

CHAPITRE III

INFLAMMATION DES GANGLIONS LYMPHATIQUES

Les lésions traumatiques des ganglions sont si peu connues, qu'il est impossible d'en faire l'objet d'un paragraphe spécial; ce n'est pas à dire que les plaies qui intéressent ces organes soient absolument rares, leurs symptômes primitifs sont d'abord masqués par l'hémorragie; plus tard elles ne présentent pas de caractères bien saillants et ne s'opposent pas ordinairement à la cicatrisation. Dans les opérations, le chirurgien se préoccupe peu des ganglions qu'il extirpe sans crainte des accidents et, de fait, on ne connaît pas suffisamment les troubles fonctionnels consécutifs pour qu'on puisse blâmer cette conduite.

Nous n'aurons donc à étudier que l'inflammation aiguë ou chronique, et les néoplasmes des ganglions; l'inflammation produite par certains virus irritants méritera également une mention spéciale.

§ 1^{er}. — Adénite aiguë

SYNONYME. — Lymphadénite.

Bibliographie. — CHASSAIGNAC, *Traité de la suppuration*, t. I^{er}, p. 351. — CRUVEILHIER, *Anat. pathol. générale*, t. IV, p. 495, 1862. — BONNAFONT, *Acad. des sciences*, 1856. — LEGROS, *Acad. de médecine*, 1865, t. XXVII. — BERGERON, *Th. d'agrég.*, 1872. — FOLLIN, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1849, t. XIV. — BERTHERAND, *Traité des adénites idiopathiques*, 1852. — CORNIL et RANVIER, *Histologie pathologique*, t. I^{er}, 1881. — LANCEREAUX, *Anat. pathologique*, t. II.

Consultez l'article LYMPHATIQUE de LE DENTU et LONGUET, in *Dict. de Jaccoud*, et l'article ADÉNITE de VELPEAU, in *Dict. de Dechambre*.

Thèses de Paris. — 1845, BROCA. — 1846, DUPUIS. — 1852, SALNEUVE. — 1859, ROUSTAN. — 1872, LAMBRY. — 1877, HERVOUET, WARNECKE. — 1881, ARÈNE, DANION.

L'adénite constituée par l'inflammation des ganglions lymphatiques est aiguë ou chronique, superficielle ou profonde. L'adénite aiguë est fréquente, mais elle ne parcourt pas toujours toutes ses phases et s'arrête souvent avant la suppuration. De là deux variétés ou deux degrés dans l'inflammation : 1^o adénite exsudative; 2^o adénite suppurée.

Étiologie. — Le mécanisme de production ne diffère pas pour ces deux formes, et leurs causes communes ont été depuis longtemps divisées en deux groupes, suivant qu'elles sont directes ou indirectes. Tandis que les premières (traumatisme, froid,) jouent un rôle très restreint dans le développement de

l'adénite, au contraire les causes indirectes sont de beaucoup les plus importantes. Avec VELPEAU nous admettons :

1^o Des adénites produites par contiguïté qui résulteraient de la propagation par contact d'une inflammation de voisinage.

2^o Des adénites consécutives à une lymphangite ou par continuité; nous avons vu en effet que cette maladie s'accompagne d'adénite à des degrés divers.

3^o Adénites emboliques provenant du transport de matériaux septiques, irritants, produits dans l'économie ou venus du dehors. L'irritation émanée d'une plaie, d'une piqûre, d'une coupure, d'une légère excoriation, d'un vésicatoire, d'un ulcère, suffit pour amener une adénite, sans qu'il soit toujours facile de se rendre un compte exact du processus, d'autant plus que les vaisseaux intermédiaires restent souvent indifférents. L'anthrax, le furoncle, le vaccin, l'érysipèle, l'eczéma sont encore autant de causes vulgaires de l'adénite aiguë, auxquelles il faudrait ajouter les fièvres éruptives ou infectieuses qui engendrent fréquemment des adénopathies susceptibles de suppurer; la peste à bubons en représenterait le type le plus frappant.

