

polynucléée qui les accompagne, peuvent simuler l'adénie (*lymphadénie tuberculeuse* de Sabrazès, *lymphome tuberculeux, tuberculose 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 ;

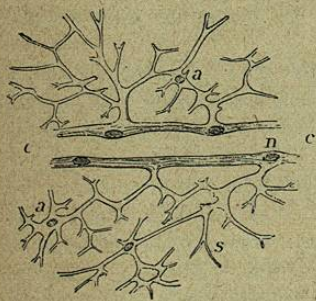


Fig. 100.

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 débarrasser 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.

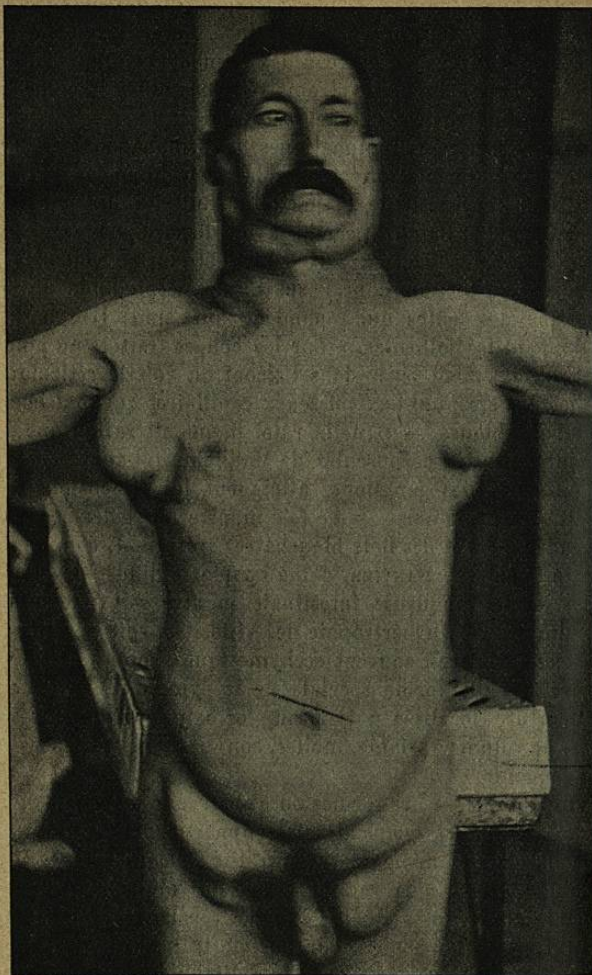


Fig. 101.

Lymphadénie généralisée, d'après une de nos photographies.

phatiques, *adénie* de Trousseau, pseudo-leucémie de Wunderlich, lymphadénome ganglionnaire. — Trousseau en a tracé un tableau magistral. Les malades, dit-il, viennent ordinairement consulter dans les premiers mois de leur affection. Ils se plaignent du développement d'un grand nombre de tumeurs à la surface du corps, et quelquefois d'un peu de dyspnée. Du reste, ils se disent bien portants; l'appétit est conservé; il n'y a point de troubles sérieux des principales fonctions: la nutrition dans les cinq ou six premiers mois de la maladie n'est point sensiblement modifiée. L'hypertrophie ganglionnaire commence le plus souvent par la région sous-maxillaire (nous ajoutons, surtout dans la région de l'angle, ce qui s'explique parce que le ganglion rétro-angulaire reçoit les lymphatiques de l'amygdale, porte d'entrée fréquente de l'infection). Puis, bientôt des tumeurs se développent sur les parties latérales du cou, dans le creux axillaire et dans les aines. La figure prend un aspect singulier; la tête paraît relativement petite et repose sur une masse ganglionnaire qui forme relief entre le bord maxillaire et la clavicule.

