

L'évolution de ces varices est obscure; on suppose qu'elles restent stationnaires ou qu'elles s'accroissent, atteignant les ganglions qui s'hypertrophient, le canal thoracique qui se dilate. La lymphangite est redoutable, dit Le Dentu, et l'on cite un fait d'Amussat où une angiectasie de l'aîne, prise pour une hernie, fut comprimée par un bandage; la fièvre s'allume, le délire éclate et le malade meurt au milieu des phénomènes de l'infection purulente. Verneuil insiste sur le danger des ponctions exploratrices dont il faut s'abstenir; mais, pour les varices superficielles, le diagnostic est facile, surtout lorsqu'il y a lymphorrhagie; l'examen du liquide qui se coagule spontanément ne saurait laisser le moindre doute.

Traitement. — Il n'est guère soumis à des règles précises : on a pratiqué l'excision de la tumeur quand celle-ci est circonscrite, les injections coagulantes, dans les varices cylindroïdes; on a recours à la compression, surtout s'il y a effusion de lymphes; dans des cas de lymphorrhagie, on a cautérisé l'orifice.

V

LYMPHANGITES VÉNÉRIENNES — INFILTRATIONS NÉOPLASIQUES

Le chancre mou ou chancelle provoque souvent une inflammation des vaisseaux blancs de la région infectée, la *lymphangite chancreuse*; c'est surtout au pénis qu'on l'observe, aussi renvoyons-nous, pour son étude, au chapitre consacré aux affections des voies génitales. Nous dirons seulement que cette inflammation, d'allure rapide, peut déterminer l'apparition d'abcès multiples dont le pus est inoculable; son insertion dans les tissus a pour conséquence le développement d'un nouveau chancre. Le chancre dur provoque la *lymphangite syphilitique*; ici l'inflammation est chronique et la suppuration exceptionnelle. La description en sera faite avec celle des accidents de la vérole.

L'*infiltration tuberculeuse* était connue des anciens observateurs, et l'on avait vu les tissus lymphatiques qui émergent de foyers caséux, dilatés par une substance molle, puriforme, en pleine régression granulo-graisseuse. Lannelongue a étudié les gommes développées sur le trajet des lymphatiques dont les radicules naissent au niveau d'un os ou d'une articulation malade. Des collections froides s'étagent

le long des troncs qui se dirigent de la périphérie vers le centre; elles s'ouvrent et donnent naissance à un abcès tuberculeux. Sanchez-Toledo, Merklen, Marfan, Lefèvre ont multiplié les observations de lymphangite tuberculeuse et trouvé, dans les vaisseaux blancs, le bacille de Koch.

Les *infiltrations cancéreuses* ne sont pas rares dans les tumeurs épithéliales et carcinomateuses, et l'on sent quelquefois les cordons indurés qui les caractérisent, entre le foyer primitif et les ganglions engorgés, par exemple, entre la mamelle et la région axillaire; Troisier les a étudiées dans les lymphatiques superficiels du poumon. D'après Debove, leur développement serait dû, non à la greffe sur les parois du vaisseau d'un fragment de tumeur emporté par la lymphes, mais à une prolifération de l'endothélium lymphatique. Nous avons observé un bel exemple de ces dégénérescences carcinomateuses sur les lymphatiques du cordon dans un cas de tumeur maligne des testicules : les vaisseaux infiltrés étaient durs, noueux, distendus par les cellules polymorphes.

CHAPITRE VIII

AFFECTIONS DES GANGLIONS LYMPHATIQUES

I

TRAUMATISMES

Les *piqûres*, les *coupures*, les *contusions*, les *plaies contuses* des ganglions lymphatiques sont mal connues, et l'on suppose leurs symptômes plutôt qu'on ne les décrit; les phénomènes qui caractérisent leurs lésions se confondent avec ceux des solutions de continuité des parties molles environnantes. On a parlé, cependant, d'une lymphorrhagie qui se révèle dès que l'écoulement sanguin primitif est tari; cet épanchement incessant s'opposerait à la réunion des tissus et la cicatrisation en serait retardée. Il n'y aurait aucune indication thérapeutique spéciale, ces traumatismes devant être traités comme des traumatismes simples.

II

INFLAMMATION AIGÜE

L'inflammation franche des ganglions se nomme *adénite* ou *lymphadénite aiguë*. Elle complique toujours l'angioleucite, mais la réciproque n'est pas nécessaire, et les adénites peuvent se rencontrer sans lymphangite appréciable.