La dysenterie, la fièvre typhoïde déterminent l'adénite des ganglions du mésentère, qui coïncide avec une altération des plaques de Peyer. Au voisinage des organes génitaux se développent, à la suite d'une excoriation externe, d'une urétrite, ou même d'un chancre, des adénites appelées bubons sympathiques dont l'histoire appartient au groupe que nous étudions.

L'adénite peut-elle être idiopathique? S'il est difficile de nier son existence, on doit du moins reconnaître qu'elle est très rare. On observe des adénites dont la cause reste problématique; certaines adénites cervicales sont du nombre; mais on tend aujourd'hui à les rapporter à des manifestations primitives et locales de la tuberculose, sur lesquelles nous reviendrons.

Anatomie pathologique. — Les premiers phénomènes appréciables dans l'adénite sont le gonflement de l'organe et sa congestion vasculaire interne, les ganglions ont perdu leur perméabilité ou s'injectent très difficilement; au toucher ils donnent une sensation dure, élastique. La coupe rouge brun, d'aspect splénique avec des petits foyers hémorragiques disséminés, dénote une dilatation excessive des capillaires sanguins; de même l'arrêt de la circulation lymphatique est dû à la dilatation et à l'obstruction des sinus lymphatiques, au niveau de la surface corticale, par de la fibrine, de la matière granuleuse et des débris de leucocytes altérés. Les follicules ne restent pas indifférents; ils sont bourrés par la fibrine et les cellules lymphatiques agglomérées. En même temps, le stroma des ganglions se gonfle et s'infiltré de leucocytes.

En pressant ou en raclant la coupe d'un ganglion ainsi enflammé, on obtient un suc lactescent abondant où le microscope permet de reconnaître des leucocytes et des cellules épithéliales plus ou moins altérées à plusieurs noyaux; Le processus inflammatoire ne dépasse pas ce degré quand l'affection se termine par résolution, ce qui est fréquent, et rarement on voit le ganglion subir un ramollissement partiel. Dans le cas où l'adénite ne suppure pas, le gonflement, la congestion diminuent insensiblement et le ganglion peut s'indurer, s'atrophier ou revenir à l'état normal.

2° *Adénite suppurée.* — Si la cause irritante a une intensité suffisante, à la période congestive succède la période de suppuration; le ganglion primitivement dur se ramollit, son tissu plus friable cède sous la pression du doigt; sur la coupe, les îlots hémorragiques du début sont remplacés par de petits foyers jaunâtres bientôt franchement purulents, qui se réunissent par la disparition des fibres tuméfiées du stroma, et transforment insensiblement tout le ganglion en abcès kystique limité par la coque fibreuse de l'organe. D'après CORNIL et RANVIER, le pus se propagerait encore par le tissu cellulaire le long des vaisseaux.

En même temps que ces phénomènes se passent à l'intérieur du ganglion, le tissu cellulaire ambiant participe toujours à des degrés divers à l'inflammation; il arrive même qu'il réagit plus énergiquement que le tissu de la glande, aussi peut-il suppurer seul sans le ganglion (phlegmon périganglionnaire). D'autres fois, le phlegmon périphérique et le ganglion abcédé ne s'ouvrent pas simultanément; enfin le ganglion s'ouvre parfois à la peau sans que le tissu cellulaire suppure. FOLLIN et quelques auteurs admettent la rupture du ganglion abcédé dans le tissu cellulaire, fait bien rare, comparé aux cas nombreux où l'adéno-phlegmon existe seul. Pour DESPRÈS, l'engorgement des vaisseaux afférents en amont du ganglion imperméable expliquerait la production du phlegmon.

