

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

bouche, de l'amygdale et du pharynx ou de l'oreille moyenne.

Dans un second groupe, on assiste à la *tuberculisation de ganglions chroniquement enflammés* : l'adénite tuberculeuse a été précédée d'une adénite simple plus ou moins ancienne ; l'inflammation banale a préparé le terrain sur lequel se sont développés les bacilles de Koch ; selon le mot de VERNEUIL, elle a « fait le lit » de la tuberculose. Ainsi, une carie dentaire, un eczéma impétigineux de la face ou du cuir chevelu, un coryza chronique, une blépharo-conjonctivite à répétition, ont entraîné dans les ganglions régionaux une tuméfaction inflammatoire : c'est un lieu de moindre résistance où s'abat le bacille souvent présent ; il agit sinon en qualité de microbe primitivement pathogène, du moins à titre de facteur secondaire, introduit à la surface de ces diverses lésions qui constituent les attributs classiques de l'ancienne scrofule.

Enfin, dans un troisième groupe, *l'infection tuberculeuse du ganglion est primitive*. C'est, par analogie avec le bubon vénérien d'emblée, l'adénite tuberculeuse d'emblée. Le bacille se frayant un passage à travers des muqueuses *sans solution de continuité* (conjonctives, voies respiratoires, digestives ou génitales), se rendrait directement aux ganglions. En réalité, si, pour les voies digestives et respiratoires, cette pénétration d'emblée est assez constante ; si l'expérience de CORNET (apparition d'une adénite cervicale, après simple dépôt d'une culture tuberculeuse dans le cul-de-sac conjonctival inférieur d'un chien), paraît en établir la preuve, il est plus fréquent, au niveau des surfaces cutanées et muqueuses, de voir l'inoculation se produire à la faveur de lésions épithéliales ou de menues éraillures qui ouvrent la porte aux bacilles. C'est surtout pour les adénites tuberculeuses du cou, souvent spontanées en apparence, que, dans ces dernières années, la présence de lésions tuberculeuses originelles a été démontrée. Les amygdales hypertrophiées, les tumeurs adénoïdes du pharynx et la carie dentaire jouent à cet égard un rôle fréquent de porte d'entrée pour le bacille.

Or, deux cas se présentent : ou bien le bacille a déterminé en ces points une lésion ; ou bien il n'y est présent qu'à

titre de microbe habitant les sécrétions ou la surface muqueuse, et attendant une occasion de pénétration. Dès 1884, CONHEIM et WEIGERT avaient attiré l'attention sur la tuberculose primitive des amygdales. De même, les végétations adénoïdes peuvent servir de porte d'entrée à la tuberculose : dans quelques cas, mais non point avec la fréquence que croit DIEULAFOY, les amygdales pharyngées sont le siège de lésions bacillaires ; plus souvent, elles sont simplement bacillifères, c'est-à-dire portent des bacilles à leur surface et dans leurs replis, ce que confirme l'observation de STRAUSS signalant la présence de bacilles sur la muqueuse nasale saine. Vienne une menue lésion de cette muqueuse, ou simplement une diminution de sa défense phagocytaire, et voilà le système lymphatique régional ouvert à l'inoculation.

Anatomie pathologique. — Quand on enlève des ganglions tuberculeux, on constate, pour un même groupe, des lésions anatomiques à diverses phases. On peut trouver : 1° des ganglions simplement hypertrophiés avec induration ; 2° des hypertrophies avec ramollissement ; 3° des ganglions semés de tubercules miliaires ; 4° des ganglions caséux, qui peuvent arriver au ramollissement humide et à la formation d'un véritable abcès froid ganglionnaire ; 5° enfin des ganglions indurés dont l'enveloppe et la trame ont subi la transformation fibreuse.

