeur avant qu'elle ait pu prendre un volume considérable. Il est rare, pour employer le langage des malades, que depuis qu'on s'est senti une glande jusqu'à ce que le *poulain* soit mûr, il se soit écoulé beaucoup plus de quinze jours. »

Le pus qui s'écoule est *panaché* ; il présente souvent deux matières : l'une roussâtre, séreuse, mal liée, qui, suivant RICORD, provient du foyer intraganglionnaire chancrelleux ; l'autre qui est du pus louable, blanc jaunâtre, bien lié, résultant du phlegmon extra-ganglionnaire. — Une fois ouvert, spontanément ou chirurgicalement, le bubon soit qu'il ait une virulence primitive, hypothèse rare, soit qu'il ait été contaminé secondairement, ce qui est plus fréquent, peut se chancrelliser : on le voit alors, par érosion des bords, s'agrandir, gagner de proche en proche, créer de grands décollements et former une large chancrelle qui a tous les caractères de la lésion primitive y compris

l'inoculabilité. Jadis, le chancre ganglionnaire se compliquait de phagédénisme ulcéreux, et, parfois, envahissait en surface tout le pli génito-crural, le périnée, les bas flancs.

4° Traitement. — Tout chancre mou doit être traité avec douceur et antiseptie si l'on veut éviter l'apparition d'un bubon. AUBERT a proposé le chauffage, par des bains locaux : les germes de la chancelle ne peuvent, dit-on, résister à une température supérieure à 38 ou 39°. Quand le bubon est suppuré, il doit être ouvert, vidé et cureté : les injections interstitielles abortives n'ont point donné de résultats. Le bubon une fois incisé, il faut, par l'antiseptie, le protéger contre toute chancrellisation secondaire. Dans le cas où il deviendrait phagédénique, il faudrait le traiter par les thermo-cautérisations et par le pansement à ciel ouvert, à la gaze iodoformée.

VI. — LYMPHANGIOMES

1° Définition. — Le *lymphangiome* est l'angiome des capillaires lymphatiques, de même que l'*hémangiome* est l'angiome des capillaires sanguins; et, bien qu'il subsiste dans l'étude des angiomes lymphatiques des points imprécis, les deux affections se rapprochent par de nombreuses analogies et peuvent même coexister dans une forme qui porte le nom de *hémolympangiome*.

Au point de vue anatomique, deux éléments définissent le lymphangiome : 1° une dilatation des capillaires lymphatiques; 2° une néoformation de vaisseaux blancs. C'est par la production — probable, sinon prouvée — de vaisseaux lymphatiques de nouvelle formation que le lymphangiome se distingue des tumeurs lymphatiques constituées par la simple dilatation des vaisseaux préexistants : varices lymphatiques et adéno-lymphocèles. — Au point de vue pathogénique, un caractère est spécial à ces tumeurs : c'est leur congénitalité. Et il est vraisemblable d'admettre, avec QUÉNU et DELBET, qu'à l'instar des angiomes ce sont là des malformations du système lymphatique, plutôt que de vrais néoplasmes.

2° Anatomie pathologique. — WEGNER le premier, dans

son mémoire classique paru en 1877, dans les archives de LANGENBUCH, a divisé les lymphangiomes en trois groupes : 1° le *lymphangiome simple* formé par un lacis de capillaires lymphatiques dilatés; 2° le *lymphangiome caverneux*, où ces capillaires distendus arrivent au contact et accolent leurs cavités



Fig. 99.

Volumineux kyste séreux multiloculaire occupant la région latérale gauche du cou (KIRMISSON).

en une masse spongieuse dont les alvéoles, remplies d'une sérosité analogue à la lymphe, sont tapissées d'un endothélium; 3° le *lymphangiome kystique*, qui n'est qu'un degré plus élevé de cette transformation lacunaire, avec distension, et qui se montre sous l'apparence soit d'une grappe de vésicules (paquet d'œufs de poisson, selon la comparaison de DEGUISE, grappe de raisin, selon celle de LANNELONGUE), soit d'un kyste multiloculaire à cloisons conjonctives, parfois incomplètes (au sein desquelles se retrouvent des cellules adipeuses, des fibres musculaires lisses, des cellules embryonnaires, des culs-de-sac glandulaires, quelquefois des nodules cartilagineux), soit enfin d'un grand kyste séreux uniloculaire, comme on en observe au cou, au périnée.

