

une bande de tarlatane, en évitant d'exercer une trop forte compression. HUETER avait recommandé les injections intra-ganglionnaires d'une solution phéniquée à 3 p. 100. L'expérience a montré les inconvénients de ces antiseptiques forts qui tuent les phagocytes, et par suite annihilent les moyens de défense de l'organisme.

L'abcès collecté, il y a grand avantage à l'évacuer le plus rapidement possible. Les ponctions fines et multiples de VELPEAU sont insuffisantes aussi bien que la ponction unique et plus large de P. BROCA. C'est à l'incision franche et large au bistouri qu'il faut avoir recours plutôt qu'au thermocautère. Le pus éliminé, on fera un grattage de la poche ganglionnaire à la curette, et une cautérisation au chlorure de zinc en solution à 5 ou 10 p. 100, suivie d'un drainage à la gaze aseptique ou avec un tube de caoutchouc.

Par ce procédé on obtiendra une cicatrisation régulière en quelques semaines, et on n'aura besoin de recourir que dans des cas tout à fait exceptionnels à l'extirpation des ganglions suivant la méthode recommandée par KÜSTER, POELCHEN<sup>1</sup>, LAUENSTEIN<sup>2</sup>, MOSETIG-MOORHOF<sup>3</sup>. Cette extirpation trouve surtout ses indications dans les fistules rebelles ou dans les formes à indurations persistantes et à poussées inflammatoires répétées.

Dans les formes graves, d'adéno-phlegmon diffus à tendance gangréneuse ou à allure septicémique, on fera d'emblée de larges débridements au thermocautère suivis de bains chauds prolongés en y associant un traitement général tonique et reconstituant.

#### ARTICLE II

### ADÉNITES CHRONIQUES

#### § 1. — ADÉNITE CHRONIQUE SIMPLE

A la suite d'une adénite aiguë, lorsque l'abcès intra-ganglionnaire a été évacué et lorsque la plaie est guérie, il peut persister

<sup>1</sup> POELCHEN. Arch. f. Klin. Chir. B<sup>d</sup>. XL, p. 556, 1890.

<sup>2</sup> LAUENSTEIN. Deut. Zeit. f. chir. B<sup>d</sup> XXX, p. 573, 1893.

MOSETIG-MOORHOF. Wien. med. Presse, 1891, n<sup>o</sup> 1.

pendant longtemps un noyau induré. Il ne s'agit pas à proprement parler dans ce cas d'adénite chronique mais de la cicatrisation fibreuse, de l'atrophie scléreuse du ganglion primitivement enflammé.

Toute autre est l'adénite chronique simple, qui n'a jamais passé par une phase inflammatoire aiguë, et qui d'emblée a revêtu des allures insidieuses et torpides.

L'existence de ces adénites a été longtemps discutée; VERNEUIL les avait décrites dès 1854, s'appuyant sur des faits cliniques et anatomiques. En 1890, RICARD et CLADO<sup>1</sup> ont apporté en leur faveur les témoignages de l'histologie et de la bactériologie. Ces auteurs en effet sur des pièces d'adénites cervicales extirpées par VERNEUIL ont vainement cherché le bacille de KOCH et ont échoué dans plusieurs inoculations des produits de râclage aux cobayes. Toutefois RICARD et CLADO donnent de l'examen microscopique le résultat suivant : « au-dessous de la capsule, la structure normale du ganglion est méconnaissable; il existe un nombre extrêmement considérable de petits nodules sphériques ou ovoïdes visibles à un faible grossissement. Chacun de ces nodules est formé tantôt d'éléments embryonnaires agglomérés, tantôt de cellules épithélioïdes. Par places, on trouve aussi des cellules géantes, mais très discrètes. C'est à peine si sur deux ou trois centimètres on en rencontre deux ou trois. »

Le fait de n'avoir pas constaté de bacilles de KOCH et d'avoir échoué dans deux inoculations à des cobayes sont-ils suffisants en présence de cet examen histologique pour nier absolument la tuberculose? Peut-être serait-on plus exigeant à l'heure actuelle, sachant combien sont rares les bacilles dans certaines adénopathies tuberculeuses, et sachant d'autre part la nécessité qu'il y a à multiplier les inoculations avant de s'arrêter à un ou deux résultats négatifs. La conclusion est que cette question mériterait d'être reprise en ayant soin de rassembler un grand nombre d'observations.

