

l'hypertrophie ganglionnaire et splénique fait de rapides progrès; le malade s'affaiblit de plus en plus, l'œdème des extrémités inférieures est plus marqué, l'ascite plus considérable. Plus tard apparaissent des bulles de pemphigus cachectique sur l'un des pieds; le malade est pris de toux, il existe à droite un épanchement pleural qui occupe le tiers inférieur de la poitrine.

L'autopsie démontre que les lésions graves étaient limitées aux ganglions lymphatiques et à la rate. Encore ces lésions n'étaient-elles constituées que par une hypertrophie *simple* de ces organes, et le microscope en aucune de ces parties n'a permis de découvrir autre chose qu'une augmentation des éléments normaux.

Cependant, bien que le sang n'ait offert aux moyens d'investigation ordinaires aucune altération notable, on ne peut s'empêcher de croire qu'il existait, dans ce fait et dans ceux qui lui sont analogues, une dyscrasie spéciale de ce liquide, car les malades succombent dans un état cachectique, lorsqu'ils n'ont pas été enlevés par un accès de suffocation. Cette dyscrasie, dont l'essence nous est inconnue, ne saurait être douteuse, et si l'adénie généralisée ne produit point un excès de leucocytes et de globulins, si elle n'en diminue point non plus le nombre normal, il est vraisemblable qu'elle modifie les éléments de la lymphe de telle sorte qu'au bout d'un temps variable il en résulte l'anémie, puis la cachexie. Déjà les Anglais, et plus particulièrement MM. Pavy et Wilks ont décrit une variété d'anémie à laquelle ils ont donné le nom d'*anémie lymphatique*, entendant par là que les altérations ganglionnaires pouvaient déterminer une anémie spéciale. J'avoue, messieurs, que je suis disposé à accepter ce mode d'interprétation.

En effet, à certains organes est dévolue la fonction de concourir à la formation et à l'entretien du sang dont la fonction hématopoiétique est démontrée par la pathologie, mieux encore que par la physiologie. Par exemple, les affections chroniques du foie et de la rate ont de graves conséquences sur la composition du liquide sanguin, car, quelle que soit leur nature, elles sont suivies d'anémie avec modification dans le nombre, la consistance, la forme, la coloration, la composition chimique des globules sanguins. La tuberculisation mésentérique entraîne le même résultat; il en est de même de la scrofule, dont les diverses manifestations ont pour siège principal le système lymphatique.

Est-il besoin de vous rappeler l'action des lésions organiques des poumons sur la composition du sang? Toutes, elles ont nécessairement pour effet d'entraver l'échange de gaz qui constitue l'essence même de l'hématose pulmonaire, et par suite d'entraîner l'anémie. Il existe donc une anémie d'origine pulmonaire, de même que chez le fœtus il existe très-probablement une anémie de cause placentaire, lorsque le placenta a subi en partie la dégénérescence graisseuse et fibrineuse. Si donc nous

acceptons une anémie pulmonaire, une anémie splénique, hépatique, pourquoi n'accepterions-nous pas une *anémie lymphatique*? Il suffit, pour s'en convaincre, de se rappeler la fonction du système lymphatique. Les réseaux de ce système puisent dans la profondeur de nos organes et dans la membrane muqueuse intestinale les éléments nécessaires à l'entretien du liquide sanguin. La lymphe et le chyle subissent une modification dans le parenchyme ganglionnaire, puis tout le liquide lymphatique, quelle que soit son origine, se déverse dans le système veineux, et, comme le sang sus-hépatique, splénique et intestinal, il va subir dans le poumon une modification telle qu'il devient du sang propre à nourrir tous nos organes. Je ne saurais vous dire, messieurs, quelle est l'action spéciale de l'hypertrophie ganglionnaire généralisée sur la composition du sang; j'ignore si elle diminue notablement les leucocytes, mais je puis affirmer qu'elle ne les augmente pas. Le microscope et l'analyse chimique ne nous ont point appris comment le sang est modifié dans l'adénie, mais cette modification nous est démontrée par les symptômes; et il ne saurait en être autrement, lorsque presque tous les ganglions du corps ont acquis un développement si considérable. D'ailleurs, cette modification du sang nous est démontrée par l'anémie et la cachexie à laquelle succombent les malades, lorsqu'ils ne meurent pas asphyxiés par la compression des bronches ou de la trachée. J'accepte donc avec MM. Pavy et Wilks qu'il existe une anémie lymphatique au même titre qu'une anémie hépatique, splénique; et peut-être que la leucémie dont je vous ai antérieurement entretenu n'est qu'une variété d'anémie dans laquelle il existe une proportion excessive de leucocytes ou de globulins. Nous savons, en effet, que la présence des leucocytes est compatible dans une certaine mesure avec la santé et se rencontre dans un grand nombre d'états morbides sans paraître en augmenter la gravité; nous savons, d'autre part, que les lésions organiques, considérées par Virchow et Bennett comme les éléments producteurs de la leucémie, peuvent manquer; nous savons enfin que les états organiques par excellence de la lésion, à savoir l'hypertrophie lymphatique et splénique, peuvent exister, et existent le plus souvent, sans leucémie. De sorte que les seuls symptômes qui accusent la gravité de la maladie dite leucémie, sont l'anémie et la cachexie, conséquence ultime de toute anémie profonde et durable.

