

## § 1. — Lymphangite chancreuse.

Elle succède au chancre mou, et s'observe surtout sur le dos de la verge.

Cette lymphangite présente tout d'abord les caractères de l'inflammation aiguë des vaisseaux lymphatiques; bientôt le tissu cellulaire voisin s'enflamme à son tour et ne tarde pas à suppurer. Des abcès multiples se montrent au niveau des nodosités des vaisseaux malades; le pus qu'ils contiennent est en partie phlegmoneux, en partie séreux et grisâtre. Ces abcès s'ouvrent très-vite à l'extérieur, et qu'ils se soient ouverts spontanément ou bien qu'ils aient été ouverts par le chirurgien, ils donnent lieu à une ulcération, offrant tous les caractères du chancre simple. Le plus souvent, ces divers abcès communiquent entr'eux à l'aide de conduits fistuleux suivant la direction des vaisseaux lymphatiques enflammés.

L'acuité des symptômes et leur marche rapide permettront de distinguer au début la lymphangite chancreuse de la lymphangite inflammatoire, qui peut apparaître lors de chancre simple. L'ulcération qui succède à l'ouverture des abcès, et l'auto-inoculation possible du pus qui s'écoule, lèveront plus tard tous les doutes.

*Traitement.* — Au début on utilisera les antiphlogistiques; il faut ouvrir les abcès dès qu'ils sont formés; enfin on traitera la plaie chancreuse comme un chancre simple.

## § 2. — Lymphangite syphilitique.

Elle existerait dans le quart des cas où l'on observe une adénite symptomatique du chancre induré (Bassereau, Rollet).

Cette lymphangite offre tous les caractères de la lymphangite chronique: indolence, induration sensible au toucher et quelquefois à la vue, parfois œdème et légère tension des tissus voisins.

Elle se termine par résolution au bout de trois à quatre semaines et même plus. Dans d'autres cas, il survient de la suppuration et même des fistules consécutives à l'ouverture d'un abcès (Ricord, Bassereau), mais ces faits sont assez exceptionnels.

*Traitement.* — On a conseillé des frictions résolatives avec l'onguent mercuriel.

*BIBLIOGRAPHIE.* — Consulter celle de l'Adénite vénérienne et syphilitique.

## CHAPITRE VII

## AFFECTIONS DES GANGLIONS LYMPHATIQUES

## ART. I. — LÉSIONS TRAUMATIQUES

On ne possède que des données très-vagues sur les plaies des ganglions lymphatiques. Y a-t-il écoulement de lymphé? On ne saurait toujours l'affirmer, car l'écoulement de sang s'oppose souvent à ce qu'on puisse le constater. Cependant la lenteur avec laquelle se cicatrisent les ganglions incisés prématurément, fait supposer que le suintement de la lymphé apporte quelque obstacle à la cicatrisation; il existe d'ailleurs des faits de lymphorrhagie à la suite des lésions ganglionnaires.

Les plaies contuses, les contusions des ganglions, peuvent déterminer, mais le fait est rare, des adénites aiguës, surtout lorsque les téguments sont intéressés (Le Dentu).

## ART. II. — LÉSIONS INFLAMMATOIRES.

L'inflammation des ganglions lymphatiques a été désignée sous le nom d'adénite ou de lymphadénite, et celle-ci doit être subdivisée en adénite aiguë et en adénite chronique.

## § 1. — Adénite aiguë.

Cette inflammation aiguë des ganglions lymphatiques accompagne presque fatalement la lymphangite aiguë, mais peut exister seule et isolée.

*Étiologie.* — Les causes sont directes ou indirectes (Velpeau, Follin, etc.).

Parmi les causes directes, il faut noter les divers traumatismes qui peuvent atteindre les ganglions; Le Dentu y ajoute l'action du froid?

Quant aux causes indirectes, de beaucoup les plus fréquentes, elles agissent: 1° par contiguïté d'organes enflammés, ou par voisinage; 2° par continuité du tissu et consécutivement à une lymphangite;

3° enfin par transport et séjour d'un principe irritant dans l'intérieur des ganglions (Velpeau, Follin).

Les adénites par contiguïté ou par voisinage sont rares, et c'est plutôt le contraire qu'on observe, l'inflammation des ganglions envahissant le tissu cellulaire qui l'entoure. Les adénites par continuité, s'observent bien plus souvent et succèdent aux lymphangites enfin les adénites par migration de molécules irritantes, absorbées par les lymphatiques ou spontanément produites dans l'économie, sont les plus fréquentes de toutes. C'est à cette dernière variété qu'appartiennent les *adénites spécifiques* dues à l'inoculation d'un virus (adénites *vénéériennes, syphilitiques, morvo-farcineuses*, etc.).