<sup>1</sup> RICARD et CLADO. Congrès français de chirurgie, séance du 12 octobre (soir), 1890, Bull., p. 674.

A propos de la communication de RICARD, le baron LARREY prit la parole pour soutenir la même opinion, disant combien il avait été frappé de la fréquence des adénites cervicales chez les soldats, surtout chez les jeunes soldats porteurs du col militaire haut et raide tel qu'il existait alors. Chez les zouaves et les tirailleurs dont le cou est découvert, LARREY n'avait rien observé de semblable.

De même CH. NÉLATON<sup>1</sup> d'après quatre cas personnels, dont deux de polyadénite inguinale, a soutenu la nature purement inflammatoire de certaines adénites chroniques d'emblée.

La clinique s'accommode assez bien de cette opinion. Il existe en effet des sujets jeunes porteurs au cou ou à l'aîne d'une tumeur formée d'un ou de plusieurs ganglions, isolés ou rapprochés, ayant dans son ensemble le volume d'une noisette, d'une noix ou d'un œuf de poule. Les ganglions sont durs, élastiques, mobiles sous la peau, mobiles aussi les uns sur les autres ou bien au contraire reliés ensemble par un tissu cellulaire épais. La pression est indolente. Parfois, comme dans le cas de RICARD, il existe plusieurs tumeurs cervicales indépendantes. L'état général est excellent, il n'y a pas le moindre indice de tuberculose sur un autre organe, mais le malade porteur d'adénite inguinale est sujet aux poussées d'herpès génital, de même que l'adénite cervicale s'est développée chez un individu atteint de carie dentaire profonde ou d'angine à répétitions. L'affection ganglionnaire reste pendant longtemps stationnaire : un malade de VERNEUIL portait sa tumeur depuis trente ans. A un moment donné, il se produit une très légère poussée inflammatoire au niveau de la tumeur, sans fièvre, sans retentissement sur l'état général. Le malade éprouve un peu de sensibilité locale, le tissu cellulaire péri-ganglionnaire s'épaissit, englobe les ganglions ; la masse est moins mobile, elle adhère à la peau et en un point ; au lieu de la consistance ferme rénitente habituelle, on perçoit une certaine fluctuation. Un ou plusieurs ganglions se sont ramollis. Si on les incise, on trouve sur la surface de section un parenchyme gris rosé, piqué de quelques points

<sup>1</sup> CH. NÉLATON. Semaine médicale, 1890, p. 402.

rouges hémorragiques à la périphérie, et, au centre, un, deux ou trois petits foyers grisâtres, purulents.

Malgré toutes ces apparences de bénignité, on ne devra pas se contenter du seul diagnostic clinique, il est de toute nécessité de le compléter par un examen histologique et bactériologique d'autant plus minutieux que la découverte des rares bacilles est souvent difficile. Tant que ce complément d'enquête n'aura pas été fait, il sera prudent de réserver le diagnostic et le pronostic.

Lorsque toutes les observations seront prises dans ces conditions, on s'apercevra sans doute que l'adénite chronique simple, et surtout l'adénite cervicale est d'une très grande rareté. Tout récemment, MARION et GANDY<sup>1</sup> ont cité un certain nombre de faits bien observés en faveur de la nature tuberculeuse de l'adénite chronique dite simple.

## § 2. — ADÉNOPATHIES SYPHILITIQUES

L'étude du bubon simple ou du bubon chancrelleux ne doit pas nous arrêter. Le bubon simple sera tout naturellement décrit à propos des tumeurs ganglionnaires de l'aîne, il en sera de même du bubon chancrelleux symptomatique du chancre mou. Depuis la découverte du bacille spécifique par Ducrey, le bubon chancrelleux est définitivement différencié du bubon simple et du bubon syphilitique ainsi que HUNTER (1782) et RICORD (1831-1837) l'avaient déjà établi de par la clinique.

L'infection par le bacille de Ducrey a été étudiée en détail par VILLEMEN, et je ne saurais mieux faire que de renvoyer le lecteur à ce chapitre (voy. t. I, p. 297).

L'adénopathie syphilitique mérite une mention spéciale. Outre qu'à cause de sa fréquence elle est d'une importance capitale au point de vue clinique, il ne s'agit plus d'une maladie régionale comme le bubon simple ou chancrelleux mais d'une affection générale du système ganglionnaire, du moins aux périodes secondaires et tertiaires ; par suite elle mérite d'être placée à côté de la tuberculose ganglionnaire.

