

régionaux. C'est ainsi que les ulcères, les affections chroniques de la peau ou des muqueuses, des os, du périoste, des articulations, les inflammations chroniques des viscères, les lésions traumatiques longues à guérir produisent secondairement et par propagation une irritation lente des ganglions. A ces causes si nombreuses il faut ajouter certains néoplasmes susceptibles peut-être de provoquer une inflammation subaiguë des ganglions du voisinage, évidemment de nature franche, puisque l'extirpation de la tumeur les fait disparaître. Ces cas semblent rares d'ailleurs.

Anatomie pathologique. — Les lésions de l'adénite chronique sont encore assez mal connues, parce que la confusion actuelle entre cette maladie et la tuberculose des ganglions est peu favorable à la lucidité de la question. Cependant deux faits dominant leur histoire : 1° le gonflement du ganglion atteint; 2° la sclérose du stroma qui tend à étouffer les éléments propres et les follicules.

Le volume des ganglions est ordinairement triplé ou quadruplé; ils ont une coloration grisâtre, une consistance plus dure, plus élastique qu'à l'état normal; ils se séparent assez difficilement du tissu cellulaire feutré qui les entoure et qui adhère de toutes parts à la coque du ganglion. Les vaisseaux lymphatiques afférents sont plus gros, épaissis, visibles à l'œil nu sous forme de cordons blanchâtres.

La coupe est dure, résistante, de couleur grise ou rose, analogue à celle de la chair lavée, le tissu friable. Grâce aux données histologiques on sait qu'il existe une hypertrophie généralisée du tissu conjonctif, que les vaisseaux du système caveux sont en quelque sorte étouffés par la sclérose des travées réticulaires; enfin les cellules lymphatiques et les follicules corticaux très rares ont subi la dégénérescence granulo-graisseuse.

Lorsque l'adénite chronique aboutit à la suppuration, elle se comporte de la même façon que l'adénite aiguë; le pus se forme lentement dans le ganglion par foyers ou vacuoles remplis de pus, qui se réunissent et détruisent le tissu de l'organe, ou bien à la suite d'une poussée aiguë le tissu ambiant s'enflamme en même temps que le ganglion. Le pus des ganglions abcédés, d'ordinaire séreux, filant, contient beaucoup de leucocytes granuleux.

Symptômes. Marche. Terminaisons. — L'adénite chronique superficielle, la seule qui intéresse le chirurgien, forme une tumeur saillante sous la peau, tantôt unique, tantôt multiple, suivant qu'un ou plusieurs ganglions sont altérés; habituellement isolées et mobiles, ces tumeurs sont parfois conglomérées; elles sont alors plus adhérentes aux organes voisins et profonds. Au début, le ganglion a un petit volume, celui d'une amande, d'une noix, plus tard il peut atteindre les dimensions d'un œuf de poule ou de dinde; généralement allongé, dur, il ne présente de la mollesse et de la fluctuation qu'autant qu'il s'est abcédé.

L'adénite chronique, longtemps indolente, devient douloureuse lorsque par son développement, le ganglion comprime les filets nerveux, les organes du voisinage ou qu'il s'enflamme.

Abandonnée à elle-même, l'adénite chronique est caractérisée par son évolution lente; elle reste à l'état d'induration ou de sclérose pendant de longues

années, puis disparaît insensiblement avec les progrès de l'âge. Cette terminaison par résolution et atrophie n'est pas rare après la guérison des affections chroniques, lorsque l'irritation cesse d'exercer son influence à distance. Ainsi l'amputation d'un membre, la cicatrisation d'un ulcère, l'ablation d'un séquestre, l'extirpation d'une tumeur sont susceptibles de faire résoudre les adénites chroniques; bien souvent la sclérose persiste et le ganglion ne reprend pas complètement ses fonctions.