3° **Symptomatologie.** — Les formes cliniques sont variables selon le type anatomique. Il est des hypertrophies congénitales de la lèvre (macroglossie) et des lèvres (macrochilie), que depuis VIRCHOW, l'on rattache au lymphangiome simple : on y trouve, en effet, un lacis de vaisseaux blancs dilatés, au milieu d'un tissu connectif ou musculaire épaissi ; et, comme nous en avons observé un cas, l'angiome lymphatique peut se combiner alors à un angiome sanguin. — Depuis WEGNER et MIDDELDORFF, il est établi, d'autre part, que les kystes séreux congénitaux appartiennent au lymphangiome : c'est au cou qu'ils acquièrent leurs plus grandes dimensions, mais on peut les observer sur les membres, au périnée, à la région sacro-coccygienne ; ils y forment de grosses tumeurs arrondies, lobulées, fluctuantes ou mollasses (quand il s'agit de masses polykystiques), recouvertes d'une peau souvent adhérente et chagrinée et offrant parfois une demi-transparence. — Entre le lymphangiome simple, lacis de lymphatiques dilatés et les grands kystes congénitaux, les formes de transition sont fournies par le lymphangiome caverneux, aux vaisseaux communiquant en un tissu aréolaire ; ce sont des tumeurs mal circonscrites, de consistance pâteuse, sans changement de coloration de la peau, ce qui les distingue des hémangiomes.

4° **Traitement.** — Les méthodes de choix sont l'incision, applicable aux vastes kystes du cou, avec résection, aussi large que possible, de la paroi, et mieux l'extirpation totale.

VII. — LYMPHADÉNIE

1° **Définition.** — Il est une affection que caractérisent des phénomènes de deux ordres. D'une part, c'est une *prolifération du tissu adénoïde* qui non seulement se multiplie dans les organes où sa présence est normale (rate, ganglions lymphatiques, moelle des os, amygdale, muqueuse gastro-intestinale) mais qui se montre dans des organes normalement dépourvus de ce tissu (foie, rein, séreuse). Depuis VIRCHOW, on donne à ces formations lymphoïdes le nom de *lymphadénome*

et RANVIER a proposé, pour le processus, le terme de *lymphadénie*. — D'autre part, c'est une *altération du sang*, consistant, comme trait essentiel, en l'augmentation des globules blancs.

2° **Histoire et doctrines.** — L'importance respective et la relation mutuelle de ces deux ordres de symptômes ont été longuement et demeurent discutées. Toute l'histoire de la question tient en ces débats.

Ce fut d'abord l'hypertrophie des ganglions lymphatiques et de la rate qui frappa l'observation des cliniciens : en 1832, HODGKIN en donna la première description. Treize ans plus tard, en 1845, BENNETT et VIRCHOW appelèrent l'attention sur les lésions hématiques : entre ces deux hommes, s'établit plus tard un débat de priorité ; mais il faut savoir qu'à VIRCHOW revient, par une série de mémoires publiés ultérieurement, en 1852, en 1853, en 1856, le mérite d'avoir inauguré l'hématologie microscopique et d'avoir pressenti l'importance biologique qui devait, par la suite, être assignée aux globules blancs. BENNETT et VIRCHOW avaient été, tous les deux, frappés, par la coloration que donne au sang la production exagérée et persistante de ces globules blancs : d'où le nom de « leucocythémie », créé par BENNETT, et celui de « leucémie », proposé par VIRCHOW qui intitulait sa première observation, « sang blanc » *Weisses Blut*. Mais, BENNETT, en prenant les leucocytes pour les globules du pus et l'hypertrophie de la rate pour une lésion pyoémique de cet organe, avait commis une double erreur qu'il ne modifia qu'en 1851. VIRCHOW, au contraire, avait, du premier coup, reconnu l'*hyperleucocytose*, et fait de cette augmentation considérable et persistante des globules blancs la caractéristique de l'affection.

Ces *altérations du sang* et les *productions lymphoïdes* (syndrome de Virchow) marchent-elles toujours ensemble ? — Dès 1856, en Angleterre, en France, en Allemagne, on signala des infractions à l'unité nosologique admise par VIRCHOW et BENNETT. Une série d'observations prouvèrent l'existence possible de l'hypertrophie simple des ganglions lymphatiques, sans augmentation des globules blancs dans le sang. Ces cas furent décrits par les Anglais sous le nom d'anémie lymphatique, par les Allemands

et surtout par WUNDERLICH, sous le terme de pseudo-leucémie. Mais c'est en 1863 que, dans une leçon célèbre, TROUSSEAU, groupant les observations jusqu'alors connues, décrivit sous le nom d'*adénie* les tuméfactions ganglionnaires sans leucémie.