Les ganglions hypertrophiés montrent, tantôt un tissu normal d'apparence, tantôt un parenchyme plus dense, parfois rouge, parfois décoloré. Quand on n'y trouve point de granulations visibles, ce qui est assez fréquent, on peut mettre en doute la qualité tuberculeuse de la lésion ; et c'est à l'occasion de cette variété que l'on a tenté de restaurer l'adénite chronique simple, non bacillaire, qui existe, mais qui est rare. La nature tuberculeuse de ces formes hypertrophiques est établie par la présence de bacilles (habituellement peu nombreux) et surtout par l'inoculation positive. Un ganglion ainsi hypertrophié peut doubler ou tripler son volume, quelquefois même atteindre les dimensions d'une amande ou d'une noix. Dans la forme d'hypertrophie avec ramollissement, le tissu ganglionnaire,

rouge violacé, prend la consistance molle des fongosités.

Ordinairement, sur la coupe de ganglions ainsi hypertrophiés, on découvre, en plein tissu, soit des granulations grises, petites et à peine visibles, soit des granulations jaunes plus volumineuses, dont le siège initial est dans le tissu réticulé des follicules, près de la capsule, c'est-à-dire à l'embouchure des lymphatiques afférents.

Le tubercule suit, dans les ganglions, son évolution habi-

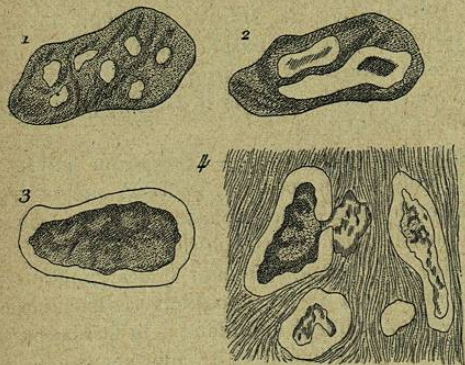


Fig. 106.

Schéma montrant les diverses phases anatomiques de la tuberculose ganglionnaire : 1, granulations tuberculeuses disséminées dans un ganglion. — 2, granulations ayant conflué en des noyaux tuberculeux, commençant à subir la fonte caséuse. — 3, abcès froid ganglionnaire. — 4, abcès froid intra et extra-ganglionnaire.

tuelle : les granulations confluent en nodules, qui deviennent caséux et se ramollissent. Cette matière caséuse est parfois disposée en foyers multiples ; plus souvent, elle forme un amas : ainsi se créent de véritables cavernes ganglionnaires, qui rappellent en miniature celles du poumon. — Une masse caséuse, humide et presque purulente, contenue dans une cavité que tapisse une couche de fongosités, et qu'encapsule une coque de tissu ganglionnaire sclérosé, donne lieu à un véritable abcès froid. Un semblable abcès, se prolongeant en dehors du gan-

gion par la membrane tuberculogène qui le limite, finit par rompre la coque périphérique et infecte le tissu cellulaire voisin : l'abcès est à ce moment intra et extra-ganglionnaire.



Fig. 107.

Bacille tuberculeux entouré d'une enveloppe transparente et renfermé dans une cellule géante de la gerbille (METSCHNIKOFF).

Fig. 108.

Un autre bacille tuberculeux entouré de deux membranes (METSCHNIKOFF).

La sclérose, qui est le procédé de guérison habituel de la tuberculose, prend ici une importance particulière. Le tissu ganglionnaire est assurément celui qui se défend le mieux



Fig. 109.

Corps calcaire de la gerbille.

contre la tuberculose. Avant la caséification, l'hyperplasie active du tissu conjonctif tend à édifier une barrière autour de la lésion tuberculeuse. La transformation fibreuse porte sur l'enveloppe et les cloisons alvéolaires des ganglions ; il est fré-

quent, au cou surtout, de rencontrer de ces ganglions, à contenu caséux, mais à coque dense et dure, adhérant à des ganglions voisins scléreux comme eux, et formant ainsi des paquets conglomérés ou des cylindres noueux, criblés de points fongueux et de menus abcès.

