

On devra rechercher aussi avec soin et en tenir grand compte, pour porter son pronostic, de l'existence d'un épanchement pleural dont la quantité est souvent difficile à évaluer, de l'envahissement cancéreux de la plèvre ou du poumon, de l'atélectasie ou de l'œdème pulmonaire, de la présence d'un épanchement péricardique, de la généralisation de la tumeur enfin dans les ganglions du cou, des aines, des aisselles ou dans le foie, les reins, etc.

**Traitement.** — On ne saurait tenter de faire un traitement curatif; on doit essayer simplement, sans espérer toujours y parvenir facilement, de calmer les douleurs, la dyspnée et les accès de suffocation (voir l'*Adénopathie*).

JULES RENAULT.

### ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE

Les nombreux ganglions qui accompagnent la trachée et les bronches ont été rangés par M. Baréty<sup>1</sup>: 1° en deux groupes pré-trachéo-bronchiques, droit et gauche, situés chacun dans l'angle obtus que fait la trachée avec les bronches droite et gauche; 2° en un groupe inter-trachéo-bronchique occupant l'angle compris entre ces deux bronches; 3° en ganglions inter-bronchiques situés aux angles de division des bronches de premier, deuxième, troisième et quatrième ordres. Ces divers groupes se continuent entre eux et avec les ganglions cervicaux et sus-claviculaires, œsophagiens, rétro-sterno-claviculaires droit et gauche et mammaires internes: aussi est-il fréquent de voir les altérations des uns retentir sur les autres.

**Historique.** — Au siècle dernier on avait constaté la tuberculisation des ganglions bronchiques et Lalouette, en 1780, avait déjà signalé les accidents qu'elle peut produire chez les enfants; mais sa connaissance exacte date de ce siècle: Leblond (1824), Becker (1826), Rilliet et Barthez l'étudièrent chez les enfants, Marchal (de Calvi), (1850) et Daga (1866) chez l'adulte, Liouville (1869) chez les vieillards. Gueneau de Mussy, dans ses cliniques, et M. Baréty élargirent le sujet et décrivent, l'un sous le nom d'adénopathie bronchique, l'autre

1. BARÉTY, *De l'adénopathie trachéo-bronchique* (Thèse de Paris, 1874).

sous celui d'adénopathie trachéo-bronchique, « toutes les modifications pathologiques des ganglions des bronches et de la partie intrathoracique de la trachée ».

**Variétés.** — Ces modifications, assez nombreuses, n'ont pas toutes la même fréquence et surtout la même importance. Elles sont aussi de nature très diverse.

1° **CANCER DES GANGLIONS.** — La dégénérescence cancéreuse, primitive ou secondaire, des ganglions trachéo-bronchiques constitue l'immense majorité des tumeurs du médiastin et a été étudiée au chapitre précédent.

2° **HYPERTROPHIE GANGLIONNAIRE.** — Dans l'adénie et la leucocythémie les ganglions thoraciques peuvent être intéressés comme ceux des autres régions et, s'ils atteignent un certain volume, ajouter aux signes de ces affections les symptômes résultant de la compression des organes du médiastin.

3° **ANTHRACOSE.** — Dans les pneumokonioses, l'infiltration de charbon et de silice dans les ganglions entraîne leur inflammation. Cet état a été décrit sous les noms de mélanose, anthracosis, hypertrophie mélanique (Woillez), sclérose anthracosique (Liouville). Très fréquente chez l'adulte et le vieillard, l'anthracose est le plus souvent latente, mais quelquefois elle amène la compression des organes du médiastin; dans certains cas le ganglion adhère à la trachée, à une bronche, à l'œsophage, et par la rétraction de l'adhérence entraîne la muqueuse de ces conduits, constituant ainsi un *diverticule de traction*<sup>1</sup> qui peut s'ouvrir dans le ganglion ramolli et consécutivement dans un organe voisin: les plus graves conséquences peuvent résulter de cette communication de deux organes du médiastin.