Symptômes. — 1° *Période congestive.* — L'adénite aiguë débute par de la douleur et du gonflement dans la région où se trouvent les ganglions; la douleur, d'une intensité très variable, est constante, spontanée, accrue par les mouvements et la pression. Lorsque les ganglions sont superficiels, comme au pli de l'aîne, on peut apercevoir un gonflement notable qui soulève la peau, ovoïde, à grand axe variable suivant la direction des lymphatiques correspondants; c'est là un élément de diagnostic précieux. La palpation permet de sentir une ou plusieurs masses arrondies, ordinairement mobiles, dures, élastiques, douloureuses; un empâtement assez marqué du tissu cellulaire, surtout chez les personnes grasses, empêche quelquefois de sentir les ganglions enflammés. Tous ces phénomènes deviennent bien plus obscurs quand l'adénite intéresse un ganglion profond ou situé dans une région peu accessible, comme la cavité thoracique, l'abdomen, l'aisselle et même le cou. Des symptômes généraux, un état gastrique plus ou moins marqué, un frisson, de la fièvre, existent presque toujours au début de l'adénite, persistent durant plusieurs jours et ne cessent, dans les cas les plus favorables, que vers le dixième ou le douzième jour. L'adénite peut en effet ne pas dépasser cette période de crudité, on voit alors tous les phénomènes généraux s'atténuer insensiblement; la douleur décroît, l'empâtement diminue et le ganglion le plus malade reste seul plus volumineux pendant assez longtemps.

2° *Adénite suppurée. Adéno-phlegmon.* — Lorsque l'adénite doit suppurer, les symptômes généraux offrent une grande intensité jusqu'à la formation du pus et sont identiques à ceux du phlegmon circonscrit. Quant aux symptômes locaux, ils varient beaucoup, suivant que le tissu cellulo-adipeux périganglionnaire est ou n'est pas enflammé en même temps. Dans tous les cas, la douleur devient plus aiguë, pongitive ou lancinante; la peau rougit, le tissu

cellulaire sous-cutané s'empâte et permet rarement de se rendre compte de l'état du ganglion. Il est indispensable de subdiviser avec les auteurs les divers modes de suppuration de l'adénite aiguë, suivant que le tissu cellulaire et le ganglion suppurent isolément ou ensemble.

a. *Le ganglion seul suppure.* La peau conserve encore ses caractères normaux; elle est seulement soulevée par la tumeur qui donne une sensation de mollesse bien différente de la dureté élastique de la première période. Du sixième au quinzième jour de l'affection, le pus tend à se porter au dehors; d'autres fois, la coque du ganglion amincie se rompt et le pus séreux, filant, qu'il contient s'épanche dans le tissu cellulaire où il détermine un phlegmon. Dans le premier cas la cicatrisation de la poche, qui s'opère comme pour un abcès, donne lieu à des cicatrices beaucoup plus petites que dans le second.

b. Sans qu'il soit possible d'en comprendre la cause, le tissu cellulaire ambiant s'enflamme souvent dans l'adénite aiguë et donne lieu à un *phlegmon périganglionnaire* ou *adéno-phlegmon* ou *péri-adénite* qui évolue indépendamment du ganglion et suit toutes les phases du phlegmon ordinaire. Abandonné à lui-même, il envahit toute l'atmosphère celluleuse du ganglion sans détruire ses connexions profondes; le pus tend à se porter vers la peau qui devient rouge, chaude, sensible, tuméfiée, acuminée en un point où l'on peut bientôt percevoir la fluctuation. A ce moment deux foyers purulents distincts se trouvent superposés, celui du tissu cellulaire et celui du ganglion. Le pus n'a pas une grande tendance à décoller les téguments, et après son élimination la guérison est possible sans que le ganglion primitivement envahi suppure fatalement. Les choses ne se passent pas toujours ainsi. LE DENTU admet que l'adéno-phlegmon peut encore avorter, mais il ne faut pas pour cela que le pus s'y soit déjà formé; l'adéno-phlegmon affecte très rarement une forme gangreneuse.