Quelques auteurs, s'appuyant sur l'observation rigoureuse de faits, admettent aussi l'existence d'*adénites primitives d'emblée diathésiques*. Elles indiquent un état général mauvais, résultant de la misère, de la scrofule; elles apparaissent souvent dans les affections graves : peste, scarlatine, variole, typhus, et ont alors souvent reçu le nom de *bubons*.

*Anatomie pathologique.* — Velpeau a divisé les lésions de l'adénite aiguë en trois périodes :

1° *Induration.* — Les ganglions sont gonflés, durs; leur contour est rougeâtre et présente çà et là des traces d'épanchements sanguins. Cette période est caractérisée par de l'œdème et de la congestion portant surtout sur le système caveux du ganglion (Cornil et Ranvier).

2° *Ramollissement.* — Les ganglions enflammés deviennent friables, leur coloration plus foncée leur donne l'aspect de la rate; enfin devient impossible de distinguer les deux substances qui les composent. Par le râclage, sur une coupe, on obtient un suc abondant contenant des cellules lymphatiques et des cellules épithéliales noyées multiples (Cornil et Ranvier, Rindfleisch, Kölliker).

En même temps, les fibres du système caveux se tuméfient, deviennent fibrillaires et granuleuses.

3° *Suppuration.* — Les cellules lymphatiques forment de petits foyers arrondis, véritables îlots purulents, qui se réunissent par destruction des fibres réticulées du stroma. Des traînées de globules purulents infiltrer le tissu conjonctif qui entoure les gros vaisseaux (Cornil et Ranvier).

Ces divers foyers se réunissent, constituent un véritable abcès, d'abord renfermé dans la coque du ganglion, finit par la faire éclater et s'épanche dans le tissu cellulaire voisin. Quand la suppuration fait lentement, tout le ganglion est détruit par le pus et forme

véritable kyste purulent, circonscrit par une enveloppe cellulaire. D'autres fois l'inflammation peut envahir le tissu péri-ganglionnaire et y déterminer une induration sans suppuration.

*Symptômes.* — Le gonflement et la douleur sont les premiers symptômes qui se manifestent (Velpeau).

Les ganglions malades, forment des tumeurs arrondies résistantes, plus ou moins mobiles, surtout au début de l'inflammation. Les douleurs, d'abord faibles, deviennent de plus en plus vives et enfin lancinantes.

Lorsque l'inflammation gagne le tissu cellulaire, les phénomènes s'accroissent de plus en plus, les tumeurs ganglionnaires se perdent presque au milieu de l'empatement des parties malades; la peau est chaude, rouge, tendue; en un mot, dit Follin, à l'adénite s'est ajouté un phlegmon (*adéno-phlegmon*).

A ces symptômes locaux sont liés des phénomènes généraux : léger frisson au début, fièvre, inappétence, céphalalgie, etc. (Follin).

L'adénite aiguë peut se terminer par résolution, suppuration, ou bien passer à l'état chronique.

Lorsque l'inflammation est légère, circonscrite au ganglion, elle peut se terminer par *résolution*; quelquefois même on l'observe dans l'adéno-phlegmon. En général, cette terminaison se fait lentement et le ganglion malade reste longtemps induré et finirait même par s'atrophier.

Si l'adénite se termine par *suppuration*, les douleurs deviennent franchement lancinantes; la tumeur se ramollit et l'on perçoit bientôt la fluctuation; la peau devient violette, se perforé et donne passage au pus. Comme nous l'avons déjà dit, le foyer purulent est tantôt limité au ganglion, d'autres fois il s'est étendu au tissu cellulaire ambiant; on observe alors le décollement et l'amincissement des téguments. Dans le premier cas, il reste une cicatrice à peine apparente; dans le second, la cicatrisation se fait peut-être plus rapidement, mais elle laisse des traces profondes de l'affection.

Enfin il peut se faire que le tissu cellulaire péri-ganglionnaire suppure seul, auquel cas la peau tend moins à s'amincir et à se décoller (Follin).

Lorsque la suppuration envahit un certain nombre de ganglions, il arrive souvent qu'elle n'apparaît pas en même temps pour chacun d'eux, d'où une plus grande durée de l'affection.

La suppuration est toujours fâcheuse, surtout lorsqu'elle donne lieu à des décollements étendus, à des clapiers, à des fistules persistantes.

Enfin l'adénite aiguë peut passer à l'état *chronique* (voyez l'*Adénite chronique*).

*Diagnostic.* — Au début, l'adénite aiguë se reconnaît à l'existence d'une ou de plusieurs tumeurs circonscrites, arrondies, bosselées, dures, douloureuses, siégeant aux points où existent normalement des ganglions lymphatiques. Plus tard, lorsqu'elle vient à suppurer, l'adénite se distingue plus difficilement du phlegmon, et dans bien des cas, surtout lors d'adénite profonde, ce sont les phénomènes du phlegmon qui prédominent. On peut citer comme exemples les adéno-phlegmons des régions antérieure et latérale du cou (Le Dentu). Dans ces circonstances en effet, les phénomènes caractéristiques du *phlegmon* sont seuls appréciables et on ne peut que soupçonner l'adénite qui en est la cause. Combien de parotidites, d'abcès rétro-pharyngiens, d'abcès du médiastin, du ligament large, de la fosse iliaque, qui ne sont que des adénites ou plutôt des adéno-phlegmons méconnus (Le Dentu, Just Lucas Championnière).