Cette variété d'adénite se termine assez fréquemment par suppuration; les causes externes telles que le froid, le traumatisme, un état général mauvais, peuvent amener dans quelques cas le ramollissement du ganglion induré, mais presque toujours ce processus évolue lentement sans cause appréciable. Le pus a une grande tendance à se porter au dehors; le ganglion adhère à la peau habituellement rouge, chaude, qui proémine et s'amincit, ensuite le pus est évacué spontanément; ailleurs la coque du ganglion se rompt dans le tissu cellulaire, il se forme un adéno-phlegmon qui suit la même marche que ceux de l'adénite aiguë. Après l'évacuation du pus la cicatrisation est toujours longue, les fistules suppurent longtemps et des cicatrices déprimées, violacées, indélébiles, difformes quelquefois, font adhérer la peau aux parties sous-jacentes.

Diagnostic. — Les caractères presque tous objectifs de l'adénite chronique, l'existence d'une ou plusieurs tumeurs superficielles, dures, indolentes, mobiles, bosselées, développées lentement dans une région où il y a normalement des ganglions, ne permettent pas de confondre cette maladie avec d'autres tumeurs. Cependant les erreurs ne sont pas exceptionnelles surtout quand il s'agit d'adénites profondes qui, dans chaque région, donnent le change avec d'autres affections, des kystes, des hernies épiploïques, des fibromes, etc.

Bien autrement difficile est le diagnostic différentiel entre l'adénite chronique simple et la tuberculose, le lymphadénome, le cancer primitif des ganglions; toutes ces affections ont au début les mêmes signes, l'hypertrophie du ganglion, la marche lente, l'indolence; les symptômes caractéristiques n'apparaissent que plus tard. Il faut alors examiner l'état général, l'existence ou l'absence de lésions cutanées, les antécédents morbides, l'âge des malades, le milieu dans lequel ils vivent, toutes conditions qui seront d'un grand secours dans l'appréciation de la nature réelle de l'adénite.

Pronostic. — L'adénite chronique simple n'est pas une affection grave en elle-même; lorsque la suppuration survient, elle ne fait pas courir au malade de plus grands dangers qu'un simple abcès chaud ou froid.

Mais on ne saurait méconnaître que par son évolution lente l'adénite peut à la longue déformer les régions exposées (face, cou), atrophier et comprimer des organes importants (parotide, glandes), surtout dans les grandes cavités, gêner les fonctions des membres et des articulations. Toutes ces éventualités devront être présentes à l'esprit du chirurgien appelé à se prononcer sur la gravité de cette affection.

Traitement. — Le premier soin dans le cas d'adénite chronique sera d'en rechercher la cause. Or, comme la classe des adénites idiopathiques se restreint tous les jours, on la trouvera généralement dans quelque affection su-

perficielle de voisinage; il ne saurait être question ici des adénites viscérales qui sont hors de notre portée. Une fois la cause connue, on s'attachera par tous les moyens à la faire disparaître avant d'agir sur le ganglion induré. Comme l'adénite, lente à se produire, est encore plus lente à se résoudre, même après la suppression de la cause, à ce traitement indirect doit s'adjoindre un traitement direct, topique. Les médications employées contre ces affections souvent rebelles sont innombrables; nous ne passerons en revue que les principales.

1° *Résolutifs*. — La compression ou méthode de SERGEANT est assurément l'un des meilleurs traitements, à la condition qu'elle soit bien faite, appliquée régulièrement, méthodiquement, et nombre d'auteurs la préconisent; elle ne doit pas être douloureuse, sans quoi son application est défectueuse. L'ouate, l'amadou, les compresses graduées, les sachets de sable chaud, les pelotes élastiques pleines ou à air et maintenues par des bandages appropriés rendront de réels services quand ils seront susceptibles d'être employés; malheureusement, nombre d'adénites échappent à la compression par leur siège ou leur profondeur; d'ailleurs la compression peut être utilement combinée à d'autres méthodes.

Les fondants, onguent mercuriel belladonné, pommades iodurées ou à l'iodure de plomb, emplâtres mercuriels, sont d'un usage vulgaire; mais tout le monde est à peu près d'accord pour en reconnaître l'inconstance; on ne saurait en dire autant de la teinture d'iode qui agit en même temps comme révulsif, et qui, longtemps continuée, provoque assez souvent la suppuration.