Ces tumeurs se montrent sans changement de coloration à la peau. Elles n'ont contracté aucune adhérence avec les parties voisines: et chaque ganglion hypertrophié reste souvent indépendant des ganglions voisins. Ces tumeurs roulent sous la peau; on peut les toucher et les presser sans déterminer de douleur. — L'obstacle qu'elles créent à la circulation veineuse peut provoquer, pour les tumeurs du cou, de l'œdème de la main et des avant-bras, pour les ganglions de l'aîne et de la fosse iliaque, de l'œdème des membres inférieurs. Chez les personnes maigres, la palpation abdominale permet parfois de constater des masses en saillie à la face antérieure de la colonne vertébrale. La trachée peut être déviée; le lymphadénome peut s'étendre aux ganglions bronchiques: d'où menace d'asphyxie. Les ulcérations spontanées sont rares mais possibles.

Avec les progrès de l'affection, les symptômes généraux s'accroissent. L'évolution est moins rapide dans les formes *dures*, distinguées par Langhans et Virchow, où le tissu fibreux

l'emporte sur les cellules, que dans les formes molles où pré-

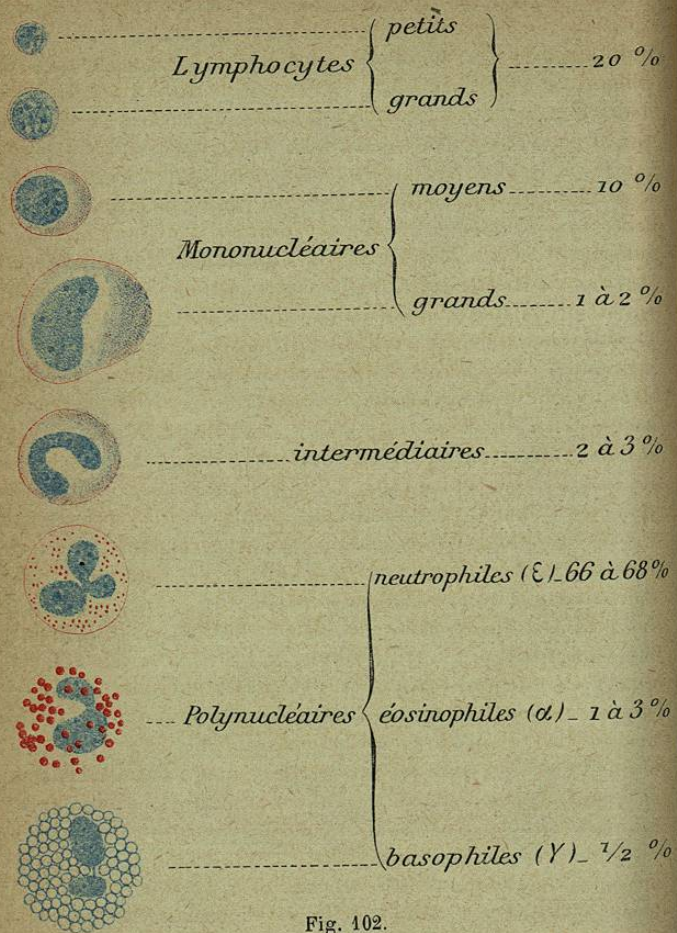


Fig. 102.

domine la formation cellulaire, véritables sarcomes ganglionnaires. — On peut observer : l'amaigrissement rapide ; des

troubles de la vue (rétinite leucémique) ; de la diarrhée, des vomissements. La tendance aux hémorragies progresse avec la cachexie (épistaxis, purpura, hématoméses) ; l'ascite apparaît ; la dyspnée, due à l'envahissement des ganglions bronchiques, aboutit à des accès fréquents de suffocation. Les malades finissent par succomber, soit par les progrès de la dyspnée et par l'hyperhémie passive du poumon qui en résulte, soit par la cachexie, avec diarrhée incoercible, hémorragies et fièvre.

