

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 lymphé; 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 détaillée, au chapitre consacré aux affections des voies génitales. Nous dirons seulement que cette inflammation, d'allure très 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 bien 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. Plus récemment, Lannelongue a étudié les gommés développées sur le trajet des lymphatiques dont les radicules naissent au niveau d'un os ou d'une articulation malades. Des collections froides s'étagent parfois le long des troncs qui se dirigent de la périphérie vers le centre; elles s'ouvrent et donnent naissance à un abcès tuberculeux.

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 secondairement : 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 lymphé, 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 VII

AFFECTIIONS DES GANGLIONS LYMPHATIQUES.

I

TRAUMATISMES.

Les *piqûres*, les *coupures*, les *contusions*, les *plaies contuses* des ganglions lymphatiques sont fort mal connues, et l'on suppose leurs symptômes plutôt qu'on ne les décrit rigoureusement; 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 plus ou moins abondante 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 fort retardée. Du reste, 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 trop nombreuses pour ne pas être divisées en catégories; 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; elles sont infiniment rares; 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, d'ordinaire, dans le territoire des vaisseaux blancs qui dépendent des ganglions atteints, une plaie grande ou petite, 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 moniformes 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 très 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 qu'on trouve, dans le territoire de leurs lymphatiques, 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 beaucoup plus épais. Bientôt le ganglion œdémateux, 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 intense 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 diffluent, offre sur le fond rouge de sa coupe des îlots jaunâtres de matière purulente; les foyers s'accroissent, 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 sorte de coque fibreuse distendue par une collection purulente. Cette membrane d'enveloppe finit elle-même par se détruire, l'abcès gagne les tissus environnants, qu'il décolle dans une plus ou moins grande étendue avant de se faire jour au dehors, 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, le plus souvent à la racine des membres, au pli de l'aîne, dans l'aisselle ou bien encore au coude, dans le creux poplité, à la région cervicale, des tumeurs de volume variable, de la grosseur d'un haricot à celle d'une noix, et indépendantes encore 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 rapidement, 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, loin de s'amender, 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 plus ou moins large et plus ou moins épais, à surface irrégulière; la peau qui le recouvre est rouge,

chaude, œdémateuse, adhérente; c'est l'*adéno-phlegmon* de Velpeau; bientôt on y perçoit de la fluctuation, les téguments s'amincissent, 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 bourgeons charnus.

Cette inflammation peut évoluer localement, 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 prend l'allure d'une intoxication véritable: elle débute par un frisson violent, par une fièvre intense; des accidents cérébraux éclatent et la maladie prend une marche ataxique ou adynamique redoutable. 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 déjà 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 chancrelle ou d'un chancre induré? ou l'inflammation ganglionnaire est-elle la conséquence d'une dyscrasie? Mais nous ne saurions entrer ici 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 fort 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 ou continus, tous soins qui arrêteront les progrès de l'inflammation ganglionnaire.

Les onctions d'onguent mercuriel sur la région tuméfiée, les vésicatoires volants appliqués à plusieurs reprises, ont donné de bons résultats et nous avons vu des bubons disparaître à la suite de leur emploi. La compression, très vantée aussi, est d'un maniement plus difficile. Lorsque le pus s'est déjà collecté, il ne faut pas attendre sa diffusion et les décollements étendus de la peau; une incision assez large pour permettre le facile écoulement du liquide 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 très différentes et pour la plupart fort 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 habituellement à des irritations répétées du réseau d'origine des lymphatiques afférents des ganglions; c'est ainsi que 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 rebelles, le triangle de Scarpa est très souvent le siège d'une adénite chronique; on l'observe au creux de l'aisselle chez les manouvriers dont les mains ont un épiderme calleux, fendillé de crevasses, chez les individus atteints d'engelures chroniques. Sous l'influence de ces causes, l'engorgement survient peu à peu et s'établit sournoisement; mais il éclate parfois à la suite