<sup>1</sup> MARION et GANDY. Arch. gén. de Médecine, février 1901, p. 129.

La syphilis atteint les ganglions à ses trois périodes.

**1° Adénite symptomatique.** — En même temps que le chancre infectant apparaît l'adénite symptomatique, à l'aîne le plus souvent, car l'accident primitif est habituellement aux organes génitaux. S'il s'agit d'un chancre extra-génital, l'adénite occupe la région ganglionnaire correspondante. « Le bubon suit le chancre comme l'ombre suit le corps » disait RICORD. Et de fait, on peut dire, que l'adénite symptomatique du chancre syphilitique est constante. FOURNIER<sup>1</sup> sur 265 observations de chancre induré, n'a vu l'adénite manquer que 3 fois. Entre le chancre et l'adénopathie on voit parfois et on sent un ou plusieurs cordons durs correspondant à l'envahissement des vaisseaux lymphatiques intermédiaires.

C'est du septième au quinzième jour après l'apparition du chancre qu'on voit se développer la tuméfaction ganglionnaire. Elle est formée par l'hypertrophie de plusieurs ganglions, c'est toujours une *adénopathie multiple*, une *pléiade* parmi laquelle un ganglion est reconnu plus volumineux que les autres. RICORD l'a appelé « *ganglion anatomique* » ; il reçoit directement les lymphatiques de la région occupée par le chancre. Tous les ganglions sont durs, mobiles les uns sur les autres, indolents. L'évolution est essentiellement froide, lente, torpide. Aussi le terme d'adénite est-il assez défectueux et mieux vaudrait-il employer celui d'adénopathie. Jamais ou presque jamais l'adénite syphilitique pure n'évolue vers le ramollissement et la suppuration. Celle-ci est provoquée par une infection surajoutée, tuberculose (scrofulate de vérole de RICORD) ou chancreuse (ROLLET<sup>2</sup>).

L'adénopathie peut encore s'étendre aux régions voisines gagnant les ganglions cruraux profonds, puis les ganglions inguinaux, finalement elle passe du côté opposé. Parfois l'adénopathie est croisée d'emblée.

<sup>1</sup> FOURNIER. Art. Bubon. Nouveau Dict. de médecine et de chirurgie pratiques, 1866, t. V, p. 757.

<sup>2</sup> ROLLET. Art. Bubon. Dictionnaire encyclopédique des Sc. Méd., 1869.

Elle survit longtemps au chancre. Il n'est pas rare de la voir durer pendant six ou huit mois. A cette époque, depuis longtemps, le malade est entré dans la période secondaire, et l'adénopathie persiste.

**2° Adénopathie secondaire.** — Outre les ganglions de l'aîne et des régions voisines qui sont restés volumineux, on en voit se développer de nouveau sur des régions jusque-là indemnes. Cette adénopathie secondaire peut être liée à des accidents ulcéreux cutanés ou bien, ce qui est plus fréquent, il s'agit d'une infection par la voie sanguine ; il n'existe pas, dans ce dernier cas, de porte d'entrée au niveau des téguments.

Les régions les plus souvent atteintes sont la partie supérieure de la nuque dans le creux sous-occipital, de chaque côté de la ligne médiane ; c'est là que RICORD « tâtait le pouls de la vérole » ; puis au-dessous et en avant vers le sterno-mastoïdien et les ganglions de la région carotidienne.

Le ganglion épithrocléen est souvent atteint, et parfois on observe un ganglion au creux poplité. Mêmes caractères qu'à la première période : indolence, évolution froide ; les ganglions ont le volume d'un haricot, d'une noisette, ils sont durs et glissent les uns sur les autres.

**3° Adénopathie tertiaire.** — Le système ganglionnaire ne reste pas indemne à la période tertiaire ; les lésions s'étendent même aux ganglions viscéraux intrathoraciques ou abdominaux qui sont tuméfiés, indurés, à leur tour. Ici encore l'adénite est symptomatique d'une lésion cutanée ou profonde viscérale ou se développe d'emblée, indépendamment de toute altération primitive.

Suivant les cas, le ganglion reste petit, dur, *scléreux*, ou se tuméfie considérablement atteignant les dimensions d'une noix, d'un œuf. Dans ce dernier cas la glande lymphatique se ramollit ; elle devient fluctuante au centre tandis qu'elle est encore dure à la périphérie. En cas d'adénopathie superficielle, la peau adhère à sa surface et prend une coloration rouge, violacée ; puis elle s'amincit et la *gomme ganglionnaire* s'ouvre au dehors. L'ulcération est caractéristique : les bords sont surélevés

comme taillés à l'emporte-pièce ; le fond est occupé par un liquide ambré, gommeux et par un feutrage fibrineux jaunâtre comparable au bourbillon d'un furoncle.