La clinique nous a appris que la maladie était caractérisée par l'augmentation du volume des ganglions; l'examen nécroscopique vient démontrer en effet que les tumeurs ont bien pour siège les ganglions lymphatiques et que les tissus ambiants ne présentent aucun vestige de travail inflammatoire. Une dissection attentive permet d'isoler chacun des ganglions dont la réunion constitue les masses ganglionnaires. Ces tumeurs, à forme mamelonnée, de consistance élastique, ont acquis quelquefois un poids énorme; dans l'observation du docteur Bonfils, l'une

des tumeurs de l'aîne pesait 2250 grammes, les tumeurs des régions axillaires pesaient seulement 1000 et 500 grammes. Les ganglions cervicaux superficiels et profonds, les ganglions occipitaux et toute la chaîne ganglionnaire circum-maxillaire hypertrophiée donnent à la figure l'aspect le plus singulier; leur volume peut varier depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'un œuf de pigeon, d'un œuf de poule. Les ganglions profonds, c'est-à-dire ceux de la poitrine et de la cavité abdominale, peuvent acquérir une hypertrophie considérable. Dans la poitrine, les tumeurs sont rarement plus grosses qu'un œuf de pigeon, mais leur disposition autour de la trachée et des bronches peut déterminer la compression de ces organes. Dans aucune autopsie on n'a constaté que les masses ganglionnaires eussent comprimé et déformé les gros vaisseaux qui sont voisins du cœur. Les masses ganglionnaires intra-abdominales étaient constituées par les ganglions pelviens, lombaires, aortiques, et les ganglions mésentériques, mésocolique, gastro-hépatique, gastro-splénique, gastrique, pancréatique. Les premiers, qui appartiennent au système lymphatique général, réunis ensemble, pesaient 3620 grammes dans l'observation du docteur Bonfils, et quelques ganglions abdominaux, dans l'observation de M. Leudet, avaient la grosseur d'un œuf de dinde. Quant aux ganglions du système chylifère, ils constituent ordinairement des tumeurs moins volumineuses; cependant M. Bonfils a noté que quelques-unes avaient la grosseur d'un œuf de pigeon. Ajoutons que les masses ganglionnaires des régions axillaires et sous-maxillaires se continuent quelquefois avec les masses intrathoraciques, par l'intermédiaire de chapelets de ganglions hypertrophiés. Même remarque doit être faite pour les ganglions inguinaux et pelviens. Le système chylifère est ordinairement moins affecté, avons-nous dit, que le système lymphatique général; toutefois l'hypertrophie glandulaire peut aussi avoir pour siège les glandes de Peyer, comme cela a été constaté dans l'observation de M. Potain¹. « A partir de la moitié à peu près de l'intestin grêle et jusqu'à la valvule iléo-cæcale, on voyait un grand nombre de follicules isolés, légèrement saillants et blancs; les plaques de Peyer, au nombre d'une vingtaine, étaient très-apparences, légèrement saillantes, un peu granuleuses à leur surface, souples, sans induration notable et d'un blanc mat. » Il convient encore de noter que dans ce cas quelques-uns des ganglions mésentériques avaient le volume d'un gros œuf de poule.