c. Souvent on observe la suppuration du ganglion en même temps que celle du tissu cellulaire. Tantôt l'adéno-phlegmon s'ouvre le premier, tantôt c'est le ganglion suppuré qui rompt sa coque et provoque la suppuration du tissu cellulaire empâté. Quoi qu'il en soit, la quantité de pus est toujours abondante, et la durée de l'affection assez longue. Ainsi, on voit parfois après l'évacuation du pus du phlegmon, la cicatrisation ralentie jusqu'à l'ouverture de l'abcès intra-ganglionnaire qui évolue plus lentement. Enfin, quand plusieurs glandes sont enflammées simultanément, les collections s'ouvrent successivement dans le foyer commun de l'adéno-phlegmon et se vident au dehors; il est possible d'apercevoir à travers l'incision la saillie du ganglion avant la rupture que le chirurgien provoque quelquefois avec la sonde cannelée.

Terminaisons. 1° *Cicatrisation.* — L'adénite suppurée non virulente, après l'élimination du pus, tend vers la cicatrisation qui se fait peu à peu par bourgeonnement de la cavité, comme dans les abcès chauds; la durée de la guérison dépend beaucoup de l'étendue du phlegmon et des décollements qui en résultent; mais elle n'est jamais inférieure à plusieurs semaines. La cicatrisation trop hâtive de l'adénite peut être instable et la collection se rouvre pour livrer passage au pus d'un ganglion abcédé.

2° *Fistule*. — L'adénite aiguë aboutit encore à une ou à plusieurs fistules, d'où s'écoule un pus séreux ou même de la lymphe pure, ainsi qu'il résulte des recherches de DESPRÈS (Voy. art. LYMPHORRAGIE). Il n'est pas rare de voir la plaie, plus ou moins fongueuse, se déprimer en entonnoir dont le fond est constitué par le tissu du ganglion ou un vaisseau lymphatique, car les ganglions ne sont plus perméables. D'ailleurs on ignore absolument ce qu'ils deviennent après l'adénite suppurée; on sait seulement que ceux du voisinage restent longtemps indurés et l'adénite passe à l'état chronique.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'adénite aiguë superficielle est facile. La présence de tumeurs dures, mobiles, douloureuses, à évolution assez rapide, avec empâtement du tissu cellulaire dans une région où il existe des ganglions, caractérise suffisamment cette affection qui ne ressemble à aucune autre. On peut, en se guidant sur le siège de la tumeur, en chercher la cause dans quelque altération du réseau lymphatique correspondant; l'adénite inguino-crurale par exemple n'a pas le même siège suivant son origine; celle qui succède à une lésion superficielle du pied occupe ordinairement la partie inférieure du triangle de Scarpa; un furoncle de la fesse amène une adénite inguinale externe, tandis que les adénites internes de la même région répondent à quelque lésion de l'anus, du périnée et de la verge.

Lorsque l'adénite suppure il est assez malaisé de reconnaître, au milieu de l'empâtement général, les ganglions masqués par l'adéno-phlegmon; mais le siège, l'origine du mal, un examen attentif de la marche de l'affection permettent toujours de rapporter le phlegmon à sa véritable cause.

Le diagnostic des adénites profondes, surtout viscérales, est bien autrement difficile, parfois même impossible. Sans sortir de l'exemple cité plus haut, il est arrivé à des chirurgiens d'ouvrir un adéno-phlegmon du canal crural croyant être en présence d'un étranglement herniaire; l'erreur inverse a été également commise, et ce fait suffit pour montrer la circonspection que doit apporter le praticien appelé à intervenir.

Pronostic. — Le pronostic de l'adénite aiguë n'est pas très grave quand elle suit sa marche normale; il le devient lorsque l'adénite se complique de phlegmons étendus, au voisinage d'organes importants, de décollements lents à guérir, de fistules lymphatiques rebelles, d'érysipèles, etc.; enfin l'adénite suppurée profonde est très dangereuse parce qu'elle expose à des fusées purulentes qui s'étendent au loin (cou, médiastins), et que le pus ne peut être facilement évacué.