Le diagnostic de la terminaison de l'adénite aiguë est souvent très-difficile, toutefois un empatement de la région, la rougeur, l'œdème des téguments, enfin les douleurs lancinantes, doivent faire craindre une suppuration étendue.

*Pronostic.* — Il est toujours sérieux, vu l'imminence de la suppuration, qui souvent donne naissance à des décollements étendus à des fistules rebelles, à des cicatrices difformes.

Notons aussi la fréquence d'un état général mauvais, du lymphatisme, de la scrofule, coexistant avec l'adénite aiguë suppurée (Le Dentu).

Il n'est pas besoin de dire que les adénites spécifiques offrent une gravité exceptionnelle, qui tient à la maladie dont elles ne sont qu'un symptôme (1).

*Traitement.* — Au début on peut utiliser les saignées locales (sangsues), les émoullients, les onctions mercurielles ou iodurées.

Velpeau a conseillé la *compression* et les *vésicatoires volants*, ces derniers peuvent faire rétrograder l'inflammation, ou bien ils circonscrivent et activent la suppuration.

Lorsque le ganglion seul a suppuré, on peut employer les ponctions étroites et multiples (Velpeau), ou bien la ponction unique suivie de pressions énergiques (Broca). Dans tous les cas d'adénite

(1) Voyez plus loin, les *Adénites vénériennes* et *symphilitiques*.

phlegmon, il faut se hâter de donner issue au pus, soit par une incision assez large, soit par le drainage, surtout s'il existe des décollements et des clapiers.

On a conseillé d'ouvrir les adénites suppurées spécifiques avec les caustiques.

Enfin, on doit tenir grand compte de l'état général des malades et souvent instituer un traitement tonique.

## § 2. — Adénite chronique.

*Étiologie.* — Elle peut succéder à l'adénite aiguë, ou bien se développer d'emblée. Dans ce dernier cas l'adénite chronique peut succéder à des traumatismes répétés, au froid, surtout chez des sujets faibles ou lymphatiques.

Le plus souvent la cause de l'adénite chronique réside à l'origine des vaisseaux afférents, comme cela s'observe à la suite des anciens ulcères, des tumeurs blanches, des ostéites suppurées, etc.

*Anatomie pathologique.* — Elle est assez difficile à décrire, car on a confondu sous le nom d'adénite chronique : la transformation caséuse ou scrofuleuse, les dégénérescences calcaire (Cornil et Ranvier), tuberculeuse et enfin l'hypertrophie ganglionnaire simple.

Les ganglions enflammés chroniquement sont plus gros, plus durs et plus friables qu'à l'état normal; ils présentent des adhérences celluluses assez résistantes qui les immobilisent; leur couleur est blanche ou grisâtre. Leur coupe offre un aspect grisâtre ou rouge (chair musculaire) selon l'état de vascularisation des tissus. Les éléments conjonctifs sont hypertrophiés, tandis que les vaisseaux, les cellules et les follicules clos sont atrophiés, grassex; en un mot il y existe une *dégénérescence fibreuse*, une sclérose du ganglion (*hypertrophie* de Lebert, Föllin, etc.). Quelquefois on aperçoit des vacuoles remplies de pus caséux ou même le ganglion tout entier, dont l'enveloppe est hypertrophiée, est transformé en un kyste purulent (Föllin).

*Symptômes.* — Lorsqu'elle succède à une inflammation aiguë, on voit les symptômes : rougeur, chaleur, douleur disparaître peu à peu, il ne persiste que la tuméfaction des ganglions malades.

L'adénite chronique d'emblée, débute par une tuméfaction lente des ganglions, tuméfaction qui n'est pas toujours limitée à une seule région, mais qui s'observe souvent dans plusieurs points de l'éco-

nomie. Le malade ne ressent généralement point de douleur, même à la pression. Ces tumeurs, lorsqu'elles sont peu nombreuses et peu volumineuses, sont à peine perçues par le malade, mais dans certains cas, elles prennent des dimensions considérables, de manière à constituer, ainsi qu'on l'observe à la région cervicale et à la région sous-maxillaire, une véritable difformité. Heureux quand ces masses ganglionnaires ne déterminent pas par la compression sur les organes circonvoisins des accidents graves, tels que : arrêt de la circulation dans les vaisseaux du cou, la suffocation, etc. Toutefois nous croyons que ces accidents de compression appartiennent plutôt à des tumeurs désignées sous les noms de *lymphosarcomes*, tumeurs inconnues et confondues pendant très-longtemps avec l'hypertrophie simple des ganglions (1).