Étiologie. — Les causes des adénites sont nombreuses; les unes sont *directes* et l'on signale des inflammations consécutives aux plaies, aux contusions, aux piqûres des ganglions lymphatiques; ces cas sont exceptionnels. Il en est de même des adénites provoquées par le froid et de celles qui succèdent à l'inflammation des tissus circonvoisins; au contraire, c'est presque toujours le ganglion qui transmet sa propre inflammation à l'atmosphère celluleuse qui l'entoure.

Les adénites ont surtout pour origine une inflammation propagée par les lymphatiques afférents, et l'on trouve, dans le territoire des vaisseaux blancs qui dépendent des ganglions atteints, une plaie, souvent une simple écorchure, la plus légère des excoriations. Tantôt cette solution de continuité des téguments a provoqué une angioleucite dont les réseaux ou les cordons moniliformes se dirigent vers les ganglions engorgés; tantôt la lymphangite intermédiaire manque, et les cas sont fréquents où les agents septiques absorbés par la plaie sont en trop petite quantité pour irriter le vaisseau qu'ils ne font que traverser; mais ils s'accumulent dans les ganglions et l'inflammation se déclare.

Les solutions de continuité des téguments, point de départ des adénites, ne sont pas toujours d'origine traumatique; les brûlures, les vésicatoires, les moxas, les éruptions cutanées de toutes sortes peuvent s'accompagner d'inflammation ganglionnaire; le chancre mou provoque fréquemment l'apparition des bubons, mais ceux-ci ont un caractère trop particulier pour être confondus avec les adénites vulgaires; ils méritent une description spéciale. Enfin l'inflammation est parfois sous la dépendance d'une maladie générale; au cours de la scarlatine, de la peste, de la morve, du farcin, de la variole, les ganglions peuvent s'engorger et suppurer sans que,

dans le territoire de leurs lymphatiques, on trouve une lésion appréciable de la peau.

Anatomie pathologique. — On décrit, depuis Velpeau, trois degrés dans les lésions de l'adénite. Au début surviendrait l'*induration*, caractérisée par le gonflement du ganglion, dont le tissu rouge, dense et résistant rappelle la chair musculaire; il est parcouru par des vaisseaux dilatés, rompus en certains points; aussi trouve-t-on çà et là de petits thrombus, des suffusions sanguines. Le microscope révèle une prolifération des cellules, un épaissement des travées fibrillaires dont les éléments sont plus épais. Bientôt le ganglion congestionné passe à la période de *ramollissement*; la rougeur est encore intense, mais plus sombre, violette, semblable à celle de la rate; la trame en est friable et la moindre pression la dilacère; les hémorragies interstitielles sont plus abondantes; une diapédèse de globules rouges s'est faite, et les vaisseaux sont entourés d'un épais manchon d'hématies; les fibrilles des travées sont tuméfiées, granuleuses et souvent rompues. Enfin la période de *suppuration* arrive: le ganglion volumineux, mou, presque diffuent, offre sur le fond rouge de sa coupe des îlots jaunâtres de matière purulente; les foyers se réunissent par suite de la dégénérescence des travées qui les séparent, et, en fin de compte, on trouve, à la place du ganglion, une coque distendue par une collection purulente. Cette membrane d'enveloppe finit par se détruire, l'abcès gagne les tissus environnants, qu'il décolle avant de se faire jour à travers les téguments ulcérés.

Symptômes. — Qu'elle survienne d'emblée ou qu'elle accompagne une lymphangite, l'adénite se caractérise par un gonflement des ganglions durs, arrondis, douloureux; ils roulent sous le doigt et l'on signale, dans les régions habituelles, à la racine des membres, au pli de l'aîne, dans l'aisselle, au coude, dans le creux poplité, à la région cervicale, des tumeurs variant de la grosseur d'un haricot à celle d'une noix et indépendantes les unes des autres; la peau qui les recouvre est normale, sans coloration rouge et sans adhérence. Parfois les phénomènes s'arrêtent: la douleur diminue, mais la tuméfaction est plus lente à se dissiper; elle ne disparaît qu'après un assez long temps.