4° **ENGORGEMENT, INFLAMMATION, GANGRÈNE.** — Presque toujours les inflammations des bronches et du poumon retentissent sur les ganglions dans lesquels elles déterminent une inflammation plus ou moins intense, qui arrive rarement à la suppuration; on a même signalé quelques cas de gangrène des ganglions consécutive à une gangrène du poumon. Mais ces inflammations des ganglions, faciles à constater anatomiquement, n'ont pas d'existence clinique (Cadet de Gassicourt<sup>2</sup>).

5° **TUBERCULOSE.** — De toutes les altérations des ganglions trachéo-bronchiques, la plus fréquente et la plus importante est certainement la tuberculose, tantôt sous la dépendance de la tuberculose pulmonaire, tantôt isolée ou prédominante et constituant alors la *phtisie bronchique*.

1. ETERNOD, *Rech. sur les affect. chron. des ganglions trachéo-bronchiques*, Genève, 1879.

2. *Traité clinique des mal. de l'enfance*, 1880.

## TUBERCULOSE DES GANGLIONS TRACHÉO-BRONCHIQUES

**Étiologie.** — La tuberculose des ganglions bronchiques s'observe à tous les âges; mais, tandis que chez l'adulte et le vieillard elle coïncide presque toujours avec une lésion pulmonaire importante, qui la masque si on ne la recherche pas avec soin, chez l'enfant elle est souvent beaucoup plus prononcée que la tuberculose pulmonaire et joue le rôle le plus important dans la pathogénie des symptômes.

On l'observe à peu près avec une égale fréquence à tous les âges de l'enfance, peut-être un peu plus souvent chez les garçons d'un à deux ans, un peu moins chez les filles avant onze ans, et plus au contraire à la puberté.

On discute encore pour savoir si la tuberculose ganglionnaire peut être primitive, ou est toujours secondaire à une lésion du poumon, comme le voulait Parrot<sup>1</sup>. Le bacille ne peut-il pas arriver aux ganglions bronchiques sans léser le poumon, comme il arrive aux autres ganglions sans léser les muqueuses ou la peau<sup>2</sup>? M. Hutinel<sup>3</sup> dit qu'il n'a jamais trouvé la loi de Parrot en défaut, mais qu'il faut chercher avec beaucoup de soin la lésion pulmonaire, quelquefois très petite.

Quoï qu'il en soit, il ne paraît pas douteux que les inflammations des bronches et du poumon constituent une des causes les plus favorables à la pénétration du bacille, le ganglion étant d'ailleurs préparé à le recevoir par l'inflammation dont il est toujours le siège en pareilles circonstances.

**Anatomie pathologique.** — Les ganglions pré-trachéo-bronchiques et inter-trachéo-bronchiques atteignent le volume d'une amande, d'un marron et, par leur réunion, forment des masses de la grosseur d'un œuf ou même d'une pomme; les ganglions inter-bron-

1. HERVOUET, *Des adénopathies similaires* (Thèse de Paris, 1877).

2. On a pensé que la tuberculose pouvait frapper les ganglions bronchiques en venant d'autres chaînes ganglionnaires plus ou moins éloignées. C'est ainsi que cette adénopathie peut coexister avec le carreau, et, en pareil cas, on admet que les bacilles ont pénétré dans les lymphatiques à travers l'intestin, alors même que sa muqueuse est saine. Les adénopathies cervicales, les écrouelles, accompagnent fréquemment aussi l'adénopathie bronchique, et l'on s'est demandé si, dans ces circonstances, les bacilles n'avaient pas été absorbés au niveau de la muqueuse bucco-pharyngée ou de lésions cutanées (gourmes).

Certains auteurs ont admis que le poumon peut s'inoculer consécutivement aux ganglions bronchiques, surtout lorsqu'il y a rupture d'un ganglion dans une bronche. On peut expliquer de la sorte certains cas de phtisie aiguë.

3. De l'hérédité de la tuberculose (*Congrès de la tuberculose*, 1891).

chiques dépassent rarement le volume d'une amande; les autres ganglions du médiastin sont aussi généralement intéressés.

Les lésions que présentent ces organes sont, à leurs diverses périodes de développement, la granulation et beaucoup plus souvent l'infiltration tuberculeuses, qui évoluent là comme partout ailleurs: grises, puis jaunes, puis caséeuses, elles finissent par se ramollir et transformer le ganglion en une poche à capsule fibreuse plus ou moins épaisse, à contenu grumeleux puriforme, *kyste ganglionnaire* qui peut s'ouvrir dans la trachée ou les bronches et devenir une *caverne ganglionnaire*.

