

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

d'une poussée aiguë dont la tuméfaction ne se résout pas. L'adénite de la syphilis est essentiellement chronique : son importance lui vaudra une description particulière.

Anatomie pathologique. — Cornil et Ranvier ne nous parlent pas des premières périodes de l'engorgement chronique; 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, dans nombre de points, paraissent fibrillaires. « Le parenchyme folliculaire présente, par contre, une atrophie plus ou moins considérable et 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 les unes sur les autres; 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 redoutables, mais ils s'agit alors de ces lymphadénomes dont nous avons ailleurs présenté l'histoire.

Ces pléiades chroniquement enflammées peuvent se résoudre et, au bout d'un temps plus ou moins long, surtout lorsqu'on a pu supprimer les causes qui ont provoqué leur apparition, les petites tumeurs s'affaissent et disparaissent. Le plus souvent elles restent indéfiniment stationnaires, à moins qu'une poussée aiguë ne survienne, qui parfois se termine par la production d'une suppuration plus ou moins étendue; ce phénomène se montre surtout dans l'adénite tuberculeuse.

Diagnostic. — Il est souvent fort malaisé, et, lorsqu'on constate l'existence de cet engorgement ganglionnaire, un examen fort 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 bien encore 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 d'ailleurs 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 ou dans les lymphadénomes que ces divers moyens doivent être utilisés?

2° ADÉNITE TUBERCULEUSE.

Nous réunissons dans une même description l'adénite tuberculeuse et l'adénite scrofuleuse, étudiées séparément par la plupart de nos auteurs classiques : la clinique ne nous donne aucun signe qui permette de distinguer ces deux affections; l'anatomie pathologique n'est pas moins muette. Aussi considérerons-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 encore les uns des

autres. Rarement, dans un groupe, un ganglion seul est atteint; l'inflammation, au contraire, en envahit plusieurs; leur consistance, d'abord assez dure, élastique, rénitente, se modifie avec le progrès de la dégénérescence; la tumeur, d'un gris jaunâtre pâle, montre une surface de section parsemée de points opaques dont quelques-uns ont bien l'aspect de granulations grises; ils se réunissent en îlots caséeux, 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 même 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 plus ou moins étendues. « 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 assez communément une transformation fibreuse du tissu réticulé. Cette inflammation chronique 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 bien 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 que l'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 quelconque, 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 réu-

nissent, s'immobilisent dans le tissu cellulaire enflammé, et l'on a le tableau clinique d'un véritable 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 scrofuleuse à parois fongueuses, à lèvres amincies et décollées.

Le plus souvent, l'adénite s'établit d'une manière insidieuse; peu à peu 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 sorte de caverne 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 en général 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 le plus souvent 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'iode de potassium, les préparations martiales, l'arsenic feront le plus souvent disparaître les engorgements ganglionnaires; on aura soin d'ailleurs d'éviter toute cause d'irritation, l'exposition au froid, les frottements, les violences extérieures quelconques.

Les applications locales n'ont qu'une influence contestable sur la résolution de l'engorgement : les onctions d'onguent mercuriel, les badigeonnages à la teinture d'iode jouissent cependant d'une grande vogue et ont quelque valeur sans doute; la compression méthodique, dans les régions où elle est applicable, a donné de réels succès; 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 nous croyons qu'il faut en user avec modération : ces interventions chez les tuberculeux ne sont pas toujours innocentes, elles peuvent hâter l'apparition d'une poussée granuleuse nouvelle en d'autres points de l'organisme; de plus, elles sont souvent incomplètes; on laisse dans quelque anfractuosité de la plaie, autour des gros troncs vasculaires ou nerveux, du tissu malade qui provoquera une récurrence. Dans ces derniers temps, Verneuil a proposé de pratiquer 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, et cette guérison nous l'avons observée plusieurs fois après une ou plusieurs injections.

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 chancelle ne sont pas chancelleuses, et l'on a observé des bubons non virulents : l'ulcération spécifique a retenti sur les ganglions, tout 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 158 bubons chancelleux et 147 inflammatoires. Straus, il est vrai, conteste toutes ces statistiques, et d'après ses recherches, le pus des bubons n'est 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 chancelles, 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 chancelles, dans la clientèle civile, il est vrai. S'il y a chancelle sans bubon, peut-il y avoir bubon sans chancelle? 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 bien des esprits. Elle est en général 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, dans certains cas, l'absence apparente de porte d'entrée pour le virus.