4° Diagnostic. — Il ne faut pas confondre avec certaines leucocytoses *transitoires*, qui se montrent dans le cancer et la plupart des maladies infectieuses, l'augmentation *permanente* des globules blancs, qui est la caractéristique de la leucémie. On prélève la goutte de sang à la pulpe digitale. On compte les globules avec l'hématimètre. A l'état normal, le sang d'un adulte contient 4.000 à 6.000 globules blancs par millimètre cube ; dans les syndromes leucémiques, ce nombre est très augmenté. Au-dessus de 10.000 globules blancs, il y a leucocytose.

Il ne suffit pas, actuellement, dans le diagnostic des leucémies, de faire la numération des globules blancs et de comparer leur nombre à celui des hématies. Il faut différencier entre eux les divers leucocytes, établir leur rapport numérique réciproque, fixer leur nombre respectif absolu par millimètre cube et le comparer au pourcentage normal.

Parmi les divers types de globules blancs, on distingue : 1° les *lymphocytes*, de petit volume (7 à 8 μ), à noyau volumineux, entouré d'une très mince couche protoplasmique ; 2° les *grands leucocytes mononucléaires*, éléments volumineux, mesurant 14 à 20 μ , dont le noyau arrondi ou ovalaire se colore faiblement par les couleurs basiques, et dont le protoplasma, abondant, dépourvu de granulations, se teinte à peine par un mélange de couleurs acides et basiques ; 3° les *leucocytes polynucléaires à granulations neutrophiles*, dont le noyau est formé de plusieurs lobes, découpé et contourné en S, en E, en Z, et dont le protoplasma est rempli de minimes granulations neutrophiles, se colorant en violet rouge par le triacide d'Ehrlich ; 4° les *leucocytes polynucléaires à granulations éosinophiles*, à noyau moins irrégulier et à protoplasma contenant de grosses

granulations sphériques, qui prennent les couleurs acides, surtout l'éosine; 5° enfin les *leucocytes polynucléaires à granulations basophiles*, ou *Mastzellen* d'Ehrlich, dont le noyau multilobé a peu d'affinités pour les colorants nucléaires et dont le protoplasma est bourré de grosses granulations qui restent incolores sous l'influence du triacide d'Ehrlich mais prennent les couleurs basiques. — Dans le sang de l'homme mûr, le nombre des *lymphocytes* est de 20 p. 100; celui des *mononucléaires moyens* de 10 p. 100 et *grands* de 1 p. 100; celui des *polynucléaires à granulations neutrophiles* (qui sont la majorité et représentent le véritable leucocyte du sang) de 65 à 70 p. 100; celui des *polynucléaires éosinophiles* de 1 à 3 p. 100; celui des *Mastzellen* de 0,5 p. 100.

Il y a donc lieu de distinguer divers types de leucémie, selon la prédominance de tel ou tel type leucocytaire. Mais, cette différenciation est à peine ébauchée. La *leucocytose polynucléée neutrophile* est la mieux connue : elle s'observe à l'état *transitoire*, dans la plupart des maladies infectieuses; on la constate, à l'état *permanent*, dans les néoplasies cancéreuses. — La *leucocytose éosinophilique* a été considérée autrefois comme spéciale au sang leucémique; mais elle n'y a rien de spécifique. — La *lymphocythémie*, c'est-à-dire la leucocytose avec petits lymphocytes en excès, est fréquente. D'ailleurs, par une série de travaux publiés de 1864 à 1878, MOSLER a établi que les leucocytes du sang leucémique ne sont point absolument identiques à ceux du sang normal, qu'on y observe certaines variétés provenant de la moelle osseuse (*myélocytes*, cellules mononucléées à protoplasma rempli de fines granulations neutrophiles) et caractérisant, par leur présence, la forme *médullaire* de l'affection (c'est-à-dire celle où le foyer de multiplication des leucocytes réside dans la moelle osseuse). Et c'est là, comme le dit SABRAZÈS, la différence fondamentale entre la *leucocytose* vulgaire et la *leucémie* : dans la première, augmentation relative et absolue du nombre des leucocytes polynucléés neutrophiles; dans la seconde, apparition dans le sang d'éléments qui normalement y font défaut.