Dans d'autres cas, le contenu du ganglion, après s'être ou non liquéfié, se crétifie ou se pétrifie: la coque fibreuse renferme alors soit une masse blanchâtre semblable à de la craie tassée, soit de petits grains durs, jaunâtres, pierreux. Cette transformation, qui constitue un mode de guérison, s'observe surtout à l'autopsie des adultes et des vieillards et doit le plus souvent se rapporter à une lésion datant de l'enfance; mais, de même que dans le poumon, les altérations anthracosiques peuvent, dans les ganglions, se compliquer de lésions tuberculeuses.

Ces ganglions ainsi modifiés produisent d'importantes lésions des organes voisins.

**Appareil respiratoire.** — La compression de la trachée et des bronches existe dans le tiers des cas: ces conduits ne sont pas étranglés, mais aplatis sur une plus ou moins grande étendue par les ganglions, qui leur sont intimement adhérents et souvent pénètrent leur paroi.

Les ulcérations sont non moins fréquentes et sont produites ordinairement par un ganglion ramolli qui verse son contenu dans la trachée ou la bronche: il en résulte une caverne ganglionnaire que l'on distinguera, même si elle est logée dans une dépression du poumon, des cavernes pulmonaires en ce qu'elle est petite, située au niveau du hilé, qu'elle s'ouvre sur la partie latérale d'une bronche, qu'elle est tapissée d'une fausse membrane rouge épaisse, et qu'elle n'est pas traversée par des brides de tissu pulmonaire.

Quelquefois cette caverne ganglionnaire s'ouvre d'autre part dans une caverne pulmonaire contiguë, qui peut à son tour s'ouvrir dans la grande cavité pleurale et produire un pneumothorax.

Le poumon, comprimé par le ganglion, lui est généralement adhérent: son tissu à ce niveau est tantôt normal, tantôt atelectasié, tantôt enfin carnifié sur une plus ou moins grande épaisseur.

L'emphysème, soit général, soit partiel et limité à un poumon, à un lobe pulmonaire, se rencontre souvent: il s'explique par la difficulté qu'a pour sortir, à chaque expiration, l'air emprisonné derrière

le point comprimé de la trachée, d'une grosse bronche, d'une bronche lobaire. Poussée plus loin, la compression pourrait empêcher complètement l'arrivée de l'air dans le poumon, déterminer son atrophie et la rétraction du thorax: le fait n'a pas été constaté chez l'homme; mais la diminution de l'expansion pulmonaire, signalée par N. Gueneau de Mussy, n'est peut-être que le premier degré de ces altérations.

*Compression des nerfs.* — Après la compression des canaux aériens, la plus fréquente est celle des nerfs: sur 100 cas, M. Baréty note 26 fois la compression du pneumogastrique ou du récurrent, 8 fois celle du phrénique. Tantôt ils sont simplement déplacés, aplatis, tirillés; tantôt ils participent à l'inflammation périganglionnaire, ils sont comme étranglés par un anneau fibreux sur une plus ou moins grande épaisseur.

*Appareil circulatoire.* — On rencontre assez souvent des épanchements ou des adhérences péricardiques; l'hypertrophie du cœur a été signalée une fois.

Tous les vaisseaux du médiastin peuvent être comprimés, mais plus fréquemment la veine cave supérieure, les veines pulmonaires (d'où résulte un œdème pulmonaire), l'aorte et les artères pulmonaires. Dans quelques cas, un ganglion ramolli s'est ouvert simultanément dans une bronche et dans l'aorte ou l'artère pulmonaire, et a déterminé une hémoptysie foudroyante.

*Œsophage.* — Les perforations de l'œsophage sont rares, mais son adhérence aux ganglions est fréquente; et, si sa compression n'est pas plus souvent signalée, il faut sans doute en chercher la raison dans sa mobilité et sa dépressibilité.

*Tissu cellulaire du médiastin.* — La péri-adénite, presque constante, peut s'étendre à tout le tissu cellulaire du médiastin et entraîner l'adhérence de tous les organes entre eux; cette inflammation tuberculeuse constitue la médiastinite calleuse. D'autres fois un ganglion ramolli s'ouvre dans le médiastin, y produisant soit un abcès, soit un emphysème généralisé, s'il communiquait préalablement avec une bronche.