Tantôt durs, isolés et mobiles sous la peau, les ganglions enflammés chroniquement, peuvent se ramollir, suppurer, adhérer aux tissus voisins ou entre eux et former une tumeur volumineuse de consistance variable et bosselée par places.

Les douleurs sont presque nulles, sauf dans le cas où il survient une poussée aiguë, par exemple à la suite du froid, d'un traumatisme. Souvent le volume de la masse morbide détermine une gêne considérable des mouvements.

La marche de cette affection est très-lente.

Les terminaisons possibles sont : 1° l'état stationnaire ; 2° la résolution qui ne s'observe guère que chez les jeunes sujets à l'époque de la puberté et pour des tumeurs peu volumineuses ; 3° la suppuration survenant soit silencieusement, soit après une poussée aiguë, les tumeurs se ramollissent, le pus ulcère les téguments, d'où la formation de cicatrices adhérentes, fort disgracieuses et indélébiles. Souvent aussi cette suppuration entraîne l'apparition de fongosités de fistules plus ou moins rebelles.

**Diagnostic** — Il est assez difficile et l'adénite chronique simple doit être distinguée de l'adénite tuberculeuse et scrofuleuse, des dégénérescences malignes des ganglions (sarcomes, carcinomes, etc.) enfin du lymphadénome ou du lymphosarcome.

L'adénite tuberculeuse et l'adénite scrofuleuse qui n'en est qu'une variété, se distingueraient par leur résistance plus grande aux moyens thérapeutiques (Guersant). Nous croyons qu'il faut surtout tenir grand compte de l'état général des malades, et lorsque ceux-ci offriront

(1) Voyez p. 312.

tous les signes de la scrofule ou de la tuberculose, on aura beaucoup de chances pour avoir affaire à une adénite strumeuse ou tuberculeuse.

Les *dégénérescences primitives des ganglions* (sarcomes, carcinomes) sont extrêmement rares et leur marche ordinairement rapide et envahissante peut les faire assez vite différencier de l'adénite chronique simple. Le diagnostic est encore plus facile dans les cas où l'altération ganglionnaire est *secondaire*, et qu'il existe une lésion primitive dans le rayon du réseau lymphatique afférent aux ganglions lésés.

Reste le *lymphadénome* ou *lymphosarcome*, qui, on le sait, présente un assez grand nombre de variétés, dont quelques-unes se rapprochent singulièrement de l'hypertrophie ganglionnaire simple ou de l'adénite chronique (1). L'une de ces formes, le *lymphosarcome dur* de Langhans (2), est surtout difficile à distinguer de l'adénite chronique au moins à son début. Toutefois, le lymphosarcome dur acquiert un énorme développement, gagne de proche en proche les ganglions voisins, donne ultérieurement lieu à des phénomènes de généralisation, ne suppure pas, enfin semble apparaître surtout vers l'âge adulte. C'est cette altération qui produit des compressions très-graves quand elle se développe au cou, dans le thorax, etc.

**Pronostic.** — Il est toujours fâcheux, vu la durée de l'affection, sa ténacité, les suppurations interminables qu'elle peut entraîner.

**Traitement.** — On doit utiliser les divers résolutifs : badigeonnages à la teinture d'iode, onctions avec la pommade d'iodure de plomb, avec la pommade à l'iodure de potassium, emplâtre de Vigó *cum mercurio*, les vésicatoires volants répétés, enfin, la compression. Récemment, à ces divers moyens on a ajouté l'action des courants continus, les injections interstitielles de teinture d'iode (Luton), les sétons multiples de fils de soie enduits ou non de pommade épispastique (Perrochaud).

Lors des poussées inflammatoires, il faut utiliser les antiphlogistiques (Follin).

Quand ces divers moyens ont échoué et qu'il n'y a pas de suppuration, on a conseillé l'écrasement (Malgaigne), le broiement sous-cutané, enfin l'extirpation (Velpeau, Huguier, etc.).

Lorsque l'adénite suppure, il faut donner issue au pus, et, au lieu

(1) Voyez p. 316.

(2) Voyez p. 317.

de se servir du bistouri, on peut utiliser le *séton filiforme* (Levanier, Guersant) qui permet d'éviter les cicatrices difformes.

Notons que ce séton peut être aussi employé pour faire résoudre les ganglions encore indurés.

Le traitement général est très-important; les toniques, les ferrugineux, l'huile de foie de morue, l'iode de potassium devront être prescrits.