Dans quelques cas même, il peut se faire des dépôts calcaires autour de la lésion tuberculeuse. Point important : SCHÜPPEL a décrit, dans les ganglions tuberculeux, des corps calcaires striés (corps de Schüppel) dont l'étude est d'un haut intérêt au point de vue du processus de défense organique contre le bacille. METCHNIKOFF les a rapprochés des corps calcaires (fig. 109) que l'on trouve dans la rate de la gerbille d'Algérie après inoculation ; ce rongeur offre à la tuberculose une particulière résistance. Ces corps calcaires de la gerbille témoignent d'un état de dégénérescence des bacilles tuberculeux dans l'intérieur des cellules géantes du rongeur. Aux premiers stades, les bacilles se colorent à la façon normale et ne présentent rien de particulier. Mais à côté, on rencontre d'autres cellules géantes dont les bacilles sont revêtus d'une couche assez épaisse d'une substance amorphe et incolore. La lutte se poursuit (fig. 107 et 108) entre le bacille et la cellule géante à l'aide de sécrétions : le bacille se défendant par la sécrétion de membranes cuticulaires concentriques dans lesquelles il s'enferme et la cellule géante sécrétant un dépôt calcaire à l'aide duquel elle emmure le bacille.

Symptômes. — La tuberculose ganglionnaire présente les types suivants : 1° *adénite mono-ganglionnaire*, forme peu fréquente, limitée à une glande solitaire ; 2° *adénite polyganglionnaire*, étendue à plusieurs ganglions d'un même groupe ou à plusieurs groupes voisins, ce qui est la forme habituelle. Cette polyadénite se divise elle-même en deux types. Dans l'un, les ganglions gardent leur indépendance, l'atmosphère cellulaire ambiante n'étant point le siège d'une inflammation propagée : ce sont les *adénites en grappe, en chaîne, en chapelet*. Dans l'autre, les glandes sont devenues adhérentes, indistinctes, confondues par une gangue de périadénite : c'est le *paquet ganglionnaire* des polyadénites suppurées massives.

Au début et aux phases de crudité de l'infiltrat tuberculeux, le ganglion ou le chapelet ganglionnaire hypertrophiés ont conservé leur forme : tantôt ils font une saillie apparente ; tantôt ils ne se reconnaissent qu'à la palpation. Durs, d'une résistance élastique, ils roulent sous le doigt, se déplacent sur les plans profonds, n'adhèrent point à la peau : ils peuvent demeurer à cet état d'hypertrophie dure pendant des mois, évoluer vers la sclérose de guérison et alors se rétracter et disparaître, ou bien au contraire tourner à la caséification.

Dans ce dernier cas, la tuméfaction s'accroît et la consistance change : à la surface du ou des gros ganglions, un point plus dépressible se manifeste. Toutefois, il faut savoir que la palpation n'apprécie point l'état exact de ce ramollissement : il arrive souvent qu'on trouve à la coupe, sur des ganglions durs et rénitents, des foyers de matière caséuse humide ; même une cavité, avec fonte purulente centrale, peut être méconnue à la palpation, en raison de l'épaisseur de la coque qui est tendue et rénitente ; d'autant que le ganglion mobile fuit sous les doigts et doit être fixé pour cet examen.

Quand un abcès froid ganglionnaire s'est formé, il se porte à la surface de l'organe, crève sa coque et inocule le tissu conjonctif ambiant. Un adénophlegmon tuberculeux prend ainsi naissance, caractérisé par des collections extra et intra-ganglionnaires. Dans les parties molles, la paroi tuberculogène périphérique, s'étendant dans le sens de la moindre résistance, finit par s'ouvrir à la peau. Il est important de noter que cette suppuration et cette ulcération prennent parfois une allure rapide : ces *adénites tuberculeuses aiguës* suppurées peuvent être l'œuvre du bacille de Koch seul ; mais plus souvent elles sont produites par des infections mixtes où interviennent les staphylocoques ou les streptocoques. A l'ouverture de l'abcès succèdent des *fistules*, à suppuration tenace, à contours irréguliers, à bords minces et rougeâtres ou violacés. Et comme, dans le cas de paquet polyadénitique, les foyers caséux sont multiples, il en résulte un nombre plus ou moins considérable d'ulcérations sans grande profondeur, entre lesquelles la peau est violacée, si elles sont assez proches.