L'électricité a été vantée outre mesure comme résolutif des adénites chroniques; dans le plus grand nombre des cas elle n'a pas d'effet, et les quelques succès qui servent de base à sa réputation sont largement compensés par les faits où la glande a doublé de volume en peu de jours. Enfin les injections interstitielles d'iode, d'acide acétique, d'alcool, etc., successivement essayées, doivent être rejetées.

2° *Moyens chirurgicaux. Destruction des ganglions*. — Les procédés qui réalisent ce but sont: l'écrasement, le broiement et l'extirpation. L'écrasement, mauvaise méthode, exige un plan osseux sous-jacent et se pratique avec un cachet, comme pour les kystes synoviaux. — Le broiement sous-cutané à l'aide d'un ténotome a pour objet de fractionner le ganglion tuméfié; c'est un procédé théorique dont les résultats sont mal connus. L'extirpation était autrefois en honneur; de nos jours on n'y a recours que pour les adénites monoganglionnaires, superficielles, très chroniques; une incision avec le bistouri permet de disséquer et d'énucléer la tumeur. Quand toute une chaîne de ganglions se trouve envahie, l'opération est contre-indiquée parce que le chirurgien s'expose à dépasser les limites de la zone dangereuse, à moins qu'il n'ait pour objectif de remédier à des accidents de compression progressifs.

Traitement de l'adénite chronique suppurée. — Le chirurgien cherche quelquefois, pour détruire une glande rebelle, à la faire suppurer; on y arrive par la malaxation, les applications répétées de teinture d'iode, les vésicatoires successifs, les cataplasmes. D'autres praticiens ne renoncent pas à faire avorter

l'adénite, même quand elle est suppurée, et ont recours pour cela à la compression suivie ou non d'injections phéniquées, aux ponctions aspiratrices ou simples avec de fins trocars. MALAPERT avait imaginé de saupoudrer de sublimé la surface des vésicatoires posés sur la tumeur. Ces moyens, assez inconstants, réussissent, et des faits probants démontrent que des adénites déjà fluctuantes peuvent subir une phase régressive.

Quoi qu'il en soit, la conduite la plus sage, quand l'adénite est suppurée, consiste à aider la nature par une petite incision déclive, dont on modifie la forme et la direction de manière à cacher autant que possible la cicatrice inévitable dans quelque pli cutané. Ces précautions sont utiles à la face, au cou, aux aines, etc.; on évite de cette façon les cicatrices difformes, violacées, végétantes, ainsi que les fistules. C'est encore dans le même but d'esthétique que LEVANNIER, BONNAFONT, FERROCHAUD ont préconisé les sétons filiformes, simples ou multiples. La cavité une fois ouverte devra être drainée afin d'éviter la stagnation du pus.

Enfin, on a recommandé, quand il y a des décollements, d'ouvrir les adénites suppurées avec les caustiques (pâte de Vienne, fer rouge, cautère Paquelin).

Le traitement ultérieur ressemble à celui de l'adénite aiguë; ajoutons cependant qu'on se trouve bien d'une légère cautérisation de la poche abcédée avec les divers caustiques et surtout la teinture d'iode à chaque pansement.

CHAPITRE IV

ADÉNOPATHIES VIRULENTES

§ 1^{er}. — Adénite chancreuse

SYNONYMES. — Bubon chancreux. — Adénite virulente

L'adénite chancreuse est une inflammation d'un ganglion produite par le transport du virus chancreux dans son intérieur.

Étiologie. — Cette définition suffit à elle seule pour expliquer l'origine de cette affection jadis confondue avec les adénopathies vénériennes, et qui n'a été réellement bien connue que depuis les travaux de HUNTER (1782), de WALLACE et de RICORD (1831-1837). HUNTER distingua les adénites aiguës simples par irritation (bubons sympathiques) et la syphilis des ganglions de l'adénite chancreuse; le premier il constata que le pus de certains chancres absorbé par les lymphatiques détermine une adénite suppurée susceptible de reproduire un nouveau chancre dont le pus est inoculable. Ce fait a été vérifié maintes fois par RICORD qui en a montré l'importance.

La nécessité d'un chancre primitif est aujourd'hui absolument prouvée, et l'on n'admet plus l'adénite chancreuse sans lésion, variété de bubon d'emblée

PATHOL. EXTERNE.