Si j'ai insisté si longuement sur ces détails anatomiques, c'est pour vous montrer qu'aucun ganglion n'échappait à cette hypertrophie et qu'elle pouvait être considérable.

Tous les observateurs sont unanimes pour admettre que l'enveloppe et le stroma du ganglion n'ont subi aucune modification. A la coupe, le

1. Potain, *Bulletins de la Société anatomique*, 1861, p. 220.

parenchyme présente une coloration grisâtre dans les plus petits ganglions, une coloration gris jaunâtre dans les ganglions moyens, et une coloration jaunâtre dans les plus volumineux; ces derniers seulement présentaient dans leur intérieur des taches ecchymotiques, et le raclage de leur coupe fournissait un suc trouble, blanchâtre et miscible à l'eau. On pourrait donc croire que ces derniers renferment un suc analogue au suc cancéreux, avec ses vastes cellules ou ses éléments nucléolaires; mais il n'en est rien, et MM. Ch. Robin, Leudet et Potain ont tous constaté que ces ganglions ne renfermaient point les éléments dits cancéreux, mais seulement des noyaux et cellules lymphatiques tassés les uns contre les autres; c'est-à-dire que dans l'adénie les ganglions ont augmenté de volume, mais que la partie conjonctive du ganglion a conservé sa disposition normale; seulement il existe une multiplication, une hypergénèse des cellules et des noyaux lymphatiques, lesquels sont néanmoins restés entièrement normaux. Telle était déjà la conviction de MM. Laboulbène et Titon, lorsqu'ils étudièrent la structure des ganglions d'un malade qui, en l'année 1852, était entré dans le service de M. Marotte, à l'hôpital Sainte-Marguerite, pour y être soigné d'une adénie, affection que M. Laboulbène, à cette époque, avait désignée dans ses notes sous le nom d'*adénite généralisée*.

Personne n'a fait encore l'injection des vaisseaux lymphatiques afférents et efférents des ganglions malades, peut-être l'injection eût-elle permis de constater quelque particularité intéressante sur la richesse du réseau parenchymateux, et sur la perméabilité de ce réseau.

L'hypergénèse des éléments cellulaires du ganglion est donc le fait principal de l'adénie; elle est le point de départ, l'origine pour ainsi dire de toutes les lésions secondaires. Celles-ci cependant doivent être étudiées plus particulièrement dans la rate et le foie. L'hypertrophie de ces organes ne s'observe guère que dans la seconde période de la maladie. La rate surtout peut acquérir un volume excessif; vous avez vu qu'elle peut occuper toute la partie gauche de la cavité abdominale et descendre jusqu'au pubis. Sur douze cas d'adénie que nous avons analysés, la rate était augmentée de volume seulement quatre fois. Dans l'observation de M. Bonfils, elle pesait 1 kilogramme et avait 24 centimètres de hauteur sur 15 centimètres de largeur. — Dans l'observation de M. Leudet, la rate mesurait en hauteur 26 centimètres et 17 centimètres en largeur. Dans l'examen qui fut pratiqué par MM. Bonfils et Leudet, la structure n'était point notablement modifiée, mais, dans le fait rapporté par M. Potain, si la rate n'était guère plus volumineuse qu'à l'état normal, elle présentait à la coupe une coloration d'un rouge vif uniforme, sur laquelle tranchaient un très-grand nombre de points blancs du volume d'un grain de chènevis et des trabécules blanchâtres très-apparences. Les points blancs tenaient à la présence de grains arrondis un peu irrégulièrement,

d'un blanc mat, d'une consistance faible, et qui étaient constitués par des noyaux en tout semblables aux noyaux trouvés dans les ganglions lymphatiques.

Le foie n'a jamais présenté d'altération remarquable. On n'a constaté le plus souvent qu'un peu d'hyperémie de l'organe, sans altération de la capsule, du stroma ni des cellules hépatiques.

