

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<sup>o</sup> 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.



**Anatomie pathologique.** — Cornil et Ranvier ne parlent pas des premières périodes de l'engorgement; ils ne décrivent que les lésions ultimes, la transformation fibreuse et les dégénérescences calcaires : le ganglion est un peu hypertrophié et son tissu souvent infiltré de pigment. On constate une augmentation d'épaisseur des travées périvasculaires du système caveux; elles sont doublées ou triplées de volume et, sur nombre de points, paraissent fibrillaires. « Le parenchyme folliculaire présente, par contre, une atrophie pouvant aller jusqu'à la disparition complète. Le plus souvent on n'en trouve que des îlots disséminés, particulièrement à la périphérie du ganglion. » Quant aux infiltrations calcaires, elles constituent des masses pierreuses qui, « préparées en lames minces, sont transparentes et présentent des fissures et des stries irrégulières. Elles sont en partie solubles dans l'acide chlorhydrique qui en dégage de l'acide carbonique. »

**Symptômes.** — Ils sont à peu près négatifs : dans les régions où siègent les grappes ganglionnaires on trouve, sous la peau normale, de petites tumeurs sphériques, indolores, mobiles; elles sont de nombre et de volume variables; en général leur grosseur ne dépasse guère celle d'une noisette. On a décrit des masses énormes qui déforment le pli de l'aîne, l'aisselle, surtout la région cervicale où elles provoquent des compressions, mais il s'agit alors de ces lymphadénomes dont nous avons ailleurs présenté l'histoire. Ces pléiades peuvent se résoudre et, au bout d'un temps plus ou moins long, les petites tumeurs s'affaissent, surtout lorsqu'on a pu supprimer les causes qui ont provoqué leur apparition. Le plus souvent elles restent stationnaires, à moins qu'une poussée aiguë ne survienne, qui parfois se termine par la production d'une suppuration, phénomène qui se montre plutôt dans l'adénite tuberculeuse.

**Diagnostic.** — Il est souvent malaisé, et lorsqu'on constate l'existence de cet engorgement ganglionnaire, un examen attentif est nécessaire pour déterminer s'il s'agit d'une adénite chronique sans importance, d'un lymphadénome ou d'un engorgement provoqué par la syphilis, ou d'une dégénérescence sous la dépendance de la tuberculose, ou même d'une tumeur maligne méconnue. Un interrogatoire rigoureux et des recherches minutieuses permettront presque toujours de résoudre ces diverses questions.

**Traitement.** — Le plus souvent la gêne provoquée par cette

adénite est trop peu notable pour qu'il soit nécessaire d'intervenir. Une grande propreté du tégument externe évitera les poussées aiguës. Une compression méthodique, des badigeonnages à la teinture d'iode, les onctions iodurées, l'emplâtre de Vigo, les injections interstitielles, les courants continus, puis, à l'intérieur, l'iodure de potassium, l'arsenic, l'huile de foie de morue, ont été préconisés. Mais n'est-ce pas surtout contre les engorgements syphilitiques et tuberculeux que ces divers moyens doivent être utilisés?

#### 2° ADÉNITE TUBERCULEUSE

Nous réunissons dans une même description l'adénite tuberculeuse et l'adénite scrofuleuse : la clinique ne donne aucun signe qui permette de distinguer ces deux affections; l'anatomie pathologique n'est pas moins muette. Aussi considérons-nous scrofule et tuberculose des ganglions comme une seule et même maladie.

**Étiologie.** — Elle apparaît surtout dans le jeune âge, chez les enfants pâles, chétifs, mal venus, mal nourris et de descendance suspecte, chez les fils d'alcooliques, de syphilitiques et de scrofuleux. Il n'est pas rare cependant de la voir survenir sur des individus d'apparence robuste. Peu de groupes ganglionnaires y échappent; mais les plus fréquemment atteints sont ceux de la région cervicale; la dégénérescence se montre à la suite des inflammations catarrhales des muqueuses, des érosions de la bouche et des fosses nasales, du cuir chevelu; les poussées d'eczéma impétigineux s'accompagnent souvent d'engorgement des glandes du cou. L'impression du froid, les violences extérieures, les frottements répétés peuvent hâter leur développement.

**Anatomie pathologique.** — Les ganglions conservent parfois leur volume normal; le plus souvent ils sont hypertrophiés, congestionnés, rouges et, au début, indépendants les uns des autres. Rarement, dans un groupe, un ganglion seul est atteint; l'inflammation envahit plusieurs; leur consistance, assez dure, élastique, rénitente, se modifie avec le progrès de la dégénérescence; la tumeur, d'un gris jaunâtre, pâle, montre une surface parsemée de points opaques dont quelques-uns ont l'aspect de granulations grises; ils se réunissent en îlots caséux, ramollis à leur centre et transformés en une masse qui, suivant son âge et sa période d'évolution, rappelle le



pus, le mastic ou la craie. On a constaté des infiltrations calcaires, de véritables pierres entourées d'une capsule fibreuse.