Cette distinction du type leucocytaire prédominant a, au point de vue du pronostic, une importance que les travaux ulté-

rieurs auront à préciser. La présence presque exclusive des « petits leucocytes mononucléaires », au dire de FRAENKEL, est d'un pronostic grave et permet de prévoir une forme à marche plus rapide que lorsqu'il s'agit de leucocythémie à grands globules polynucléaires et chargés de grains éosinophiles. Ces deux types de leucémie, comme le dit DIEULAFOY, sont bien distincts : dès les premières études sur la leucocythémie, on les sépara sous les noms de : 1° leucocythémie à leucocytes variété noyau libre; 2° leucocythémie à leucocytes variété cellule.

Un diagnostic différentiel souvent posé en clinique est le suivant : s'agit-il d'une *adénie*; ou d'une *tuberculose ganglionnaire chronique*? — Quand la leucémie accompagne l'hyperthrophie ganglionnaire, l'examen du sang peut trancher le diagnostic. Lorsque l'augmentation des globules blancs manque, on se basera sur les caractères distinctifs suivants : les ganglions tuberculeux restent plus souvent *unilatéraux*; ils perdent de meilleure heure leur *mobilité indépendante* et se fusionnent en un gâteau de péri-adénite; la *peau* leur devient plus vite *adhérente*. — Dans le cas de lymphadénome mou, la dépressibilité est uniforme, tandis que les ganglions tuberculeux ramollis présentent à côté de bosselures fluctuantes des nodosités encore résistantes sous le doigt; mêmes caractères pour le lymphadénome dur dont la consistance est partout constante, sans atmosphère inflammatoire. L'âge du sujet intervient encore, le lymphadénome étant rare dans la jeunesse. Les antécédents scrofuleux sont aussi une indication à ne pas négliger.

Mais il faut savoir qu'il est des cas de *tuberculose hypertrophiante* des ganglions, *progressive* et *multiple*, à *évolution froide et lente*, sans tendance au ramollissement par fonte caséuse, qui simulent le *lymphadénome aleucémique*. — Dès 1892, SABRAZÈS signalait cette pseudo-lymphadénie tuberculeuse; les travaux de STERNBERG, de COURMONT, de BERGER et BESANÇON, de SCHUR, de STEINHAUS, de HITSCHMANN et STROSS, nos observations personnelles ont précisé l'étude de cette variété de *lymphome tuberculeux*.

La région cervicale est le siège le plus fréquent du *lymphome tuberculeux* et le groupe ganglionnaire le premier pris est ordi-

nairement celui qui se trouve au-dessous de l'angle du maxillaire inférieur; le creux sus-claviculaire, l'aisselle, l'aîne, peuvent aussi être primitivement atteints; nous avons vu plusieurs fois la localisation axillo-cervicale. Peu à peu, selon une marche lentement progressive, les masses ganglionnaires comblent les dépressions naturelles des régions envahies, se dégagent en saillie mamelonnée, déformant le cou qui prend le type dit « proconsulaire », bosselant la région parotidienne, bombant dans l'aisselle comme une fausse mamelle. A ce moment, sauf l'unilatéralité qui persiste longtemps et mérite d'être retenue comme un caractère différentiel de premier ordre, l'aspect clinique est celui d'un lymphadénome; et, par de multiples traits, le diagnostic est éloigné de l'hypothèse d'une lésion tuberculeuse: le volume considérable de ces adénopathies évoluant sans ramollissement; l'intégrité et la mobilité conservée de la peau à leur niveau; la mobilité individuelle persistante des ganglions, ovoïdes ou discoïdes, qui composent ce paquet aggloméré, tangents et non confluent, sans tendance à se souder mutuellement par inflammation de la gangue conjonctive interposée; leur consistance ferme, fibreuse ou fibro-lipomateuse. — Dans le lymphadénome vrai, la bilatéralité, immédiate ou précoce, des tuméfactions ganglionnaires, l'apparition de tumeurs dans des régions distantes (aines) ou dans des points où se développent rarement des ganglions tuberculeux (espaces intercostaux), la participation de la rate au processus, l'atteinte plus rapide et plus grande de l'état général sont des signes différentiels, mais sans valeur constante; car nous connaissons les splénomégalies tuberculeuses et nous avons vu des macropolyadénites bacillaires se généraliser, occuper symétriquement les deux côtés du cou, les deux aisselles, les aines. La biopsie, l'épreuve par le séro-diagnostic viennent alors en aide au diagnostic.