**Symptomatologie.** — Anatomiquement l'adénopathie trachéo-bronchique est très fréquente dans la tuberculose pulmonaire; mais le plus souvent elle ne se traduit cliniquement par aucun symptôme, soit que les ganglions atteints n'aient pas un volume suffisant, soit qu'ils n'aient pas une situation qui permette la compression des organes du médiastin.

Dans la tuberculose généralisée chronique, tuberculose diffuse<sup>1</sup>,

1. AVIRAGNET, *Tuberculose chez les enfants* (Thèse de Paris, 1892).

spéciale à l'enfant, il est de règle de trouver l'adénopathie trachéo-bronchique; mais elle ne se manifeste ordinairement par aucun symptôme et n'est révélée que par la percussion et l'auscultation; sa constatation et celle, au cou, dans les aines, les aisselles, de ganglions petits, mobiles, non douloureux (poly-micro-adénopathie<sup>1</sup>), constituent d'ailleurs un excellent signe diagnostique de cette forme de tuberculose souvent méconnue.

Dans d'autres cas, chez l'adulte surtout, la tuberculose pulmonaire domine la scène: les ganglions doivent bien jouer un certain rôle dans la gêne de la circulation, la dyspnée, les vomissements, les accès de suffocation et sont peut-être une des causes de la mort subite; on a rapporté à l'adénopathie les quintes de toux suivies de vomissements et survenant après les repas chez les phthisiques; mais la complexité des lésions empêche de distinguer exactement ce qui revient à la tuberculose ganglionnaire de ce qui est dû à la tuberculose pulmonaire; il n'est pas sans intérêt cependant de le rechercher avec soin dans l'examen de tous les tuberculeux.

Quelquefois la tuberculose pulmonaire rétrocede et l'adénopathie passe au premier plan, les troubles qu'elle produit étant les seuls qui persistent.

Ailleurs la lésion ganglionnaire, restée longtemps silencieuse au cours d'une tuberculose pulmonaire plus ou moins avancée, se révèle tout à coup par des accès de suffocation, l'asphyxie, la syncope, une hémoptysie foudroyante: la nécropsie donne l'explication de ces symptômes qu'un examen minutieux aurait pu faire prévoir.

Dans quelques cas enfin, de beaucoup les plus rares, l'adénopathie débute chez un sujet, presque toujours un enfant, exempt de tuberculose pulmonaire, et constitue la maladie tout entière. Après une rougeole, une coqueluche, une bronchite simple en apparence, le petit malade, pendant quelques semaines ou quelques mois, n'a qu'un peu d'essoufflement dans ses jeux, quelques douleurs thoraciques vagues, quelquefois une toux sèche ou rauque, une fièvre irrégulière, des sueurs la nuit; puis brusquement survient, vraiment effrayant, un accès de suffocation avec cyanose, qui se répète le lendemain, pendant plusieurs jours, ou à des intervalles quelquefois assez longs; chez un autre, c'est la bouffissure de la face qui apparaît la première; chez d'autres encore, la toux quinteuse, spasmodique, coqueluchoïde, etc., un quelconque enfin des signes de compression bronchique, nerveuse, vasculaire, communs à toutes les affections médiastines.

La maladie n'est pas moins variable dans son évolution que dans

1. MIRINESCU, *Polyadénite superficielle généralisée* (Thèse de Paris, 1888).

son mode de début, chacun de ces signes pouvant exister seul pendant longtemps, disparaître un certain temps pour reparaitre plus tard, s'associer aux autres de façons très différentes. A la symptomatologie déjà très complexe de la pathologie médiastine, il faut d'ailleurs ajouter quelques accidents particuliers à la phtisie bronchique et dus à l'ouverture des ganglions ramollis dans les bronches, l'œsophage ou les vaisseaux.