Nous serons bref sur l'examen histologique des ganglions tuberculeux. On y trouve, soit des granulations rares ou confluentes, soit des masses infiltrées. « Les granulations sont constituées, à leur début, par le tissu réticulé dans lequel les cellules lymphatiques paraissent comme tassées, deviennent granuleuses et s'atrophient. Bientôt les capillaires s'oblitérent et il se forme des cellules géantes. Le tissu réticulé qui avoisine les granulations se continue dans leur intérieur, de telle sorte que le tissu des granulations tuberculeuses des ganglions est très voisin du tissu réticulé normal. » La dégénérescence caséuse est fréquente; on constate aussi une transformation fibreuse du tissu réticulé. Cette inflammation interstitielle se rencontre même dans les ganglions tuberculeux atteints de suppuration.

Cornil et Ranvier, à qui nous empruntons cette description, n'admettent pas l'identité des lésions scrofuleuses et tuberculeuses, et pour eux, « bien que la terminaison par l'état caséux soit la même dans la tuberculose et dans la scrofule, les lésions initiales paraissent différentes : dans la tuberculose au début, on observe, entre les granulations, une inflammation évidente caractérisée par l'accumulation de grosses cellules dans le sinus lymphatique; la scrofule, au contraire, produit une adénite interstitielle généralisée, et les petits îlots qu'on constate alors ne doivent pas être confondus avec les granulations tuberculeuses. »

**Symptômes.** — L'adénite tuberculeuse peut débuter d'une manière aiguë; une tuméfaction ganglionnaire survient à l'occasion d'un coup de froid, d'une irritation, parfois sans cause appréciable; la région se soulève, et l'on sent rouler sous les doigts une ou plusieurs tumeurs douloureuses à la pression; elles se réunissent, s'immobilisent dans le tissu cellulaire enflammé, et l'on a le tableau d'un adéno-phlegmon; puis un abcès se forme, le pus s'écoule, mal lié et floconneux; la cavité ne se comble pas, mais évolue comme une ulcération à parois fongueuses, à lèvres amincies et décollées.

Le plus souvent, l'adénite s'établit d'une manière insidieuse; les ganglions augmentent de volume; on perçoit, sous la peau, des masses en chapelet, dures, résistantes, indolores, mobiles. Cette période persiste presque indéfiniment, puis, ou la tumeur se résout,

ou elle s'enflamme; dans ce dernier cas, les ganglions conglomérés adhèrent aux téguments qui rougissent par places; la fluctuation est bientôt manifeste en un point circonscrit, l'adénite suit la marche des formes aiguës dès le début, la peau s'ulcère et une substance puriforme, grumeleuse, s'évacue, laissant une cavité ou des fistules intarissables, tapissées de fongosités. A ce premier abcès en succède un deuxième, développé sur un ganglion voisin, puis un troisième, et la série en est souvent fort longue.

Lorsque l'adénite atteint les périodes de ramollissement et de suppuration, le diagnostic est des plus simples; on ne pourrait confondre l'inflammation ganglionnaire tuberculeuse qu'avec un adéno-phlegmon légitime, encore l'étude attentive et la recherche des commémoratifs révéleront-ils l'origine strumeuse du mal; l'évolution de l'adénite, l'aspect de la perte de substance, ses bords décollés, violacés, amincis, les fistules persistantes, le bourgeonnement fongueux dissiperont toutes les incertitudes. Lorsque l'engorgement est indolent, on peut confondre l'adénite scrofuleuse avec certaines hypertrophies ganglionnaires, certains lymphadénomes, et la marche de la maladie, les modifications provoquées par le traitement établissent seules le diagnostic.

**Traitement.** — Il doit s'attaquer d'abord à l'état général : une bonne hygiène, une nourriture substantielle, un exercice suffisant, le grand air; puis les frictions sèches sur tout le corps et répétées chaque jour, les bains chlorurés sodiques, soit à la mer, soit surtout à Salies-de-Béarn; l'huile de foie de morue en hiver, l'iodure de potassium, les préparations martiales, l'arsenic feront le plus souvent disparaître les engorgements ganglionnaires; on aura soin d'éviter toute cause d'irritation, l'exposition au froid, les frottements, les violences extérieures.