Traitement. — C'est l'arsenic, sous la forme de cacodylate de soude, ou de liqueur de Fowler, (par doses progressives allant jusqu'à 30 ou 40 gouttes par jour), qui paraît avoir fourni les meilleurs résultats thérapeutiques. Encore ces observations demeurent-elles exceptionnelles; et, d'une façon générale, il

faut reconnaître l'impuissance de la thérapeutique médicale. La chirurgie ne peut pas davantage; bien plus, l'extirpation paraît avoir été constamment l'occasion de récidives accélérées. Une méthode nouvelle s'est produite: la radiothérapie. Appliqués au traitement de la leucémie, les rayons X donnent les résultats suivants: il se produit une destruction aiguë des lymphocytes; les ganglions diminuent de volume ainsi que la rate; il se fait une élimination considérable d'acide urique, par la désagrégation des leucocytes; le poids augmente; l'appétit et les forces renaissent. Résultats bien frappants, mais ordinairement éphémères: il n'y a pas encore une seule observation de guérison définitive.

VIII. — LYMPHANGITE ET ADÉNITE CANCÉREUSES

Les tumeurs cancéreuses vraies ont pour caractère de se propager, parfois avec une remarquable précocité, par la voie lymphatique. Le trait est si constant que, dans les cas douteux, il devient un élément notoire du diagnostic de la nature épithéliomateuse ou carcinomateuse. Cette propagation lymphatique a, en outre, d'autant plus d'occasions de se produire que l'organe ou la région atteints sont plus riches en vaisseaux lymphatiques; exemple: fréquence de l'adénopathie cancéreuse dans les néoplasmes de la mamelle. De même, un cancroïde cutané peut laisser indemne, pendant un temps prolongé, le système lymphatique: tel est le cas de certains épithéliomas du nez, de la joue ou de la face; au contraire, du jour où ils mordent la muqueuse, riche en vaisseaux blancs, la propagation lymphatique est rapide.

L'extension à l'appareil lymphatique suit ordinairement la marche anatomique du système régional (fig. 103): elle se fait, par la greffe, de proche en proche, des cellules néoplasiques et peut-être par le transport des organismes pathogènes, dont la nature exacte est encore en débat. Donc, pour les tumeurs de la mamelle, sachez palper les trois chaînes lymphatiques qui en dépendent; cherchez dans l'aîne les ganglions infectés par un cancer du pénis ou de l'anus; dans le cas de cancer du

testicule, explorez le ventre et les ganglions lombaires profonds.

Parfois (fig. 104), l'infection du système lymphatique est *rétrograde*. — En d'autres cas, elle se transporte à grandes distances en « sautant » les relais ganglionnaires interposés ou en n'y déter-