Diagnostic. — Un diagnostic est particulièrement embarrassant : c'est le cas d'une tuberculose hypertrophiante, multiple, des ganglions, sans tendance au ramollissement, à évolution lente simulant le lymphadénome aleucémique : *lymphome tuberculeux*; *lymphadénie tuberculeuse* (voir page 407). Les considérants propres à diriger le diagnostic sont les suivants. Le lymphadénome ne se rencontre guère que chez l'adulte; le sujet n'a point d'antécédents scrofuleux; les ganglions, si volumineux qu'ils deviennent, gardent généralement plus de mobilité, plus de netteté de contour et une consistance plus uniforme, par opposition à ce qu'on voit dans la polyadénite tuberculeuse où des points ramollis alternent avec des points résistants d'hypertrophie simple. L'évolution est plus rapide que dans la pseudo-lymphadénie tuberculeuse; l'état général est plus promptement atteint; le dénouement fatal survient dans un laps de temps de un à quatre ans. Mais quelquefois, chez l'adulte, le diagnostic entre une tuberculose ganglionnaire hypertrophiante, sans fonte caséuse (macropolyadénopathie tuberculeuse pseudo-lymphadénomateuse de Sabrazès) et un lymphadénome aleucémique reste incertain; et cette incertitude ne saurait être tranchée que par le séro-diagnostic et surtout par l'extirpation d'un ganglion, son examen histologique et son inoculation à l'animal. — Chez l'adulte encore, les adénites chroniques de l'aîne peuvent être confondues avec l'adénopathie syphilitique. Recherchez le chancre initial, considérez la dureté de la pléiade syphilitique; faites l'épreuve par le traitement spécifique : cela tranche généralement le diagnostic. Mais il est des formes hybrides de syphilis ganglionnaire chez des tuberculeux — scrofulate de vérole, de Ricord — qui, par leur empâtement périadénitique, par leur ramollissement, par leurs ulcérations, créent des incertitudes.

Pronostic et traitement. — La tuberculose ganglionnaire est susceptible de guérison à ses diverses phases : la sclérose curatrice s'observe, non point seulement sur le ganglion hypertrophié, mais aussi sur le ganglion caséux et ramolli. Aussi, chez les jeunes surtout, le traitement général, le séjour prolongé à la mer, les bains salés, les injections interstitielles

iodées ou iodoformées, sont capables d'activer ce processus de transformation fibreuse. Mais quand l'affection se prolonge, quand elle s'étend à des groupes nouveaux, quand la tendance au ramollissement s'accroît, l'extirpation est la méthode de choix.

ARTICLE II

DES ANGIOMES

Définition. — L'angiome est défini : 1° *anatomiquement*, par trois caractères, à savoir : son siège initial dans le système capillaire, la dilatation de ce réseau et la néoformation de nouveaux capillaires; 2° *pathogéniquement*, par ce fait qu'il prend rang dans les troubles du développement plutôt que dans les tumeurs vraies et qu'il consiste en une malformation locale du système vasculaire (QUÉNU), d'origine congénitale à peu près constante; 3° *cliniquement*, par son évolution variable, la malformation et la néoformation vasculaires pouvant, tantôt rester stationnaires ou même rétrocéder, tantôt, au contraire, progresser ultérieurement, aboutir à des formations cavernueuses et entraîner des lésions secondaires du système veineux et artériel.

Anatomie pathologique. — Le fait anatomique primitif et essentiel, c'est donc un amas de capillaires dilatés et déformés, flexueux et pelotonnés, auxquels s'ajoutent des vaisseaux nouvellement formés : on admet, sans l'avoir établi, que cette néoformation vasculaire s'opère par le procédé du bourgeonnement des anses capillaires.

Ces pelotonnements des capillaires donnent lieu à des petits lobules, du volume d'un grain de mil, connus sous le nom de « grains de Porta », du nom du médecin italien qui les décrit en 1860. BILLROTH a expliqué ainsi la formation de ces granulations, qui donnent à l'angiome simple un aspect finement lobulé : les petits appareils annexés à la peau, follicules pileux, glandes sudoripares et sébacées, ont un système vasculaire