VERNEUIL a rapporté l'histoire d'un ulcère gommeux devenue phagédénique au niveau de l'aîne. La veine saphène fut ulcérée puis l'artère fémorale fut à son tour envahie et perforée, entraînant une hémorragie mortelle.

La médication antisyphilitique n'a guère d'action contre l'adénite du chancre. Déjà, à la période secondaire, le traitement mixte est plus efficace ; mais c'est surtout à la période tertiaire que ce traitement mixte, avec augmentation de la dose d'iodure ou les injections profondes de sels hydrargyriques, donne de beaux résultats. Les gommages disparaissent très rapidement, et les lésions évoluent vers la guérison complète ou vers la dégénérescence scléreuse.

### § 3. — TUBERCULOSE GANGLIONNAIRE

SYNONYMIE. — Adénite scrofuleuse. Ecrouelle.

La tuberculose ganglionnaire se présente sous deux formes différentes, tantôt elle n'est que l'expression locale d'une tuberculose évidente, tantôt elle reste longtemps isolée évoluant à la façon d'une lésion essentiellement bénigne sur un organisme d'apparence saine. La première est l'*adénite tuberculeuse* et la seconde, l'*adénite scrofuleuse*. Et pendant de longues années les médecins se refusèrent au nom de la clinique à confondre les deux affections, jusqu'au jour où la bactériologie avec SCHUCHARDT et KRAUSE, CORNIL et BABÈS, vint démontrer que toutes deux sont de même nature, que dans l'adénite scrofuleuse comme dans l'adénite tuberculeuse, il existe des bacilles de Koch bien qu'en quantité moindre. La scrofule est une tuberculose atténuée.

#### ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

La tuberculose ganglionnaire se rencontre à tous les âges, mais elle est particulièrement fréquente dans la seconde enfance et dans l'adolescence. Les filles y sont plus exposées

que les garçons. L'influence de l'hérédité est manifeste, qu'il s'agisse d'hérédité directe, de tuberculose chez les parents, ou d'hérédité indirecte : les enfants d'alcooliques, de syphilitiques deviennent facilement des scrofuleux.

La mauvaise hygiène, toutes les causes d'affaiblissement produisant ce qu'on est convenu d'appeler la misère physiologique (surmenage, séjour dans un air confiné, alimentation déficiente, préservation insuffisante contre le froid et l'humidité) préparent le terrain et favorisent l'éclosion de la tuberculose ganglionnaire. Aussi cette affection est-elle infiniment plus fréquente dans la classe pauvre que dans la classe riche. Les salles de consultation des hôpitaux sont remplies de jeunes gens, et surtout de jeunes filles de quinze à vingt ans venant consulter pour des adénites cervicales scrofuleuses.

La région cervicale est en effet le lieu d'élection ; on les y rencontre dans une proportion de 80 p. 100. Souvent aussi, elles occupent l'aisselle ou l'aîne, sans parler des localisations profondes thoraciques ou abdominales qui intéressent plus le médecin que le chirurgien.

**1<sup>o</sup> Adénite symptomatique.** — Le plus souvent, l'adénite tuberculeuse est secondaire, symptomatique d'une tuberculose profonde ou superficielle. C'est ainsi qu'elle accompagne les ostéites et les arthrites bacillaires. HERVOUET<sup>1</sup> lui a donné le nom d'« adénite similaire ». La propagation se fait de la lésion initiale aux ganglions correspondants par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques. Dans ce cas, la lésion ganglionnaire est accessoire, son importance s'efface devant celle de l'affection primitive ; et cependant, on devra en tenir compte dans l'appréciation de la guérison. Une tumeur blanche reste menaçante tant que l'adénopathie symptomatique persiste.

Les adénites tuberculeuses consécutives aux affections scrofuleuses de la peau, des muqueuses, rentrent dans la même catégorie. LELOIR<sup>2</sup> a attiré l'attention sur les adénites secon-

<sup>1</sup> HERVOUET. Thèse de doctorat, Paris, 1877.

<sup>2</sup> LELOIR. Revue de chirurgie, 1889, p. 510.