BIBLIOGRAPHIE. — Gource-Verneuil, *Diss. sur l'infl. des gangl. lymph.*, thèse de Paris, 1817, n° 50. — Malle, *Mém. sur les tum. ganglion.*, et in *Arch. méd. de Strasbourg*, 1836, t. III, p. 365. — Ollivier, *Dictionnaire* en 30 volumes, t. XVIII, 2<sup>e</sup> édit., 1838, p. 377. — A. Follet, *l'adénite cervicale considérée chez les militaires*, thèse de Paris, 1840, n° 149. — Bourdin, *De l'infl. des ganglions lymph.*, Ibid., 1845, n° 11. — Toutain, *De l'inflam. des ganglions lymph.*, Ibid., 1847, n° 151. — S. neuve, *De la valeur séméiologique des aff. ganglionnaires*, Ibid., 1848, n° 240. — Larrey, *Mém. sur l'adénite cervicale, etc.*, in *Mém. de méd. de méd.*, 1852, t. XIII, p. 273. — Lebert, *Rech. sur l'hypertrophie simple des ganglions*, in *Gaz. hebdom.*, 1854, p. 265. — Levanier et Bonnard, *Emploi du séton filiforme, etc.*, in *Mém. de méd. de chir. milit.* 2<sup>e</sup> sér. t. XIII, p. 337, 1854. — Reboul, *Des adénites vénériennes*, thèse de Paris, 1857, n° 73. — Potain, *Des lésions des gangl. lymph. viscéraux*, thèse de concours d'agrégation en médecine, Paris, 1860. — P. Guersant, *Des adénites cervicales chez les enfants*, in *Notices sur la chirurgie des enfants*, p. 8, Paris, 1864. — Velpeau, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. ADÉNITE, 1864, t. I, p. 694. — A. L. Legendre, *Des adénopathies chez les scrofuleux*, th. de Paris, 1872, n° 50. — Dentu, *Adénite chronique*, in *Nouv. dict. de méd. et chir. prat.*, t. XI, 1875.

#### ARTICLE III. — DÉGÉNÉRESCENCES DES GANGLIONS LYMPHATIQUES.

Nous insisterons spécialement sur la dégénérescence tuberculeuse décrite aussi sous le nom d'*Adénite tuberculeuse*.

Les transformations amyloïde et colloïde (Cornil et Ranvier) n'offrant aucun intérêt chirurgical, seront laissées de côté.

##### § 1<sup>er</sup>. — Adénite tuberculeuse.

La tuberculisation des ganglions s'observerait rarement d'une façon primitive, tandis qu'elle succéderait plus fréquemment à des lésions tuberculeuses des régions d'où proviennent les lymphatiques afférents aux ganglions malades (Le Dentu).

Nous croyons toutefois que cette tuberculisation primitive n'est pas aussi exceptionnelle qu'on le dit.

*Anatomie pathologique.* — Les granulations tuberculeuses isolées ou confluentes sont difficiles à voir à l'œil nu, aussi a-t-on nié leur existence dans les ganglions. Elles se développent dans les deux substances près des vaisseaux, qui ne tardent pas à être oblitérés, et elles peuvent atteindre le volume d'un grain de millet (Cornil et Ranvier).

La partie centrale de la granulation renferme des cellules lymphatiques petites, unies par une substance intercellulaire; le stroma cellulaire des ganglions est détruit à ce niveau. Autour de la granulation sont des cellules épithéliales (*cellules mères* de Förster), à noyaux multiples et hypertrophiés.

Lorsque ces granulations sont confluentes, la partie saine du ganglion interposé entre elles ne tarde pas à subir la dégénérescence graisseuse par ischémie, et il en résulte des produits caséeux. Dans ce dernier cas, le ganglion forme une sorte de kyste à contenu demi-solide, d'un jaune granuleux, strié de noir et constitué par des éléments lymphoïdes et épithéliaux plus ou moins altérés et graisseux.

S'il survient quelques phénomènes d'inflammation, le kyste se vide à l'extérieur comme un abcès; c'est le cas le plus fréquent, parfois aussi le ganglion subit la transformation *fibreuse* ou *calcaire*, ce qui constitue une sorte de guérison.

*Étiologie.* — Cette lésion est fréquente dans le jeune âge, chez les sujets dits lymphatiques ou scrofuleux; disons toutefois qu'on s'est efforcé de séparer l'adénite scrofuleuse de l'adénite tuberculeuse (1). Les tubercules se développent également dans les deux sexes; ils seraient plus fréquents dans les ganglions profonds que dans les ganglions superficiels?

*Symptômes.* — On a distingué trois périodes dans l'évolution des symptômes de la tuberculisation des ganglions lymphatiques (Follin).

Tout d'abord *indolents*, les ganglions malades forment une tumeur circonscrite, ovoïde ou inégale, non adhérente à la peau, comme dans l'adénite chronique. Cet état, peut persister assez longtemps.

Plus tard surviennent tous les signes d'une *inflammation* ganglionnaire; les divers ganglions indurés se réunissent et forment une masse plus ou moins volumineuse adhérente aux téguments.