L'analyse microscopique et chimique de la lymphe contenue dans le réservoir de Pecquet, le canal thoracique et la veine lymphatique, n'a point été faite. Il serait important de savoir s'il y avait, en ces différentes parties, diminution ou augmentation des globules de la lymphe, modification de forme, de coloration, etc. Quoi qu'il en soit, les observateurs n'ont point noté (*post mortem*) de modification dans le sang du cœur ni des gros vaisseaux. L'examen microscopique, fait au début et à la période ultime de la maladie, avait permis de reconnaître qu'il n'existait point de leucémie. Il est donc infiniment probable que les globules de lymphe ne sont point versés en excès dans la veine cave supérieure, et, partant, que les canaux lymphatiques afférents à cette veine n'en contenaient point une quantité exagérée; peut-être même ces globules lymphatiques sont-ils en moins grand nombre qu'à l'état normal.

Que résulte-t-il de tous ces faits, si ce n'est que l'affection a son siège presque exclusif dans les glandes lymphatiques, et que dans quelques cas seulement la rate et les glandes intestinales peuvent partager l'hypergénèse cellulaire qui est constante dans les ganglions lymphatiques. Cependant nous devons noter que dans une observation d'adénie recueillie par le docteur Hallé, dans le service de M. Nélaton, le foie était criblé, farci, d'une masse innombrable de petits corps blancs du volume d'une lentille à une noisette, ressemblant à du cancer. La rate était énorme et offrait une grande quantité de noyaux cancéreux, du volume d'une noix, mous au toucher, et dont la couleur blanche tranchait sur la couleur rouge du tissu splénique. On ne dit pas que l'examen microscopique des masses blanchâtres du foie et de la rate ait démontré qu'elles fussent cancéreuses; de sorte qu'il est permis de douter qu'elles le fussent; surtout si l'on songe que de petites masses analogues, existant dans la rate de la malade de M. Potain, ont été examinées au microscope et ont présenté une structure *identique* avec celle des ganglions lymphatiques de la même malade. Aussi serions-nous disposé à croire que les masses dites cancéreuses de la rate dans l'observation du docteur Hallé avaient la même composition.

Nous voici arrivés, messieurs, à la partie la plus intéressante de l'adénie, son étiologie. Frappé par la généralisation à tous les ganglions lymphatiques, la première hypothèse qui se présente naturellement à l'esprit est celle d'une diathèse. Pouvons-nous rapporter l'affection lymphatique à une diathèse connue? Les maladies constitutionnelles scrofuleuse, tuberculeuse, cancéreuse et syphilitique, peuvent-elles être invo-

quées pour expliquer l' hypertrophie généralisée des ganglions? Non, évidemment, car les malades dans leur enfance n'avaient présenté aucune manifestation de la diathèse scrofuleuse, et l'affection ganglionnaire s'était développée à un âge où la scrofule a perdu toute sa puissance. De plus, la lésion ganglionnaire étudiée localement suffirait pour prouver que la diathèse scrofuleuse n'a rien à faire, non plus que les diathèses tuberculeuse et cancéreuse, dans la maladie que nous avons nommée *adénie*.

La syphilis elle-même n'explique pas d'une manière plus satisfaisante l'hypergénèse cellulaire des ganglions lymphatiques; car, s'il est vrai que, dans la période secondaire de la vérole, les ganglions peuvent être le siège d'une inflammation chronique; cette inflammation ne s'étend jamais qu'à un très-petit nombre de ganglions, et de plus un seul malade, celui de M. Leudet, avait offert des antécédents syphilitiques, tandis que tous les autres malades, et en particulier la jeune femme dont nous avons rapporté l'observation, n'avaient jamais présenté aucune manifestation syphilitique. Ajoutez que le traitement par les préparations mercurielles ou l'iodure de potassium, s'il avait guéri la gomme syphilitique du malade de M. Leudet, était resté sans action sur la lésion ganglionnaire de cet homme, ainsi que chez tous ceux où, à défaut d'indication précise, on avait eu recours au même traitement en désespoir de cause.

Force nous est donc d'admettre une diathèse *spéciale* nouvelle, inconnue dans son essence et que nous appellerons *diathèse lymphatique*. Cette diathèse serait caractérisée par la tendance de certains sujets à présenter, sous l'action d'une cause déterminante, des engorgements ganglionnaires d'abord localisés et qui se généraliseraient dans l'espace de dix-huit mois à deux ans. Cet engorgement ganglionnaire, ainsi que nous l'avons vu, serait constitué par une hypergénèse des éléments cellulaires normaux de ganglions lymphatiques, hypergénèse qui, dans quelques cas, pourrait envahir les corpuscules glandulaires de la rate et de l'intestin. La maladie a pour conséquence l'anémie, la cachexie, et n'est point accompagnée de leucocytose.