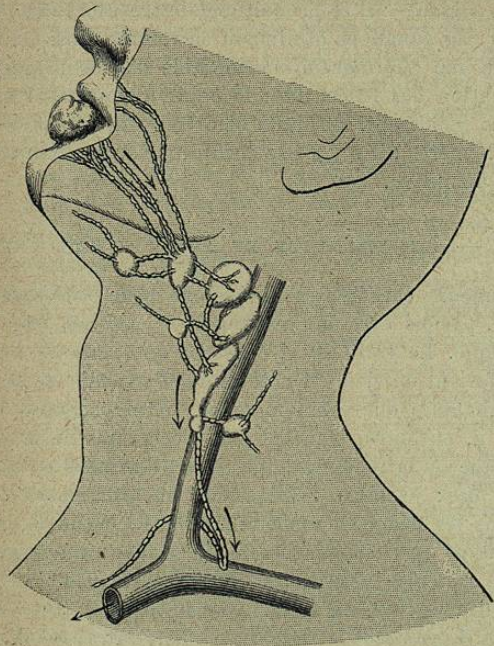


Fig. 103.

Infection lymphatique de proche en proche, dans le cas de cancer de la lèvre, par étapes ganglionnaires successives, et passage dans le sang par le canal thoracique (tronc jugulaire gauche).

minant (fig. 105) que des lésions minimales (*adénopathies distantes*) : tel est l'exemple de ganglions sus-claviculaires révélateurs d'un cancer du cardia ou de l'estomac. — Enfin, on assiste parfois à la production d'une *adénopathie secondaire*, qui peut

tardivement évoluer comme lésion de récurrence alors que le néoplasme originel est guéri : c'est ainsi que nous voyons souvent des malades opérés pour épithélioma de la lèvre, sans

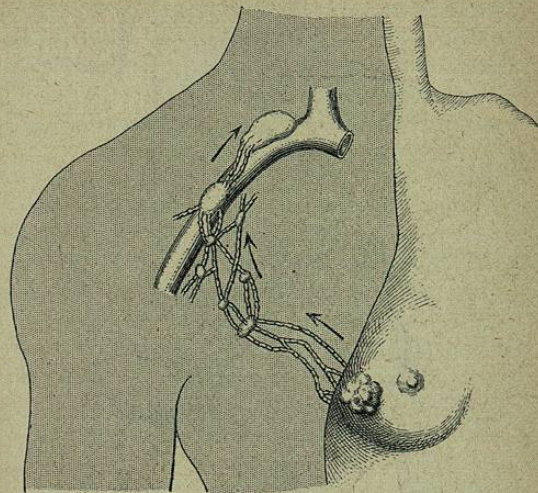


Fig. 104.

Infection ganglionnaire rétrograde dans un cas de cancer du sein.

récidive sur ce point, nous revenir avec la région sous-maxillaire bourrée de ganglions cancéreux.

IX. — LYMPHANGITE TUBERCULEUSE

Le système lymphatique est assez souvent la voie de propagation du tubercule. Et cette propagation peut se faire suivant deux modes différents : d'une part, l'absorption et le transport du bacille, ou de cellules blanches bacillifères, par embolisation à distance ; d'autre part, la lymphangite tuberculeuse, c'est-à-dire la propagation de la lésion de proche en proche, par

l'envahissement des parois mêmes des vaisseaux lymphatiques. Le premier de ces deux modes, comme l'estime NÉLATON, est de beaucoup le plus fréquent.

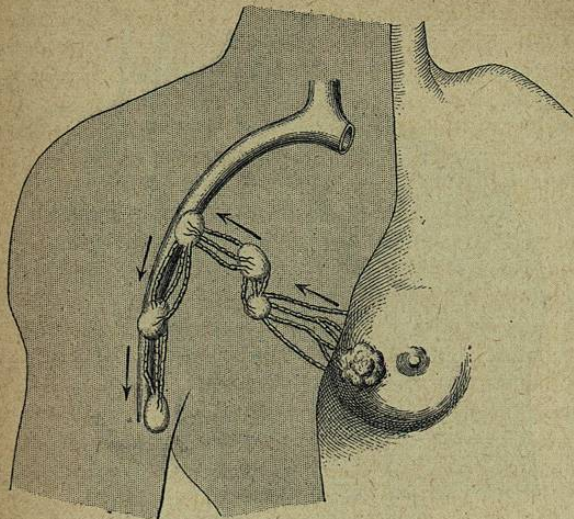


Fig. 103.