(1) Voyez plus loin l'*Adénite scrofuleuse*, p. 543.

Enfin, la tumeur *suppure*, devient fluctuante en totalité ou par places, ce qui est plus fréquent; la peau rougit, s'ulcère et un pus grumeleux, séreux, s'écoule à l'extérieur. Il en résulte des ulcérations plus ou moins étendues, des trajets fistuleux multiples, des fongosités, dont la guérison est souvent difficile.

Lors de transformation fibreuse ou calcaire, les phénomènes inflammatoires ne se montrent pas, et la tumeur reste indolente, mobile, ferme, et même par places de consistance pierreuse.

La *marche* de l'adénite tuberculeuse est en général très-lente; cependant la suppuration peut se produire assez rapidement et la maladie se terminer par la fonte purulente complète du ganglion (*Tuberculisation aiguë*).

*Diagnostic.* — Au début, la tuberculisation des ganglions peut être prise pour une adénite chronique, une adénite scrofuleuse, un carcinôme, un sarcôme, enfin un kyste sébacé (Follin).

L'adénite chronique se distingue par l'existence de causes productrices faciles à déterminer.

Les kystes sébacés sont uniques et assez rares dans les régions où s'observe le plus souvent l'altération qui nous occupe.

Nous examinerons plus loin le carcinôme et le sarcôme ganglionnaires, ainsi que l'adénite scrofuleuse, dont les symptômes sont tellement analogues à ceux de l'adénite tuberculeuse, que beaucoup d'auteurs les confondent ensemble.

Lors d'inflammation aiguë des ganglions tuberculeux, l'affection peut être prise pour une adénite aiguë. Mais ici encore il faut tenir grand compte des causes et de l'état général du sujet.

Les adénites vénériennes peuvent être facilement reconnues en recherchant la lésion initiale, chancre simple ou chancre induré, qui leur a donné naissance. Toutefois, les fongosités qui se développent dans l'adénite chancreuse peuvent être confondues avec celles de l'adénite tuberculeuse, au moins pendant un certain temps chez les sujets lymphatiques.

*Pronostic.* — Il est toujours sérieux, vu les complications viscérales qui peuvent survenir. D'après Lebert, la suppuration des ganglions exposerait moins à ces complications, par suite de l'élimination de la matière tuberculeuse (Follin) (?).

*Traitement.* — Il est général et local. On doit insister sur l'alimentation, l'hygiène, l'huile de foie de morue, les préparations iodées, arsenicales, les toniques, etc.

Localement, c'est le traitement de l'adénite chronique qu'il faut utiliser. Lors de suppuration, on doit donner issue au pus, traiter les fistules persistantes par les injections iodées, les caustiques (Lallier); enfin, on peut, dans quelques cas, extirper les ganglions malades.

## § 2. — Adénite scrofuleuse.

Nous avons déjà dit que cette variété de dégénérescence des ganglions nous semblait se confondre avec l'altération tuberculeuse, au moins au point de vue clinique. Toutefois les altérations anatomiques seraient différentes, au dire d'un certain nombre d'histologistes.

*Anatomie pathologique.* — Les ganglions engorgés à la suite de lésions des muqueuses ou de la peau, subissent une transformation spéciale (Cornil et Ranvier).

Dans une première période, on observe dans la substance corticale de la glande malade de petits ilots *cireux*; plus tard, ces ilots se fondent et donnent une masse opaque, blanchâtre, *caséuse*, plus ou moins consistante selon son ancienneté. Le dernier terme de cette lésion serait la transformation *calcaire* (Cornil et Ranvier).

Souvent les ganglions scrofuleux s'enflamment et suppurent (Le Dentu).

*Étiologie.* — Cette altération des ganglions s'observe chez les sujets épuisés, scrofuleux; le plus ordinairement elle est précédée de lésions muqueuses, cutanées ou osseuses; toutefois, elle peut se développer d'emblée, auquel cas elle se rapproche singulièrement de l'adénite tuberculeuse spontanée.

*Symptômes.* — Ils sont entièrement analogues à ceux de l'adénite tuberculeuse: induration des ganglions qui forment une masse plus ou moins volumineuse et lobulée; suppuration avec phénomènes inflammatoires, assez aigus en général; formation d'ulcérations fongueuses, de décollements cutanés, de fistules intarissables; cicatrisation laissant des traces indélébiles et très-difformes.

Le *diagnostic* paraît facile, vu l'état général. Toutefois, il nous semble qu'on peut confondre cette dégénérescence des ganglions avec la tuberculisation qui affecte une marche aiguë.

Le *pronostic* est sérieux, quoique moins grave que celui de l'adénite tuberculeuse.

*Traitement.* — C'est celui de l'adénite tuberculeuse (1).