L'adénie, avons-nous dit, est une diathèse qui a une cause déterminante. Quelle est cette cause, quel en est le siège le plus commun? Lorsqu'on lit attentivement les observations d'adénie, on est frappé de ce fait, que le plus souvent l'augmentation de volume n'a porté d'abord que sur un ou deux ganglions; puis, quelques semaines ou deux ou trois mois après l'apparition de ces petites tumeurs initiales, il y a une véritable *explosion* de tumeurs ganglionnaires de différentes parties du corps, en même temps que les tumeurs primitives augmentaient rapidement de volume. Dans la majorité des cas, ce furent les ganglions sous-maxillaires qui reçurent la première atteinte morbide; dans quelques cas cependant les ganglions de l'aisselle ou de l'aîne furent le siège primitif de l'affection.

Toutes les fois qu'il existe un engorgement ganglionnaire aigu ou chro-

nique, on cherche dans les régions desservies par les ganglions malades quelque lésion organique qui soit la cause de l'irritation ganglionnaire. C'est là une règle absolue et féconde; il était donc tout naturel de rechercher, dans le cas d'adénie généralisée, quelle lésion locale pouvait être la source de l'engorgement primitif. Beaucoup d'observations cependant sont muettes à ce sujet; on s'est contenté de noter que l'engorgement avait commencé par les ganglions axillaires, inguinaux ou maxillaires. A côté de ces observations incomplètes, il en est d'autres, celles de MM. Leudet, Potain, Perrin et enfin celle de notre malade de Stockholm, qui, sur ce point, ont un grand intérêt. En effet, trois fois nous constatons qu'une irritation aiguë ou chronique existait soit au grand angle de l'œil, soit dans le conduit auditif externe, et remarquez, messieurs, que les ganglions primitivement envahis par l'engorgement étaient situés du côté correspondant à la lésion oculaire, nasale, ou à celle du conduit auditif, et que ce ne fut que secondairement que les ganglions sous-maxillaires et cervicaux du côté opposé furent pris ainsi que tous les autres ganglions du corps. Il est donc bien digne de remarque que, dans les cinq observations auxquelles nous faisons allusion, il y ait eu quatre fois *tumeur lacrymale inflammatoire, coryza chronique et otorrhée*. Il est impossible de ne pas être frappé de cette altération des muqueuses et de la peau, et de l'altération ganglionnaire primitive; toutefois, je dois vous rappeler que dans l'une des observations de M. Leudet et dans celle que nous devons au docteur Perrin, l'engorgement ganglionnaire avait débuté, au dire des malades, par la région axillaire. Mais, lors de leur examen, MM. Leudet et Perrin ont constaté l'existence des engorgements sous-maxillaires, et il est permis de supposer que cet engorgement maxillaire, peu considérable peut-être au début de l'adénie, avait pu ne pas être remarqué par les malades.

Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins établi que sur douze observations d'adénie on a quatre fois noté l'existence de tumeurs lacrymales, d'un coryza chronique et d'une otorrhée.

Qu'il existe une relation entre l'adénopathie et les lésions superficielles de la peau ou des muqueuses, le fait ne nous paraît pas douteux, il est presque nécessaire.

Quant à l'adénie généralisée consécutive, nous ne pouvons la comprendre qu'en admettant chez certains sujets une disposition *spéciale* telle, qu'un ou deux ganglions lymphatiques étant engorgés depuis un temps variable, presque toujours depuis peu, ils deviennent le point de départ d'une généralisation de la maladie aux autres ganglions.

Déjà je vous ai dit quelle était la conséquence de l'adénie sur la composition du sang; le microscope a démontré qu'avant et après la mort ce liquide ne renfermait point de globules blancs ni de globulins en excès. Et s'il n'est pas prouvé que la *qualité* des globules ait subi quelques mo-

difications, du moins les caractères de l'adénie dans la seconde période de la maladie ne laissent point de doute sur la moindre *quantité* des globules rouges. Il est donc probable que dans l'adénie il y a diminution des éléments qui concourent à la formation des globules rouges, et cette diminution est due très-probablement à l'engorgement ganglionnaire généralisé.