Traitement. — 1° *Traitement abortif*. — Le premier soin sera de supprimer la cause de l'adénite et pour cela il faut, autant que possible, assainir les plaies où les racines lymphatiques ont puisé le principe irritant. Cette seule précaution réussit souvent. En outre, on a conseillé d'agir localement pour faire avorter l'adénite et l'empêcher de passer à la suppuration. Les sangsues, la compression, les vésicatoires volants, les frictions mercurielles, les pointes de feu ont tour à tour été préconisés dans ce but.

Les sangsues ne doivent être employées qu'au début, car, dès qu'il y a empâtement du tissu cellulaire, elles favorisent plutôt la suppuration. Les vésicatoires volants, vantés par VELPEAU, réussissent quelquefois, mais leur action

est incertaine, ils sont très douloureux et activent fréquemment la marche de l'affection; la compression, utile dans les premiers jours, n'est pas plus efficace; quant aux frictions avec l'onguent mercuriel ou belladonné, elles n'ont aucun avantage bien prouvé. A tous ces moyens il faut préférer le repos, l'immobilité de la région, le relâchement des muscles, une position convenable du membre, les bains, un pansement ouaté, auxquels on ajoute un purgatif pendant les premiers jours.

Si les symptômes ne s'amendent pas, il est inutile de chercher à faire avorter la suppuration et le mieux sera, vers le cinquième ou sixième jour, de remplacer les moyens précédents par un cataplasme qui accélère la formation du pus. Dès que la fluctuation devient sensible, la conduite la plus sage est de donner issue au pus par une incision; quelques chirurgiens préfèrent les caustiques, mais ils ne sont pas toujours applicables. VELPEAU a conseillé les ponctions étroites et multiples qui trouvent leur indication quand il y a plusieurs foyers; enfin BROCA recommande une ponction unique avec pression pour vider le ganglion. Si l'adéno-phlegmon est très étendu, on utilisera le drainage ou le séton filiforme préconisé par BONNAFONT; les cautérisations au nitrate d'argent, les injections de teinture d'iode permettent de tarir les fistules persistantes.

§ 2. — Adénite chronique

L'inflammation subaiguë et lente des ganglions lymphatiques porte le nom d'adénite chronique; ce terme, assez mal défini, sert dans la pratique pour désigner toutes les altérations simples ou spécifiques qui s'accompagnent d'un gonflement ganglionnaire; il est absolument nécessaire d'en préciser le sens et d'en séparer la tuberculose, la syphilis des ganglions, dont l'histoire n'appartient pas à l'inflammation simple.

Étiologie. — Nous avons vu que l'adénite aiguë peut passer à l'état chronique, c'est là un fait commun; aussi toutes les causes qui prédisposent à l'adénite aiguë engendrent également la forme chronique. Mais, en dehors de ces cas, l'adénite se produit encore d'emblée sous cette forme et alors elle est idiopathique ou consécutive à une irritation périphérique, faible dans son intensité, mais constante dans son action.

L'adénite chronique idiopathique, indépendante d'une maladie des vaisseaux ou d'une altération de la lymphe transmise aux ganglions, constitue une affection rare, si l'on en retranche, comme nous le faisons, les manifestations diathésiques; elle existe cependant et alors les ganglions sont affectés primitivement, isolément, indépendamment de toute lésion du voisinage. Le froid serait la seule cause connue qui, chez les personnes à tempérament lymphatique, suffirait à la produire. Nous pensons qu'il ne faut pas considérer comme adénite chronique simple les altérations des ganglions cervicaux, si fréquentes dans l'armée; des recherches récentes permettent, en effet, de les regarder comme des manifestations tuberculeuses locales.

Le plus grand nombre des adénites chroniques ont pour origine quelque irritation périphérique persistante qui retentit insensiblement sur les ganglions