Les frottements, les contusions, l'irritation de la chancelle, 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 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, nous dit Jullien, que cette variété d'adénite a beaucoup 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 chancelle, 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, d'ordinaire, 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, œdématiés 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, moniliformes; en certains points, ils soulèvent les téguments et une collection purulente apparaît et s'ulcère; le liquide s'évacue pour faire place à une perte de substance dont l'aspect est absolument celui du chancre mou.

En même temps, un ganglion devient douloureux, un seul presque toujours et du côté correspondant à la chancrelle; mais on cite des cas où l'inflammation se développe du côté opposé et des faits plus rares encore où l'adénite est bilatérale. La douleur est extrêmement vive, et telle que les mouvements des jointures voisines en sont rendus presque impossibles; la glande grossit, elle se dessine sous la peau rouge ou violacée; elle est d'abord mobile, mais le tissu cellulaire s'affecte et l'on se trouve en présence d'un véritable adéno-phlegmon. Au pli de l'aîne, son siège le plus fréquent, la collection elliptique, à grand diamètre transversal, semble située au devant du ligament de Poupert, qu'elle déborde en haut et en bas.

La fluctuation est rapide; le pus a d'abord deux foyers distincts: il se développe dans les lames conjonctives péri-ganglionnaires, et dans le ganglion encore entouré d'une coque résistante; le premier de ces liquides, bien lié, jaune, franchement phlegmoneux, n'est pas virulent, tandis que l'inoculation du second, mal lié, grisâtre, provoquerait l'apparition d'un chancre mou. Lorsque les deux pus se mélangent, la masse totale deviendrait inoculable. Nous avons exprimé plus haut l'opinion contradictoire de Straus, basée sur l'examen de quarante-quatre bubons dont aucun n'était virulent. Mais il s'agissait évidemment d'une série exceptionnelle, et l'on admet

maintenant que si la grande majorité des bubons chancrelleux sont inflammatoires, il en est quelques-uns de virulents. Après ulcération de la peau, le liquide s'écoule au travers de la peau ulcérée et laisse une cavité anfractueuse, déchiquetée, à bords amincis et décollés et qui prend les allures de la chancrelle.

Le processus réparateur est des plus lents; il faut des semaines et même des mois pour que la cicatrisation soit complète, encore est-elle souvent contrariée par de nombreuses complications: des décollements étendus, des fusées purulentes, une gangrène de la peau qui dénude de larges espaces, toute la région inguinale, le triangle de Scarpa, une partie de la paroi abdominale; l'ulcération peut prendre la forme phagédénique, découvrir les troncs nerveux, les gros vaisseaux et s'éterniser avec des améliorations passagères suivies de recrudescences rapides. Fournier a soigné un de ces chancres qui durait depuis quatorze ans.

On a noté encore des hémorragies de causes diverses; tantôt elles surviennent pendant les efforts du malade: le sang abdominal est refoulé vers le membre inférieur, la surface ulcérée du bubon se congestionne et saigne; tantôt des vaisseaux d'un certain calibre sont mis à nu; leur paroi, altérée par l'inflammation du voisinage, est peu résistante et se laisse rompre. Dans quelques cas exceptionnels, on a observé une orchite de voisinage chez ceux dont le testicule est retenu à l'anneau, et une péritonite assez grave pour entraîner la mort. Besnier, Bourdon et Clerc en ont cité des exemples. Enfin, chez les scrofuleux, des fongosités compliquent parfois les bubons.

Traitement. — Le bubon est d'un diagnostic fort aisé; son origine se révèle par la chancrelle concomitante ou, dans des cas fort rares, antérieure et déjà cicatrisée lorsque l'adénite se développe. L'inoculation, puis la marche de l'ulcération laissée par l'ouverture de la collection purulente, permettront de reconnaître s'il s'agit d'un bubon chancrelleux ou simplement inflammatoire. Dans le premier cas, le pronostic est grave par le phagédénisme, la gangrène, les hémorragies, les fistules dont il peut être le point de départ et les cicatrices vicieuses qu'il laisse souvent après lui.

Tout chancre mou doit être surveillé avec le plus grand soin: les pansements humides et souples, la protection des parties ulcérées, l'absence de traumatisme, d'irritation, seront le meilleur traitement prophylactique. Tarir la virulence par le procédé de chauffage d'Au-

bert, de Lyon, serait encore un moyen d'éviter le développement de l'adénite. On sait que, d'après Aubert, les germes de la chancrelle ne peuvent résister à une température supérieure à 58 ou 59°, ce qui explique pourquoi les ganglions superficiels du pli de l'aîne sont seuls atteints et pourquoi le chancre du col ne provoque jamais l'apparition d'une adénite : les ganglions pelviens qui leur correspondent ont une température trop élevée pour cela.