Infection ganglionnaire distante.

Depuis longtemps, on a vu les ganglions internes se prendre à la suite des tuberculoses viscérales. Exemples : lymphangites mésentériques originaires d'ulcérations tuberculeuses de l'intestin ; lymphangites de la plèvre pulmonaire accompagnant la tuberculose du poumon. On a noté l'existence de lympho-adénites externes, issues de tuberculoses viscérales : tels ces abcès froids du thorax, d'origine pleuro-pulmonaire, ces écrouelles sus-claviculaires dont la première lésion est au poumon et qui s'y rattachent par une chaîne de lymphangite médiastine. VELPEAU et DUBAR ont montré que dans la tuberculose de la mamelle les ganglions axillaires sont souvent envahis. Chez l'enfant, plus fréquemment que chez l'adulte, les

tumeurs blanches du pied, du genou ou de la hanche peuvent s'accompagner de lymphangite et d'adénite. Sur de petits malades atteints de spina ventosa, nous avons vu, comme LANNELONGUE l'a observé, des gommés tuberculeuses s'étagier le long du trajet des lymphatiques de l'avant-bras et du bras.

La lymphangite tuberculeuse a surtout été étudiée, au point de vue anatomique à propos de la tuberculose viscérale. Sur le péritoine, au niveau des ulcérations tuberculeuses de l'intestin, on voit souvent, nous disent CORNIL et RANVIER, des cordons noueux, blancs opaques, qui partent en rayonnant du fond induré de l'ulcération. A leur surface on peut observer des granulations tuberculeuses qui font saillie et, lorsqu'on les coupe en travers, on en fait sortir une substance caséuse. Sur les coupes, on observe toutes les phases du développement des granulations tuberculeuses : dans un premier degré, les vaisseaux sont remplis d'éléments cellulaires, dont les uns sont des cellules lymphatiques et dont les autres proviennent de l'endothélium vasculaire. La paroi des lymphatiques et le tissu conjonctif voisin sont infiltrés de cellules embryonnaires. Dans un second degré, les cellules, groupées dans la paroi des lymphatiques et dans le tissu conjonctif, forment des nodules ayant tous les caractères des granulations tuberculeuses.

Le type habituel est la forme *tronculo-noueuse* de MOREL-LAVALLÉE : à partir de la lésion initiale, on voit évoluer, à la façon de véritables gommés tuberculeuses, de petites nodosités, tantôt intradermiques, tantôt sous-cutanées, d'abord dures, puis ramollies, reliées en chapelet, par le cordon inégal d'un lymphatique induré.

X. — ADÉNITES CHRONIQUES

Les adénites cervicales chroniques doivent-elles disparaître du cadre nosologique et être englobées en totalité dans la tuberculose des ganglions lymphatiques ? — Au début de la révision contemporaine des affections scrofuleuses, on l'a affirmé. Actuellement on admet qu'il est quelques cas rares où il faut maintenir ce terme d'adénite chronique, simplement inflam-

matoire. Les travaux de RICHARD, NÉLATON, MAUCLAIRE, DUBARD, établissent qu'il est des adénites, siégeant habituellement au cou, prenant le type, soit de ganglions hypertrophiés, soit de suppuration froide ganglionnaire, dont les lésions histologiques sont celles de l'inflammation chronique banale, et dont les inoculations même au cobaye, le réactif le plus sensible à l'infection bacillaire, demeurent négatives. Dans le pus de ces adénites on ne trouve que des staphylocoques ou des streptocoques. D'ailleurs, le diagnostic de ces formes avec les adénites tuberculeuses ne s'appuie sur aucun caractère clinique objectif : il ne peut être établi que par l'examen bactériologique et les inoculations.