L'ouverture dans une bronche donne lieu à une caverne ganglionnaire que peut seule indiquer l'expectoration de débris caséux; elle ne donne pas, en effet, les signes physiques d'une caverne pulmonaire : « 1° c'est souvent de la matière tuberculeuse crue qui correspond à l'orifice bronchique; 2° quand cette matière est ramollie, la bronche ne communiquant pas avec le kyste par son extrémité, mais par sa partie latérale, on comprend que le passage de l'air dans cette poche ne donne pas facilement lieu à un gargouillement ou à de la respiration caverneuse » (Rilliet et Barthez). Cette caverne ganglionnaire peut s'ouvrir dans l'aorte ou l'artère pulmonaire et provoquer une hémoptysie mortelle; dans l'œsophage, et causer des accès de toux au moment de la déglutition, de la gangrène pulmonaire<sup>1</sup>; dans la plèvre, et produire un pneumothorax qui abrègera considérablement la durée de la maladie; dans le tissu cellulaire, et amener un abcès ou un emphysème du médiastin.

La mort est la terminaison habituelle. Quelquefois elle est due à l'asphyxie lente, à l'asphyxie brusque dans un accès de suffocation, à la syncope, à une hémoptysie foudroyante (compression des veines pulmonaires ou perforation d'un gros vaisseau par une caverne ganglionnaire). Le plus souvent, la tuberculose pulmonaire ou la granulie viennent compliquer l'adénopathie et emporter le malade. Dans quelques cas exceptionnels l'adénopathie reste isolée jusqu'à la fin, amenant l'amaigrissement, la fièvre, les sueurs nocturnes, etc., et la mort dans la cachexie et le marasme.

La guérison survient cependant dans un certain nombre de cas, difficile encore à déterminer; elle n'est pas douteuse, toutefois, ainsi que le montrent les autopsies de vieillards, dans lesquelles on trouve des ganglions fibreux crétaqués ou pierreux qui remontent vraisemblablement à l'enfance.

**Diagnostic.** — Le diagnostic présente parfois de grandes difficultés et la lésion ne peut être que soupçonnée dans certains cas.

1. Dans un cas de gangrène du lobe supérieur du poumon droit, chez un vieillard, j'ai trouvé à l'autopsie un ganglion pétrifié intimement adhérent au poumon d'une part et communiquant d'autre part avec l'œsophage. Cette adhérence au poumon d'un diverticule de traction œsophagien expliquait sans doute la gangrène pulmonaire (J. RENAULT, *Soc. anatom.*, 7 févr. 1890).

C'est qu'alors il n'existe aucun signe physique appréciable : tout se réduit à des symptômes fonctionnels plus ou moins prononcés et d'une interprétation souvent obscure. C'est ce qui a lieu surtout chez l'adulte.

Chez l'enfant, les organes intra-thoraciques étant beaucoup plus accessibles à l'exploration physique, le diagnostic est généralement bien plus facile, et il arrive même qu'un examen méthodique de la poitrine permette de déceler l'adénopathie trachéo-bronchique, alors qu'elle ne se révèle encore par aucun signe fonctionnel.

L'exploration doit porter, ainsi que l'a montré N. Gueneau de Mussy, sur la région interscapulaire supérieure (entre les bords internes des deux omoplates, sur la hauteur des trois ou quatre premières vertèbres dorsales), et la région sternale supérieure (comprenant le manubrium avec les articulations sterno-claviculaires et les extrémités correspondantes des cartilages et des espaces intercartilagineux), au niveau desquels se trouvent les ganglions trachéo-bronchiques.

La palpation y révèle quelquefois une exagération des vibrations thoraciques.

La percussion donne, dans la région interscapulaire, le plus souvent une simple élévation de la tonalité, quelquefois chez l'enfant une submatité assez nette. Dans la région sternale supérieure, elle permet de constater, outre une augmentation de résistance au doigt, soit une élévation de tonalité, soit une submatité, soit une matité limitée ou étendue à toute la région.

Il est important, pour percevoir ces modifications quelquefois légères et souvent limitées à un seul côté, d'appliquer, comme le conseillait N. Gueneau de Mussy, les trois doigts du milieu de la main sur la région sternale ou la région interscapulaire, de telle façon que le médius corresponde exactement à la ligne médiane, et de percuter alternativement les deux doigts latéraux que l'on écarte de plus en plus et symétriquement.