Wunderlich a observé également que dans un certain nombre de cas l'adénopathie ne se généralise qu'après avoir été pendant un certain temps localisée à quelques ganglions seulement. D'autres fois l'affection est générale d'emblée. Pour Virchow, la généralisation secondaire n'offre aucun embarras: il invoque son embolie, et la métastase est expliquée. Quant à la généralisation primitive, l'explication se fait un peu plus attendre. D'ailleurs, l'embolie métastatique de Virchow n'explique rien dans l'espèce, attendu que tous les individus (il s'en faut heureusement de beaucoup) qui ont des tumeurs ganglionnaires n'ont pas pour cela d'adénopathie généralisée à la suite. Si la généralisation est l'exception, c'est qu'elle est due à des causes exceptionnelles; ces causes exceptionnelles, je les appelle spécifiques, à défaut d'autre mot.

Wunderlich, bien autrement clinicien que Virchow, admet que l'adénopathie généralisée d'emblée ou consécutivement, est une seule et même chose, et qu'elle est une affection constitutionnelle, comme le cancer généralisé d'emblée ou consécutivement à un cancer local d'abord, est une affection constitutionnelle dans un cas comme dans l'autre. Cela ne veut pas dire que Wunderlich et moi connaissions la nature intime de l'adénie: de quoi donc connaissons-nous la nature? Nous ne percevons que des effets.

Mais Wunderlich va plus loin: considérant qu'entre la leucocythémie et l'adénie, qu'il appelle *pseudo-leucémie*, il n'y a de différence que l'état du sang, il se demande si l'adénie ne serait pas un premier degré de la leucocythémie; et si ces deux maladies ne diffèrent pas par une cause accessoire, qui fait que dans un cas les globules blancs sont produits en abondance et dans l'autre ne sont pas produits. Suivant Wunderlich, cette cause accessoire serait la suivante: dans la leucocythémie, il y a des hyperplasies du tissu conjonctif interstitiel dans le stroma de différents organes, tels que le foie, le rein, l'intestin; or l'origine des vaisseaux lymphatiques étant le réseau plasmatique du tissu conjonctif, les cellules, à mesure qu'elles se multiplient, peuvent entrer dans les vaisseaux lymphatiques et arriver ainsi dans le sang. Ce qui expliquerait l'abondance des globules blancs dans la leucocythémie, où se trouvent réalisées ces conditions¹.

1. Wunderlich, *Pseudoleukæmie, Hodgking's Krankheit oder multiple lymphadenome ohne Leukæmie* (*Archiv der Heilkunde*, 1866, p. 531). — Voyez aussi Paul Spillmann, *Archives de médecine*, août, 1867.

J'avoue que, jusqu'à plus ample informé, je persiste à voir dans la leucocythémie et dans l'adénie deux affections distinctes, bien que très-voisines au point de vue des lésions. Et ce qui me décide, c'est que la marche de la maladie est bien différente dans les deux cas.

L'étude que nous venons de faire de l'adénie nous fournit-elle des indications thérapeutiques que nous puissions remplir? Jusqu'ici tous les traitements mis en usage ne paraissent pas avoir eu de résultat satisfaisant; toutefois il importe de constater que dans trois observations, où les eaux de Kreuznach, de Lavey et les bains de sublimé ont été conseillés, la marche de la maladie a paru, passagèrement au moins, enrayerée. Dans le premier cas, les eaux d'Allemagne auraient déterminé une diminution dans le volume des engorgements ganglionnaires. Et chez un malade auquel j'avais conseillé les bains de sublimé, la santé générale, pendant quelques mois, a semblé ne point se ressentir de l'altération ganglionnaire. Enfin, M. Cossy¹ rapporte l'observation d'un malade de cinquante-trois ans, affecté d'hypertrophie ganglionnaire généralisée, sans leucémie, dont l'état avait été amélioré d'une façon notable après deux mois de cure à Lavey. Le traitement, du reste, fut complexe dans ce cas particulier, car les eaux étaient données à l'intérieur jusqu'à léger effet purgatif, puis des douches chaudes et froides étaient dirigées sur les tumeurs ganglionnaires en même temps que sur tout le corps, et les tumeurs étaient soumises à un massage régulier. De plus, chaque jour, le malade prenait trois pilules d'iodure de fer de Blancard.