**BIBLIOGRAPHIE.** — Olivier, *Dég. tub. des gangl. lymphatiques*, in *Dict. en 30 vol.*, t. XVIII, p. 388, 1838. — Potain, *Des lésions des ganglions lymphatiques viscéraux*, thèse d'Ag. en méd., Paris, 1860. — O. Weber, *Lymphdrüsen Tuberculose*, in *Handb. d. allg. u. spec. Chirurgie*, v. Pitha u. Billroth, Bd. II, A. 2, L. 1, s. 87, Erlangen, 1865. — Potain, *Tubercules des gang. lymph.*, in *Dict. encycl. des sc. méd.*, 2<sup>e</sup> série, t. III, p. 526, 1870. — Schüppel, *Untersuch. u. Lymphdrüsen Tuberculose*, Tübing., 1871. — A. L. Legendre, *Des adénopathies chez les scrofuleux*, th. de Paris, 1872, n<sup>o</sup> 50. — L. Thäon, *Infl. caséuse des ganglions*, in *Bull. de la Soc. anat.*, 1873, 5<sup>e</sup> série, t. XVIII, p. 21. — R. Du Castel, *Rapport sur l'an. normale et path. des gangl. lymphatiques*, in *Bull. de la Soc. anat.*, 1874, 3<sup>e</sup> série, t. IX, p. 60.

#### ARTICLE IV. — TUMEURS DES GANGLIONS LYMPHATIQUES.

Nous passerons en revue : l'hypertrophie simple, les kystes, le sarcome, l'épithéliôme, le carcinôme et le chondrôme des ganglions lymphatiques. Nous laisserons de côté les lymphangiômes des ganglions, et les lymphalénômes et lymphosarcômes déjà décrits (2).

##### § 1<sup>er</sup>. — Hypertrophie simple des ganglions lymphatiques.

Cette affection, signalée depuis assez longtemps sous la vague dénomination d'*engorgement* des ganglions lymphatiques (Follin), est mal délimitée en ce sens qu'on a décrit sous ce nom : l'adénite chronique simple, l'adénite tuberculeuse et l'adénite scrofuleuse. De plus, certaines hypertrophies localisées ou généralisées, ont une marche clinique toute spéciale et ne sont autres que les lésions précédemment étudiées par nous sous les noms de lymphadénômes et lymphosarcômes (3).

Théoriquement, l'hypertrophie simple ne peut consister qu'en une augmentation de volume des ganglions, la structure normale de ceux-ci n'étant pas ou n'étant que très-peu modifiée, surtout dans les rapports du stroma conjonctif aux éléments cellulaires (Le Dentu).

Toutefois, même dans ces circonstances, la marche de la lésion peut être variable et l'hypertrophie simple peut facilement se transformer, comme nous l'avons déjà dit.

(1) Page 542.

(2) Page 309 et 312.

(3) Page 312.

Ces quelques remarques suffisent pour faire comprendre la difficulté du *diagnostic* de cette hypertrophie. Elle paraît être caractérisée par la tuméfaction indolore d'une ou de plusieurs glandes lymphatiques, tuméfaction apparaissant chez un sujet robuste, ni syphilitique, ni scrofuleux, soit dans la jeunesse, soit plutôt à l'âge adulte, et pouvant acquérir un volume assez considérable. Cette affection ne rétrograde guère, reste souvent stationnaire ou bien se transforme en lymphosarcôme, c'est-à-dire s'accroît et se généralise.

Nous ne pouvons que répéter ici ce que nous avons déjà dit (1), c'est que le *lymphosarcôme local*, *bénin* de Langhans, ne paraît autre que l'hypertrophie simple des ganglions décrite par les classiques, et que toutes ces manifestations de la *lymphadénie* (Ranvier), de la *diathèse lymphogène* (2) forment une sorte de série commençant par l'hypertrophie simple et se terminant par les lymphosarcômes les plus malins.

Le *pronostic* doit toujours être réservé.

Quant à l'intervention chirurgicale, elle est encore très-discutée. Après avoir essayé des médicaments résolutifs, iodés, utilisés à l'extérieur et à l'intérieur, du séjour au bord de la mer, des sources thermales sulfureuses; on pourra tenter l'extirpation de la tumeur si celle-ci est très-génante, disgracieuse, et surtout si la lésion ne tend pas à envahir les ganglions voisins et à se généraliser, en un mot à se transformer en tumeur maligne.

**BIBLIOGRAPHIE.** — Consultez celle des *Lymphosarcômes*, p. 312.

##### § 2. — Kystes des ganglions lymphatiques.

Ces productions sont mal connues et peuvent résulter d'une transformation des ganglions sous l'influence de l'inflammation. Le contenu de ces kystes est tantôt séreux (L. Le Fort, S. Duplay), tantôt muqueux ou colloïde.

Indépendamment des kystes des ganglions profonds, les kystes superficiels ont été observés au cou (A. Richard) et à l'aîne (L. Le Fort, S. Duplay).

(1) Page 312 et suiv.