Lorsque l'adénite doit suppurer, les phénomènes s'accroissent: la douleur augmente, le gonflement s'accroît, l'atmosphère celluleuse des ganglions se prend et les petites tumeurs, d'abord mobiles et

indépendantes, s'unissent en une masse unique, bosselée, une sorte de gâteau à surface irrégulière; la peau qui le recouvre est rouge, chaude, œdémateuse, adhérente : c'est l'*adéno-phlegmon* de Velpeau; on y perçoit de la fluctuation, les téguments s'ulcèrent et du pus crémeux ou mal lié s'écoule au dehors. L'ouverture s'élargit ou reste fistuleuse et la cavité se comble — vite ou lentement — par la végétation des bougeons charnus.

Cette inflammation peut évoluer sans réaction appréciable; à peine note-t-on, lorsque l'adénite apparaît ou lorsque le pus se collecte, un léger mouvement fébrile ou quelques troubles gastriques. Mais il est des formes graves où l'affection rappelle les intoxications : elle débute par un frisson violent, par une fièvre intense; des accidents cérébraux éclatent, et la maladie prend une marche ataxique ou adynamique. L'adénite ne devient alors qu'un épisode dont l'importance s'efface devant la gravité de la septicémie.

Diagnostic. — Il ne présente guère de difficulté; on ne pourrait confondre l'adénite qu'avec le phlegmon, et seulement à une période assez avancée pour que les ganglions soient voilés par l'inflammation œdémateuse du tissu cellulaire environnant. Il est probable que l'erreur est souvent commise; bien des phlegmons de la parotide, de la région rétro-pharyngienne, du médiastin, de la fosse iliaque, des ligaments larges, du cou, ne sont que des adénites ignorées! L'adénite une fois reconnue, il faut en déterminer l'origine, chercher la plaie qui lui a donné naissance et la nature de cette plaie; s'agit-il d'une excoriation banale, d'une chancelle ou d'un chancre induré? ou l'inflammation ganglionnaire est-elle la conséquence d'une dyscrasie? Mais nous ne saurions entrer dans cet examen dont la place est marquée ailleurs.

Traitement. — Les adénites ne doivent pas être négligées, et si quelques-unes se terminent par résolution, d'autres suppurent et provoquent de larges décollements, des ulcérations étendues de la peau, amincie, violacée, des cavités anfractueuses sans tendance à la réparation et, en fin de compte, des cicatrices irrégulières et vicieuses redoutées par les malades. Aussi mettra-t-on tout en œuvre pour empêcher la suppuration. La plaie, cause première de l'adénite, et la lymphangite concomitante, seront traitées par l'immobilisation des parties, les applications antiseptiques, les bains tièdes prolongés, tous soins qui arrêteront les progrès de l'inflammation ganglion-

naire. Les onctions d'onguent mercuriel sur la région tuméfiée, les vésicatoires volants appliqués à plusieurs reprises, ont donné de bons résultats. La compression est d'un maniement plus difficile. Lorsque le pus est collecté, il ne faut pas attendre sa diffusion et les décollements étendus de la peau; une incision sera faite dans le point le plus déclive. Le drainage exact, les injections antiseptiques détersives, une légère compression des parties, rendront alors d'utiles services.

III

ADÉNITES CHRONIQUES

On décrit sous ce nom des affections différentes et pour la plupart mal connues : l'*adénite chronique* proprement dite, l'*hypertrophie ganglionnaire*, l'*adénite scrofuleuse* et l'*adénite tuberculeuse*. Nous n'étudierons que l'adénite chronique proprement dite et l'adénite tuberculeuse. Nous ne savons en effet à quelle lésion anatomique correspond l'hypertrophie ganglionnaire dont l'histoire empiète tantôt sur l'adénite chronique, tantôt sur les formes bénignes du lymphadénome. Quant à l'adénite scrofuleuse, elle ressemble trop à l'adénite tuberculeuse pour que les deux descriptions ne puissent être confondues.

1^o ADÉNITE CHRONIQUE

Étiologie. — Elle succède à des irritations répétées du réseau d'origine des lymphatiques afférents des ganglions : chez les gens malpropres, peu soigneux de leurs pieds, dont les orteils ont des cors et des ongles incarnés, ou dont les jambes sont creusées d'ulcères, le triangle de Scarpa est souvent le siège d'une adénite chronique; on l'observe au creux de l'aisselle chez les ouvriers dont les mains ont un épiderme calleux, fendillé de crevasses, chez les individus atteints d'engelures. Sous l'influence de ces causes, l'engorgement s'établit sournoisement; mais il éclate parfois à la suite d'une poussée aiguë dont la tuméfaction ne se résout pas. L'adénite de la syphilis est chronique : son importance lui vaudra une description particulière.