Quoi qu'il en soit, ce traitement doit à plusieurs reprises on dut modérer l'activité, amena une amélioration qui commença à se manifester à partir du trentième jour. Le traitement fut continué deux mois, et lorsque le malade quitta Lavey, les engorgements ganglionnaires avaient diminué de près de moitié. L'effet résolutif est peut-être dû dans ce cas particulier plutôt aux procédés physiques d'application des eaux minérales qu'aux iodures et chlorures qu'elles ne renferment qu'en très-petite quantité, et qu'elles empruntent surtout à l'eau mère des salines de Bex à laquelle elles sont ordinairement mélangées.

Si réellement, dans ce fait que je viens de vous rappeler, l'amélioration doit être en partie rapportée à l'action des iodures et des chlorures, peut-être conviendrait-il de préférer aux eaux de Lavey et de Kreuznach, les eaux de Saxon qui, sans addition d'eau mère, renferment, d'après le docteur Aviolat, la dose énorme de 33 grammes d'iodures et 40 grammes de bromures pour un bain de 300 litres!

Quant aux indications générales du traitement, elles sont fournies par l'état des ganglions et par l'anémie. — Toutes les fois donc que, chez un malade qui présente l'engorgement primitif, on reconnaîtra la source de

1. Cossy, *loc. cit.*, p. 34.

cet engorgement, nous devons mettre à contribution tous les moyens qui nous permettront de faire disparaître l'irritation première; mais, lorsque l'engorgement ganglionnaire multiple sera déjà manifeste, il ne faudra point hésiter à modifier par un traitement général la disposition générale du malade, et cela, soit par les purgatifs salins répétés, soit par l'usage des eaux minérales purgatives, telles que les eaux de Kreuznach, de Lavey, de Saxon, ou autres eaux analogues. De plus, il faudra en même temps agir localement, et, par des douches et le massage, chercher la résorption des tumeurs superficielles. Enfin les préparations d'iode, de fer et de quinquina auront le double avantage de modifier l'état général et de lutter contre l'anémie qui ne tarderait point à faire de rapides progrès. — Je n'ai, je l'avoue, messieurs, qu'une médiocre confiance dans ce traitement complexe, à propos d'une maladie qui me paraît *spécifique*; mais notre devoir, à défaut de médicament spécifique lui-même, est de combattre de tous nos efforts les effets de la maladie par des médicaments qui, à la vérité, ne s'adressent qu'aux symptômes.

J'ai bien souvent observé une affection ganglionnaire chez de jeunes créoles et plus particulièrement chez des créoles de l'île de la Réunion et de Maurice. Je ne saurais dire, messieurs, si j'ai dû au hasard seulement de ne voir cette forme particulière de l'adénie que sur des jeunes gens nés dans les deux colonies dont je viens de parler, tandis que pas une fois je n'en ai vu chez des personnes nées dans les Antilles françaises ou anglaises.

Dans l'adolescence, et plutôt chez les garçons que chez les filles, nous voyons les ganglions profonds et superficiels des aines se gonfler, tantôt d'un seul côté, tantôt des deux côtés à la fois. Cette maladie vient par paroxysmes durant un, deux, trois mois, et séparés par des intervalles qui peuvent être de plusieurs mois. Puis vient un paroxysme plus violent que les autres, et quelques-uns des ganglions suppurent. Dans certains cas, la suppuration s'étend à plusieurs ganglions et successivement à toute la masse ganglionnaire. Les malades sont condamnés alors à un long séjour au lit et dans la chambre, et la suppuration n'est quelquefois tarie qu'après une année.

Enfin, dans des circonstances heureusement fort rares, comme dans un fait dont j'aurai l'occasion de vous parler, en traitant des abcès périnéphriques, un chapelet de ganglions suppura depuis l'aine jusqu'au rein, et de vastes abcès se formèrent autour de ce viscère. Vous comprenez, messieurs, le danger qui peut résulter d'un pareil accident.

Dans le plus grand nombre des cas qu'il m'a été donné d'observer, la maladie s'est arrêtée vers l'âge de la virilité, sans que l'action de la médecine m'ait semblé fort utile.