(2) Jaccoud et Labadie Lagrave, art. LEUCOCYTHÉMIE, in *Nouv. Dict. de méd. et chir. prat.*, t. XX, p. 400, 1875.

## § 3. — Tumeurs dites cancéreuses.

Nous rangeons sous cette dénomination essentiellement clinique et synonyme de maligne, les carcinômes, épithéliômes, sarcômes, mélanômes et chondrômes des ganglions lymphatiques.

Ces diverses altérations peuvent être *primitives*, ce qui est rare, ou bien *secondaires*, c'est-à-dire succéder à une lésion maligne primitive. A cet égard il faut distinguer les tumeurs secondaires qui se développent dans les ganglions correspondants à la région où à l'organe atteint, de celles qui résultent d'une infection générale de l'économie (*Cancers successifs* et *Cancers métastatiques* de Broca).

A. — Les tumeurs malignes *primitives* : carcinômes, épithéliômes, sarcômes, sont très-rare et fort mal connues.

Au début, l'affection ressemble à l'adénite chronique ou à l'hyperthrophie simple; mais bientôt la tumeur se développe rapidement, détermine de vives douleurs, la peau s'amincit, s'ulcère, des parties sont sphacélées, d'autres suppurent, enfin l'affection se généralise avec une extrême rapidité.

Cet ensemble clinique paraît surtout appartenir aux sarcômes ganglionnaires ou adéno-sarcômes (Billroth), tumeurs dont l'histoire est encore obscure et qui font peut-être une variété de carcinômes (Cornil et Ranvier).

L'augmentation rapide de la tumeur ganglionnaire, son inflammation, sa suppuration partielle, son ramollissement, l'ulcération des téguments, permettent de distinguer ces tumeurs primitives des lymphadénômes ou lymphosarcômes, qui ne s'enflamment et ne suppurent pas.

B. — Les tumeurs malignes *secondaires* des ganglions sont de beaucoup les plus fréquentes, et parmi elles les carcinômes et les épithéliômes occupent le premier rang; viennent ensuite les sarcômes et les chondrômes.

Les phénomènes qui caractérisent l'évolution de ces diverses productions secondaires sont assez variables. Tantôt, en effet, l'altération secondaire des ganglions apparaît très-vite et marche avec une grande rapidité, affectant aussi les allures cliniques de la dégénérescence primitive que nous venons de décrire; tantôt, au contraire, les ganglions sont pris tardivement, ou même après l'extirpation de

la production morbide primitivement développée. Dans ce dernier cas, la marche de la lésion ganglionnaire est souvent très-rapide.

Le *diagnostic* des dégénérescences secondaires est facile le plus souvent, toutefois une question très-importante doit être résolue par le chirurgien, à savoir si l'engorgement ganglionnaire qui coexiste avec un sarcôme, un carcinôme ou un épithéliôme, résulte d'une altération secondaire de même nature, ou bien d'une simple irritation inflammatoire. La nature de l'altération primitive, une étude attentive du malade, un traitement local antiphlogistique, appliqué sur la lésion primitive, surtout si elle est irritée, ulcérée, pourra résoudre cette question toujours fort épineuse et qui décide souvent de l'opportunité de l'opération.

Toutefois, les tumeurs secondaires des ganglions peuvent être enlevées par le chirurgien, et beaucoup d'auteurs préconisent cette intervention trop rapidement suivie de récurrence, et sur laquelle on doit toujours être réservé.

Notons que quelques tumeurs secondaires, comme les *sarcômes* ou *carcinômes mélaniques*, ne doivent pas être opérées, vu la récurrence et la généralisation rapide de ces productions. Il en serait de même des *mélanômes vrais*.

ARTICLE V. — AFFECTIONS VÉNÉRIENNES ET SYPHILITIQUES  
DES GANGLIONS LYMPHATIQUES — BUBONS.

On a décrit pendant longtemps sous le nom de *bubons*, les adénites ayant leur siège dans la région de l'aîne, que ces adénites soient franchement inflammatoires, ou qu'elles résultent d'une lésion vénérienne ou syphilitique, voire même d'une affection générale comme la peste, la scarlatine. Plus récemment, on restreignit la dénomination du bubon aux adénites virulentes, vénériennes (Rollet) et autres (Fournier).

Quoi qu'il en soit, nous étudierons ici : 1° l'*adénite chancreuse* ou *bubon chancreux*, et 2° l'*adénite syphilitique* ou *bubon syphilitique*, qui elle-même peut être subdivisée en un certain nombre de variétés, selon qu'elle succède aux accidents primitifs, ou bien qu'elle appartient aux périodes secondaires ou tertiaires de la syphilis.

§ 1<sup>er</sup>. — Adénite chancreuse, Bubon chancreux virulent,  
Bubon proprement dit.

*Étiologie.* — Cette adénite succède au chancre simple, soit que