Lorsque le bubon complique déjà la chancrelle, le traitement d'Aubert est encore applicable : il propose les demi-bains « au-dessus de 40°; il a pu les faire supporter assez facilement pendant 8 à 10 heures, ce qui élève la température du malade de 58°,5 à 59°,5 ». Grâce à cette méthode, il guérit en quinze jours les bubons chancreux qui réclamaient autrefois de deux à quatre mois de soins assidus. « J'espère même, ajoute-t-il, en combinant le chauffage avec la présence d'un agent toxique pour le chancre et innocent pour les tissus (calomel, iodoforme), arriver bientôt à réaliser le programme dont je poursuis l'exécution et qui est de tarir la virulence du jour au lendemain. »

Cette méthode séduisante n'a pas encore subi un contrôle suffisant : aussi devons-nous signaler les autres procédés; les vésicatoires volants, préconisés par Diday et dont l'application sera plusieurs fois répétée, suivant le conseil d'A. Guérin. Nous avons, à l'hôpital du Midi, obtenu de bons résultats par ce traitement. Les badigeonnages à la teinture d'iode, les onctions d'onguent mercuriel, la compression, sont moins actifs, mais compteraient aussi quelques succès. Néanmoins, dans l'immense majorité des cas, le bubon évolue et suppure quand même. Faut-il alors intervenir d'une manière plus radicale ?

Quelques auteurs sont pour l'expectation : leur pratique n'a pas prévalu. Les uns ouvrent largement le bubon, qu'ils cautérisent ensuite au fer rouge ou par les caustiques chimiques, ou qu'ils essayent de modifier par des pansements à l'iodoforme; d'autres ont recours aux ponctions aspiratrices précoces suivies d'injections intraganglionnaires d'acide phénique ou salicylique, de chloral, de chlorate de potasse, de sulfate de cuivre, de solutions camphrées. L'acide phénique semble avoir donné les meilleurs résultats. La ponction hâtive a été préconisée par Broca : il enfonçait au centre du ganglion la lame étroite d'un bistouri, puis comprimait énergiquement la

tumeur pour en chasser le pus, répétant cette opération jusqu'à ce que la suppuration fût tarie. Cette méthode est trop douloureuse et trop infidèle pour être recommandée.

b. ADÉNITES SYPHILITIQUES.

On en décrit trois variétés : l'adénite *primitive*, l'adénite *secondaire* et l'adénite *tertiaire*.

1. ADÉNITE PRIMITIVE.

Elle est parfois précédée d'une lymphangite et, une fois sur cinq, d'après Bassereau, on trouve, entre le chancre et les ganglions engorgés, un ou plusieurs cordons durs, rectilignes, moniliformes, du volume d'une plume de corbeau, indolores, aphlegmasiques; les téguments soulevés conservent leur coloration normale; à peine, dans quelques cas exceptionnels, note-t-on une teinte rosée sur le léger relief formé par le vaisseau. Du reste, en moins d'un mois cette tuméfaction disparaît; elle se résout sans laisser de trace et les cas sont fort rares où elle se termine par un abcès ou une fistule.

Du septième au quinzième jour après l'apparition du chancre, l'adénopathie se développe dans les ganglions correspondants au territoire où siège l'ulcération spécifique. Cet engorgement est, pour ainsi dire, nécessaire, et si Ricord exagère lorsqu'il dit « qu'il accompagne le chancre aussi fatalement que l'ombre suit le corps », nous voyons, d'après un relevé général de Jullien, que sur 1561 cas de chancre sypilitique, l'absence d'adénite a été constatée 57 fois seulement.

L'engorgement frappe sur plusieurs ganglions et, dans les chancres génitaux, les plus fréquents de tous, la plupart des ganglions de l'aîne sont atteints et le plus souvent des deux côtés à la fois; ils forment, sous la peau, une *pléiade* caractéristique de petites tumeurs du volume d'un pois à celui d'une noisette, dures, chondroïdes, indolentes, indépendantes les unes des autres, mobiles, globuleuses ou mamelonnées. En général, le ganglion le plus rapproché du chancre est le plus gros; c'est « le ganglion anatomique », « le préfet de l'aîne » de Ricord; il est assez rare de le voir seul engorgé.