XI. — ADÉNITE TUBERCULEUSE

Historique. — C'est au sujet de la tuberculose des ganglions lymphatiques que se sont engagées les premières discussions de doctrine sur les tuberculoses externes. Les adénites chroniques cervicales ont constitué jadis la part dominante du domaine de la scrofule : elles étaient décrites sous les noms divers d'*écrouelles*, de *ganglions strumeux*, de *scrofule ganglionnaire*.

Ici comme ailleurs, la triple démonstration fournie par l'anatomie pathologique, les inoculations et la bactériologie, a établi que ces lésions devaient rentrer dans le cadre de la tuberculose. — Dès le commencement de ce siècle, d'ailleurs, grâce aux travaux de BAYLE, de LAENNEC, de LEBERT, on ne mettait plus en doute, l'existence d'une forme d'adénite tuberculeuse évoluant chez des sujets atteints de phtisie pulmonaire. Mais le débat se maintenait pour les adénites apparaissant spontanément, ou du moins sans trace de tuberculose viscérale préexistante.

Il a fallu arriver à l'époque moderne pour que la preuve de leur qualité tuberculeuse fût faite. — D'abord, démonstration anatomo-pathologique : elle a été établie surtout par les recherches de SCHUPPEL en 1871 et de THAON; ces deux auteurs ont démontré l'identité des altérations histologiques dans les ganglions reconnus nettement tuberculeux et dans des ganglions dits scrofuleux. — Preuve bactériologique : en 1882, KOCH,

qui venait de découvrir le bacille tuberculeux, le trouvait présent deux fois sur trois dans les cellules géantes des ganglions scrofuleux; SCHUCHARDT et KRAUSE confirmaient le fait par une longue série d'observations; CORNIL et BABÈS, examinant ces ganglions lymphatiques hypertrophiés si fréquemment observés chez les enfants, ont indiqué, dans la presque totalité des cas, la présence de bacilles isolés ou contenus dans des cellules géantes. — Enfin, la troisième preuve est donnée par l'inoculation : dès 1868, VILLEMEN fit connaître que les écrouelles n'étaient que des tuberculoses locales, attendu qu'il était arrivé à réaliser des phtisies généralisées par l'inoculation expérimentale des produits de ces lésions. Toutefois, il est important de noter qu'habituellement la tuberculose des cobayes ainsi inoculée évolue avec une particulière lenteur : ARLOING a cru pouvoir en conclure que les bacilles de ces adénites dites scrofuleuses sont de virulence atténuée. Ce point, d'ailleurs, est confirmé par ces deux autres particularités : dans le ganglion tuberculeux, les bacilles sont rares; et il est difficile d'obtenir, avec leurs produits, de belles cultures de tuberculose.

Étiologie. — Chez l'enfant, chez l'adulte jeune, ces adénopathies sont fréquentes. Quelles en sont les raisons? Jadis, on faisait jouer le rôle principal au terrain, à ces conditions d'état général qui se résumaient sous le nom de lymphatisme. Actuellement, tout en reconnaissant l'influence prédisposante du sol organique, tout en admettant l'action de l'hérédité, de la dénutrition, de la misère, c'est l'infection par la graine tuberculeuse, qui prend la place pathogénique prépondérante.

Or, cette infection tuberculeuse de l'appareil lymphatique peut se produire dans trois conditions différentes. — Dans un premier groupe, il s'agit d'une *infection secondaire des ganglions*, issue d'une lésion tuberculeuse viscérale, osseuse ou cutanée. C'est ainsi qu'on voit : la tuberculose mammaire entraîner une adénite tuberculeuse de l'aisselle; les lésions pulmonaires infecter les ganglions trachéo-bronchiques et sus-claviculaires; les ganglions de l'aîne se prendre au cours d'une tumeur blanche du genou ou de la hanche, ceux du cou se tuméfier à l'occasion d'une ulcération tuberculeuse de la