Donc, l'altération du sang est un phénomène contingent, secondaire. L'élément dominant de l'affection consiste dans les altérations du tissu adénoïde, si largement disséminé dans l'économie : la découverte histologique de Hrs, en 1860, en démontrant l'existence d'un tissu analogue à celui des ganglions, non seulement dans les follicules clos, mais encore dans la profondeur même du derme des muqueuses et de la peau, permit de mieux interpréter les faits de généralisation de la maladie aux régions les plus diverses. Des observations successives montrèrent que l'intestin, les os, l'amygdale, peuvent devenir le point de départ de la leucocythémie. Jaccoud, en 1873, proposa le terme de diathèse lymphogène. Cette dénomination avait l'avantage de rétablir l'unité du processus morbide : la néoformation adénoïde, quel qu'en soit le siège, est le phénomène essentiel et primitif ; la leucocythémie est contingente et secondaire.

La genèse de l'altération du sang est de conception facile : l'augmentation des globules blancs est due à l'hyperplasie des organes qui composent l'appareil hématopoiétique. La rate et les ganglions lymphatiques sont les principaux de ces organes, et comme ils peuvent être isolément atteints, il y a lieu de distinguer, comme VIRCHOW le fit dès le début, une leucocythémie splénique, une leucocythémie ganglionnaire ou lymphatique. Mais ce ne sont point là les seules sources de l'altération sanguine ; et le tissu lymphoïde, partout où il prolifère, peut prendre part à la genèse excessive des leucocytes.

Nous voici donc amenés à la conception moderne de l'affection. Des deux termes cliniques qui la composaient, suivant la doctrine de VIRCHOW, l'un, l'altération du sang, passe au second plan. Ce n'est plus la *leucémie*, maladie du sang ; cela devient la *lymphadénie*, maladie du tissu lymphoïde, caractérisée anatomiquement par l'exubérance du tissu adénoïde, soit en ses

sièges normaux (hypergenèse), soit en ses formations anormales (hétéroplasie).

Au point de vue pathogénique, le problème est encore éloigné de sa solution. La lymphadénie est une maladie infectieuse : voilà un point sur lequel les esprits tendent à s'accorder ; mais la démonstration est loin d'en être faite. La cause incitatrice de l'hyperplasie ganglionnaire est-elle due à des *microbes* ou à des *protozoaires*. Ici comme pour le cancer (et la leucocythémie est un véritable cancer du sang), on reste dans l'incertitude. En 1896, MANNABERG a signalé des sporozoaires dans un cas de lymphémie aiguë ; en 1899, LÖWIT déclare avoir trouvé dans le sang myélémique une hémamibe intra-leucocytaire.

Mais ces faits ne sont pas suffisants pour qu'on puisse conclure que la lymphadénie est une *affection à sporozoaires* ; pas plus que les examens bactériologiques ne permettent d'affirmer qu'elle est une *infection microbienne*. KELSCH et VAILLARD ont bien décrit un bacille court, épais, à extrémités arrondies ; mais ce bacille n'a point reproduit le lymphadénome. D'autres observateurs n'ont signalé que des microbes vulgaires : streptocoques (MAJOCCHI et PICCINI), staphylocoques (ROUX et LANNOIS, COMBEMALE, VERDELI), pneumocoques. En 1895, DELBET a cru prouver la reproduction expérimentale de la lymphadénie par l'inoculation de cultures pures d'un bacille particulier : la preuve est contestable. La présence de microbes dans un lymphadénome n'établit pas leur valeur pathogénique : cette infection microbienne peut être *antérieure* à la leucémie, ou *secondaire*, ou même *terminale* et non *causale*.

Au surplus, ce groupe doit être démembré : il se compose de types, cliniquement et pathogéniquement dissemblables. C'est par la détermination exacte de leur formule leucocytaire, de leur évolution clinique, de leur inoculabilité que cette étude de revision devra se poursuivre. Ce travail de classement a déjà permis de distraire du groupe des lymphadénomes certaines adénopathies tuberculeuses (page 407) qui, par leur *volume* et leur *évolution lente*, par l'*absence de toute tendance au ramollissement* et à la fonte caséuse, parfois par l'*hyperleucocytose*

polynucléée qui les accompagne, peuvent simuler l'adénie (*lymphadénie tuberculeuse* de Sabrazès, *lymphome tuberculeux, tuberculeuse ganglionnaire pseudo-lymphadénique*). — De même, il faut en séparer certains faits d'*adénites infectieuses chroniques* qui, par le volume et la masse des ganglions enflammés, par leur évolution froide coupée de phénomènes fébriles intermittents, simulent l'*adénie aleucémique* et sont d'origine staphylococcique ou streptococcique.