Les applications locales n'ont qu'une influence contestable : les onctions d'onguent mercuriel, les badigeonnages à la teinture d'iode jouissent cependant d'une grande vogue; la compression méthodique a donné de réels succès dans les régions où elle est applicable; l'extirpation du ganglion, ou, lorsque la tumeur s'est abcédée, sa large ouverture et le grattage de la poche, la destruction totale de ses parois par la curette tranchante, sont les opérations les plus habituelles. On les a vues réussir; mais il faut en user avec modération : ces interventions sont souvent incomplètes; on laisse dans



quelque anfractuosité de la plaie, autour des gros troncs vasculaires ou nerveux, du tissu malade qui provoquera une récidive. Verneuil a pratiqué des injections d'éther iodoformé dans l'épaisseur des masses tuberculeuses : on pousse avec la seringue de Pravaz quelques gouttes d'éther iodoformé à 10 pour 100 dans le ganglion. Et de deux choses l'une : ou le ganglion se ramollit et on le traite alors comme un abcès froid, c'est-à-dire encore par les injections d'éther iodoformé dans la poche ; ou le ganglion se résorbe. Le naphthol camphré a donné des guérisons durables.

#### 5° ADÉNITES VÉNÉRIENNES

Elles sont de deux ordres : les unes dépendent d'un *chancre mou* qui peut provoquer, dans les ganglions correspondant à son siège, une adénite simple, ou plus souvent un adéno-phlegmon, virulent comme le chancre mou lui-même ; les autres sont d'origine syphilitique et l'on en distingue plusieurs variétés, selon que l'engorgement accompagne les accidents primitifs, secondaires ou tertiaires.

#### a. — ADÉNITE CHANCREUSE

**Étiologie.** — Toutes les adénites qui compliquent une chancrelle ne sont pas chancrelles, et l'on a observé des bubons non virulents ; l'ulcération spécifique a retenti sur les ganglions, comme l'aurait fait une ulcération banale, une excoriation de la peau. On ne connaît guère la proportion des bubons simples et des bubons infectieux : pour Turati, les seconds seraient aux premiers comme 1 est à 12 ; mais, d'après un relevé général englobant 287 cas, Jullien note 138 bubons chancrelles et 147 inflammatoires. Straus, il est vrai, conteste ces statistiques, et, d'après ses recherches, le pus des bubons n'est presque jamais primitivement virulent ; il le devient par contamination, et lorsqu'il y a mélange du pus du ganglion abcédé avec le pus du chancre préexistant voisin.

Tout chancre mou ne se complique pas de bubons : Jullien, sur un total de 2698 chancrelles, constate l'existence du bubon 1547 fois, et son absence 1151 ; la proportion serait comme 5 est à 9. Elle n'est plus que de la moitié dans les relevés de Beith ; pour Diday, il n'y

aurait que 1 bubon pour 17 chancrelles, dans la clientèle civile, il est vrai. S'il y a chancrelle sans bubon, peut-il y avoir bubon sans chancrelle ? le virus pénètre-t-il sans effraction de la muqueuse ou de la peau, et inocule-t-il les ganglions sans ulcération concomitante au point de pénétration ? Cette question du *bubon d'emblée* a passionné les esprits. Elle est résolue par la négative et, malgré les observations publiées par Gamberini et Daniel Mollière, on rejette le bubon d'emblée ; la rapide évolution du chancre guéri sans cicatrice explique l'absence apparente de porte d'entrée pour le virus.

Les frottements, les contusions, l'irritation de la chancrelle, les érosions vasculaires de ses parois, favorisent l'absorption du pus virulent et l'apparition de l'adénite ; aussi les chancres de la femme, en général profondément situés et protégés par des replis cutanés et muqueux, provoquent-ils moins souvent les bubons que les chancres de l'homme, plus superficiels, plus exposés, surtout lorsqu'ils siègent aux environs du pénis ; de fait, ce sont ceux-là qui se compliquent le plus fréquemment de bubons. Enfin « n'est-il pas notoire, dit Jullien, que cette variété d'adénite a diminué de fréquence depuis que la thérapeutique a remplacé par des solutions ou des poussières le dur crayon de nitrate d'argent ? »

Le bubon se développe dans les ganglions où se rendent les lymphatiques de la région atteinte par la chancrelle, et comme cette dernière a été observée un peu partout, il en est de même pour l'adénite virulente ; on l'a vue au cou, dans l'aisselle, au niveau de l'épitrachlée ; mais, dans l'immense majorité des cas, elle siège au pli de l'aîne ; le plus souvent elle envahit un ganglion superficiel du groupe interne, du côté correspondant à la chancrelle ; cependant, l'adénite frappe aussi le groupe externe, même lorsque la chancrelle a pris naissance sur les organes génitaux et non sur l'anus. Enfin, depuis Hunter et Ricord, on sait que la glande plus voisine de la surface ulcérée est la seule à s'enflammer et à suppurer ; elle se prend presque toujours dans les premières semaines qui suivent l'infection ; mais l'envahissement est à craindre tant qu'il reste un vestige d'ulcération.

**Symptômes.** — Une angioleucite précède souvent le bubon ; les tissus sont rouges, douloureux, œdématisés sur le trajet des lymphatiques qui vont de la chancrelle à la glande enflammée ; on peut sentir, sous la peau, des petits cordons irréguliers, noueux, monili-