L'évolution froide dans l'adénite de la vérole est de règle. On a constaté cependant des phénomènes inflammatoires et, sur 1685 cas

de bubons syphilitiques primitifs, Jullien trouve 49 bubons suppurés, soit une proportion de 2,9 pour 100. Mais un examen attentif démontre presque toujours que la syphilis n'est plus seule en cause : l'individu est strumeux, ses ganglions sont agglomérés par inflammation du tissu cellulaire qui les environne; ils se tuméfient, la peau se soulève, rougit, s'ulcère; une petite quantité de pus séreux et mal lié s'écoule et des fongosités s'élèvent du fond de la cavité à bords décollés et amincis. Encore a-t-on souvent vu le pus se résorber, même dans les cas où la fluctuation était des plus nettes. D'autres fois, il s'agit d'une ulcération *mixte*, à la fois syphilitique et chancreuse. Ici deux cas se présentent : ou bien la chancrelle s'est syphilitisée, ou bien le chancre dur s'est chancrélisé; dans le premier cas, la suppuration est beaucoup plus fréquente que dans le second, la syphilis oblitérant, dit-on, les voies lymphatiques. Il n'en est pas moins vrai que l'inflammation s'observe dans l'une et l'autre alternative. Enfin, elle peut être la conséquence de toutes les irritations possibles, et les traumatismes, les cautérisations intempestives, les pansements négligés se traduisent parfois par une adénite suppurée.

Il est établi maintenant que, d'ordinaire, l'adénite primitive prend tout son développement en douze ou quinze jours, puis reste stationnaire et persiste longtemps après la cicatrisation du chancre; elle peut s'accroître lors des éruptions cutanées de la période secondaire; aussi est-il fréquent de la retrouver, non seulement plusieurs mois, mais plusieurs années après son apparition, et Venning, cité par Jullien, a montré que, sur 48 syphilitiques soumis à un traitement rationnel, un seul, au bout de sept ans, était exempt de tumeur ganglionnaire inguinale.

2. ADÉNITE SECONDAIRE.

Elle est précédée quelquefois d'angioleucite et l'on trouve, sous les téguments atteints d'éruptions plus ou moins confluentes, de petits cordons durs, moniliformes, parallèles, qui suivent le trajet connu des lymphatiques et se dirigent vers les ganglions; il n'y a ni douleur, ni coloration anormale de la peau; la résolution est assez rapide et se fait sans laisser de trace; aussi cette lymphangite échappe-t-elle à qui ne la recherche avec soin.

L'engorgement ganglionnaire est, au contraire, des plus nets : d'habitude on observe non seulement une sorte de poussée nouvelle du côté de la pléiade biinguinale formée dès l'apparition du chancre génital, mais d'autres régions se prennent, le cou aussi bien dans le segment postérieur qu'en aval et sur les côtés, l'aisselle, l'épitrochlée, le creux poplité; on trouve même des chaînes, des chapelets ou des ganglions isolés en des points où l'anatomie n'en révèle pas d'ordinaire : dans le cuir chevelu, dans la région dorsale, près de l'omoplate, aux lombes, sur la clavicule, à la jambe.

« Sur vingt sujets observés par Campana, nous dit Jullien, voici quelle était, par ordre de fréquence, la localisation de l'adénopathie; les aines 20 fois, les côtés du cou 15, la nuque 8, les régions sous-maxillaires 5, crurale 5, axillaire 2, parotidienne 2, épitrochléenne 2, et sous-mammaire, 2. » Cette sorte de généralisation a, pour le diagnostic de la syphilis, une importance qui ne saurait échapper. L'adénite secondaire ressemble de tous points à celle de la période primitive : on retrouve la même dureté, la même indolence, les mêmes tumeurs lobulées, mobiles, sans changement de couleur à la peau. Elle ne suppure que dans des cas exceptionnels, et lorsque le sujet qui la porte est strumeux.

3. ADÉNITE TERTIAIRE.

Nous ne connaissons guère cette affection que depuis les recherches de Verneuil, de Virchow, de Lancereaux, de Cornil et de Campana. Elle n'est parfois que l'engorgement des premières périodes qui persiste; parfois aussi, elle apparaît avec les accidents tertiaires et revêt une physionomie spéciale. Tantôt elle prend la forme *scéreuse* et tantôt la forme *gommeuse*.