Outre le cornage et le sifflement perceptibles à distance, outre les signes dépendant de l'œdème, de l'emphysème pulmonaire, d'une pleurésie, etc., l'auscultation fournit des résultats importants. Tantôt l'expiration est prolongée et légèrement soufflante; tantôt la voix et la toux sont retentissantes et accompagnées d'une sorte d'écho (voix soufflée, écho de la toux), l'expiration est prolongée, soufflante, tubaire, caverneuse, amphorique même; la respiration est sèche ou mêlée de râles cavernuleux, caverneux, amphoriques. Tous ces bruits décèlent la présence de ganglions plus ou moins gros qui transmettent, en les exagérant, les bruits normaux ou anormaux qui se passent dans les bronches; ils sont, d'ailleurs, variables d'un

jour à l'autre; et cette extrême mobilité des signes fournis par l'auscultation, jointe à la fixité de ceux que donne la percussion, est un élément important du diagnostic.

L'absence de matité permet d'ailleurs de différencier le souffle de l'adénopathie du souffle trachéo-bronchique qu'on entend à la première pièce du sternum chez certains vieillards, et de la respiration soufflante que l'on entend dans la région interscapulaire chez les jeunes enfants maigres.

La matité et le souffle bronchique dus à l'adénopathie peuvent être attribués à une induration pulmonaire d'un ou des deux sommets. Dans le premier cas, la matité augmente du moignon de l'épaule vers la colonne vertébrale, le souffle s'entend en ce dernier point seulement; dans le second, la matité augmente de la colonne vertébrale vers le moignon de l'épaule, le souffle s'entend aussi bien en dehors qu'en dedans. Mais il ne faut pas oublier que la tuberculose pulmonaire et la tuberculose ganglionnaire sont souvent associées, et qu'on doit toujours rechercher l'une quand l'auscultation révèle l'autre.

Les signes fonctionnels et les signes physiques sont sensiblement les mêmes dans l'adénopathie bronchique et dans les tumeurs du médiastin; mais les considérations tirées de l'âge du sujet, de l'examen complet de la poitrine et des autres organes, de l'évolution de la maladie permettent d'arriver à faire le diagnostic.

Certains signes fonctionnels seuls rapprochant l'adénopathie du croup, de la laryngite striduleuse, de l'asthme nerveux rare chez les enfants, de la coqueluche, maladie épidémique et contagieuse, de la trachéo-bronchite, etc., on peut dire que le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique est « relativement facile, et qu'il suffit d'y penser pour éviter une grosse erreur » (Cadet de Gassicourt). La coexistence d'adénopathies cervicales sera parfois un indice qui mettra sur la voie du diagnostic.

Enfin les conditions dans lesquelles apparaît cette affection établiront suffisamment, dans la majorité des cas, la nature tuberculeuse des lésions ganglionnaires.

**Traitement.** — Les règles du traitement général de la tuberculose sont en tous points applicables à la phtisie bronchique; mais l'arsenic, le sirop d'iodure de fer, l'huile de foie de morue, l'hydrothérapie, le séjour au bord de la mer trouvent plus particulièrement leur indication dans cette forme de tuberculose torpide, d'ancienne scrofule interne.

Des révulsions répétées à la teinture d'iode, des onctions à la pommade iodurée seront faites aux régions sternale et interscapulaire.

La toux, la dyspnée, les accès de suffocation étant sous la dépen-

dance directe d'une lésion organique, il sera bien difficile d'arriver à les calmer.

Contre la toux on emploiera les préparations de belladone, de jusquiame, d'opium, le chloral, et surtout chez les enfants l'extrait de ciguë à la dose de 2 à 10 centigrammes, suivant l'âge, ou l'extrait de laitue vireuse à la dose de 2 à 5 centigrammes.

Contre les accès dyspnéiques on emploiera, sans grande chance de succès, il est vrai, des lavements d'asa fœtida, de valériane, des potions narcotiques, le bromure de potassium, des inhalations de pyridine, d'iodure d'éthyle, et, s'il est nécessaire, des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine.

La dyspnée permanente sera combattue encore par les mêmes moyens, dont le seul effet sera souvent d'adoucir les derniers moments du malade.

JULES RENAULT.

---

**BIBLIOTECA**  
FAC. DE MED. UANL