3° Anatomie pathologique. — Les lymphadénomes sont des tumeurs reproduisant la structure du tissu adénoïde de His ;

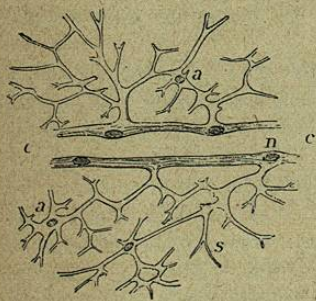


Fig. 100.

Tissu d'un ganglion lymphatique dans l'adénie : a, noyaux ; s, stroma réticulé ; c, vaisseaux capillaires ; n, noyau des capillaires (Cornil et Ranvier).

et, comme ils sont définis histologiquement par le tissu des ganglions lymphatiques, c'est par la description succincte de ce tissu qu'il convient, à l'exemple de Cornil et Ranvier, de commencer leur histoire. « Le tissu adénoïde normal est caractérisé par un tissu conjonctif réticulé dont les mailles sont remplies par des cellules lymphatiques. Des capillaires parcourent ce tissu réticulé ; ils sont entourés eux-mêmes par une couche condensée de ce tissu et c'est de cette couche que partent les fibrilles

du réticulum. Sur les points d'entre-croisement des fibrilles et sur les fibrilles elles-mêmes sont appliquées des cellules endothéliales dont on ne distingue habituellement que les noyaux sur des préparations obtenues par coupes et traitées par le pinceau de manière à les débayer des cellules lymphatiques qui encombrant le stroma. »

Les lymphadénomes sont des tumeurs dont la coupe est grisâtre, avec des points rouges vasculaires ou hémorragiques, avec des parties opaques, lardacées ou caséuses. Le raclage donne un suc laiteux abondant, constitué par des petites cellules

rondes, à noyau unique, et par quelques cellules plus grandes polynucléaires. Sur une section mince, après durcissement à l'alcool et balayage au pinceau des éléments cellulaires libres, on dégage avec évidence le stroma réticulé qui est la caractéristique anatomique de ces tumeurs.

Dans les ganglions lymphatiques, les lymphadénomes déterminent une augmentation considérable de volume des follicules. « Le tissu conjonctif de la partie médullaire des ganglions, disent Cornil et Ranvier, semble avoir disparu pour faire place à la substance corticale hypertrophiée, et l'on ne voit plus sur la surface de section dont l'aspect est encéphaloïde ou splénique que des fentes qui répondent aux sinus lymphatiques enveloppant les follicules. » Sur les coupes traitées au pinceau après durcissement léger dans l'alcool on voit le réticulum, à fibrilles épaisses, uni aux vaisseaux capillaires qui sont bourrés de globules blancs. — Dans la rate, même altération que dans les ganglions : les corpuscules de Malpighi, qui sont l'analogue des follicules des ganglions, atteignent les dimensions d'une noisette ou d'une noix. — Le foie montre aussi des néoformations adénoïdes et des îlots blanchâtres, résultant, comme l'ont montré Cornil et Ranvier, d'une apoplexie diffuse de globules blancs. — La muqueuse intestinale montre soit une infiltration simple avec hypertrophie des villosités, soit des tumeurs bosselées, grisâtres, souvent ecchymotiques, molles et pouvant s'ulcérer. — Une forme spéciale de la lymphadénie est celle qui demeure localisée à la peau, formant des tumeurs multiples, de volume variable, molles, connues sous le nom de mycosis fungoïde.

Symptômes. — Les formes où s'observe la prédominance de la leucémie sur les lymphadénomes appartiennent surtout à la médecine. — De même, la variété, dite *splénique*, où la tuméfaction se localise à la rate qui prend un volume considérable, descend dans la fosse iliaque gauche, révélant à la palpation du ventre son bord antérieur dur et tranchant, et donnant lieu à une matité qui dans la ligne axillaire peut atteindre jusqu'à 20 et 30 centimètres.

La forme chirurgicale est l'hypertrophie des ganglions lymphatiques.