L'adénite *scéreuse* est caractérisée par la multiplicité des ganglions atteints; les superficiels et les profonds, ceux du cou, de l'aisselle, de l'aîne, aussi bien que ceux du médiastin, du mésentère, des lombes et des bronches, peuvent être envahis; ils sont petits, durs, grisâtres à la coupe, d'aspect fibreux. L'adénite *gommeuse* est, en général, plus circonscrite; un ou plusieurs ganglions se tuméfient; au début, leur masse est rosée, ferme, élastique, puis survient la dégénérescence, la caséification; la trame jaunâtre se ramollit et se transforme en une collection puriforme.

A ce moment des douleurs s'accusent, l'atmosphère celluleuse s'enflamme; la peau rougit et devient adhérente; elle s'ulcère et le pus s'écoule à l'extérieur. Cette suppuration, qui s'observe surtout chez les strumeux et à l'occasion d'un traumatisme ou d'une irritation des téguments, peut s'accompagner d'accidents graves, et, dans le cas d'adénite tertiaire inguinale rapporté par Verneuil, une sorte de phagédénisme creusa les tissus jusqu'à l'artère fémorale, qui fut ouverte; le malade fut emporté par une hémorrhagie foudroyante.

En général, la perte de substance rappelle les ulcères syphilitiques tertiaires: une cavité profonde à bords cuivrés, rouges, taillés à pic, parfois décollés et frangés, à fond irrégulier, anfractueux, déchiqueté, pulpeux, recouvert de débris jaunes, semblables au bourbillon de l'anthrax. Chez les scrofuleux, elle perd quelques-uns de ces caractères et se rapproche davantage des ulcères de la tuberculose; le diagnostic présente alors quelques difficultés, mais l'influence rapidement curative de l'iodure de potassium et des applications mercurielles sur la plaie seront un utile renseignement.

4^o TUMEURS DES GANGLIONS.

Nous serons bref sur ce chapitre: on a signalé des *kystes* des ganglions de l'aîne et du cou; nous en renvoyons l'étude aux maladies de ces régions. Quant aux *tumeurs malignes*, elles sont *secondaires* ou *primatives*. Les premières, de beaucoup les plus fréquentes, sont le fait de la propagation d'un carcinome ou d'un épithélioma, peut-être aussi d'un sarcome ou d'un chondrome. Nous nous en sommes déjà occupé à propos de ces divers néoplasmes.

Donc, nous dirons seulement que, dans tel ou tel cas, la tumeur ganglionnaire apparaît un certain temps après l'ablation de la tumeur primitive: c'est une cause d'erreur qu'il ne faut pas négliger. Il se peut aussi que la tumeur primitive soit petite, profonde, tandis que l'adénite est volumineuse et superficielle. Verneuil a beaucoup insisté sur des cancroïdes ignorés de la base de la langue ou de l'extrémité supérieure de l'œsophage qui se révélaient, tout d'abord, par un engorgement ganglionnaire fort apparent de la région sous-maxillaire ou carotidienne.

Un point est souvent délicat: l'adénite que l'on constate est-elle le signe d'une propagation de la tumeur maligne dont on a reconnu

l'existence, ou s'agit-il d'un engorgement ganglionnaire simple provoqué par un examen trop brutal, ou par quelque autre irritation? La réponse peut être difficile, et, dans le doute, si le chirurgien intervient, il doit extirper tous les ganglions assez volumineux pour être découverts par lui.

Les tumeurs malignes primitives sont trop rares, leur histoire est trop mal connue pour qu'on puisse en tracer un tableau d'ensemble; mais, à propos de chaque région ganglionnaire, on étudiera les diverses sortes de néoplasmes, sarcomes, épithéliomas, carcinomes.

CHAPITRE VIII

AFFECTIONS DES NERFS.

LÉSIONS TRAUMATIQUES.

Elles diffèrent suivant la nature du nerf atteint par la violence extérieure, et les blessures des paires crâniennes ne rappellent nullement celles des cordons rachidiens. Nous ne nous occuperons ici que de ces derniers, nerfs mixtes qui président à la motricité et à la sensibilité générale; les affections chirurgicales des nerfs crâniens seront étudiées plus tard à propos des organes et des régions qu'ils animent.

Les lésions traumatiques varient encore suivant la nature du traumatisme, et nous établirons plusieurs catégories: d'abord la *compression*, la *contusion*, l'*écrasement* du nerf. Laissant de côté la *commotion*, fort hypothétique et imaginée surtout pour juxtaposer, dans une exacte symétrie, les lésions des centres et des cordons nerveux, nous décrirons ensuite la *distension* et l'*arrachement*; enfin toutes les *plaies*, piqûres, coupures, plaies contuses et par armes à feu.