

Aujourd'hui même (13 décembre), sort de l'hôpital un jeune tailleur qui y entra il y a quinze jours environ (le 27 novembre); il était affecté d'un bouton dur, ulcéré, à douleurs lancinantes, et sur la partie moyenne du bord libre de la lèvre inférieure. Cette ulcération reposait sur une base épaisse; presque toute la lèvre inférieure participait à l'engorgement. L'ulcération était livide, à bords renversés et recouverte de croûtes. A cela se joignait une tumeur sous-maxillaire siégeant dans un des ganglions lymphatiques de cette région. Cette tumeur présentait de la fluctuation. Je crus au premier examen que l'ulcération dont était atteint ce jeune homme était de nature cancéreuse; rien n'y ressemblait davantage. La tumeur sous-maxillaire fut ouverte; il en sortit un pus de très mauvaise nature, sanieux, mal lié, et qui pouvait me confirmer encore plus dans l'idée que je m'étais faite de la nature dangereuse de la maladie; et le pronostic que j'en pouvais tirer était d'autant plus fâcheux qu'elle semblait arriver à un degré qui ne pouvait pas même laisser l'espérance d'en délivrer ce malheureux par une opération, car la tumeur lymphatique sous-maxillaire en suppuration indiquait une infection générale qui ne devait laisser aucune ressource. Eh bien, messieurs, cette maladie, si affreuse en apparence, s'est dissipée en moins de quinze jours. Soupçonnant chez ce jeune homme une affection syphilitique, je fis d'abord tomber les croûtes de l'ulcération par le moyen de cataplasmes émollients et d'onctions oléagineuses; je cautérisai cette ulcération avec le nitrate acide de mercure; je fis faire en même temps des frictions mercurielles sur la lèvre inférieure. Au bout de quelques jours l'ulcération changea complètement d'aspect; elle se mondifia, devint rosée et le siége d'une suppuration de bonne nature; l'engorgement sous-maxillaire diminua, la suppuration devint meilleure. Une seconde cautérisation fut faite sur la plaie, et aujourd'hui elle est presque cicatrisée; deux cautérisations avec le nitrate

acide de mercure ont suffi. La tumeur sous-maxillaire est presque dissipée, et l'ouverture que j'avais faite pour évacuer le pus qu'elle renfermait est fermée. Quinze ou seize jours ont suffi pour opérer ce merveilleux changement.

ARTICLE VI.

ADÉNITE LYMPHATIQUE (1).

Une jeune fille de vingt et quelques années, forte et bien constituée, est conduite de la salle des femmes dans cet amphithéâtre pour y subir l'extirpation de tumeurs lymphatiques développées dans la région sus-claviculaire gauche. Ces tumeurs, suite de l'inflammation chronique des ganglions lymphatiques de cette région, sont assez nombreuses. L'une d'entre elles, résultat très probable de l'agglomération de plusieurs de ces ganglions, a atteint le volume d'un petit œuf de poule; elle est saillante, dure, et donne naissance à des douleurs aiguës qui s'étendent à tout le bras, et prennent même le caractère névralgique. Il n'y a point de changement de couleur à la peau qui recouvre cette tumeur, laquelle est d'ailleurs mobile sous les téguments. Les autres petites tumeurs placées autour de celle-ci, et au nombre de six ou sept, sont isolées et disséminées çà et là dans les divers points de la région sus-claviculaire, et ont le volume d'une noisette chacune à peu près.

On a essayé en ville contre ces tumeurs tous les résolutifs connus; ils ont échoué. Quelques chirurgiens, auxquels la malade s'est adressée, ont cru même à l'existence d'une dégénérescence squirreuse et ont conseillé de ne pas toucher au mal. Je crois qu'il ne s'agit point ici d'une affection

(1) Leçon du 18 août 1839.

de cette nature, et que la malade peut très bien guérir par l'extirpation; je me propose même de n'enlever que la grosse tumeur et de ne pas toucher aux autres petites, dans l'espérance que celles-ci disparaîtront peut-être seules ou qu'elles resteront au moins stationnaires. Cette grosse tumeur est saillante et paraît très superficielle et par conséquent facile à enlever; mais il faut se défier des tumeurs placées dans la région sus-claviculaire: elles ont souvent des racines profondes et s'étendant au loin entre les tissus variés qui se rencontrent là. C'est ici, messieurs, l'occasion de vous rappeler l'importance de la région sur laquelle je vais avoir à opérer.

Cette région, circonscrite en devant par les régions sous-hyoïdienne, sous-maxillaire et parotidienne, en arrière par le bord du trapèze, en bas par la clavicule et la première côte, constitue un triangle à base inférieure; au milieu se trouve un creux plus profond chez l'adulte que chez l'enfant, chez l'homme que chez la femme, chez les individus maigres que chez les individus gras, et qui augmente et diminue suivant que l'épaule s'élève ou s'abaisse. Ce creux est le point le plus important de la région, soit à cause des organes nombreux qu'il renferme, soit à cause des maladies qui s'y développent, soit enfin à cause des opérations qu'on peut y pratiquer. Sous la peau on trouve la couche cellulo-graisseuse, le peucier et une lame cellulo-aponévrotique. Ces parties constituent une couche dense et forte en haut, et se transformant en bas en tissu cellulaire lamelleux et filamenteux. On rencontre dans cette couche beaucoup de filets nerveux et souvent une grande quantité de vésicules graisseuses; là se trouvent la veine jugulaire interne et diverses branches du plexus cervical. Le *fascia cervicalis* se trouve là chez les individus maigres et âgés, composé de plusieurs feuillettes qu'on peut isoler dans plusieurs endroits. Diverses lames cellulo-fibreuses qui ont fourni des gaines aux parties profondes de la région

sous-hyoïdienne, s'unissent à la face interne du feuillet profond du *fascia cervicalis*; ces lames s'opposent, par leur densité, à l'isolement facile des vaisseaux et des nerfs qu'elles protègent. Beaucoup de tissu cellulaire filamenteux et des vésicules adipeuses nombreuses se trouvent mêlés à ces diverses lamelles; il résulte de là un véritable feutre cellulaire qui se continue avec le creux de l'aisselle; c'est ce qui explique comment les phlegmasies et le pus passent facilement d'une de ces régions dans l'autre en suivant les nerfs et les vaisseaux ou leurs interstices. L'abondance du tissu cellulaire et sa fusion avec l'aponévrose entre les principaux muscles expliquent la tendance des tumeurs et des abcès superficiels à devenir profonds; de là le précepte d'ouvrir de bonne heure les abcès qui se développent sous la peau. Les muscles de cette région sus-claviculaire sont le *sterno-mastoïdien*, recouvert par la veine jugulaire externe et de nombreuses branches du plexus cervical; le *trapèze*, renfermé entre deux lames aponévrotiques; l'*angulaire du scapulum*, dont la face antérieure est éloignée du haut de la poitrine et des splénus par un tissu cellulaire lâche et très extensible qui fait communiquer la région sus-claviculaire avec l'espace compris entre le grand dentelé, les muscles intercostaux et le rhomboïde. Cette communication permet au pus de fuser de l'une de ces régions dans l'autre; on trouve ensuite dans cette région le *scapulo-hyoïdien*. Ce muscle circonscrit, en remontant au-devant des scalènes, l'espace *omo-claviculaire*, qui est divisé en deux par le scalène antérieur. Dans cet espace se trouve la fin des deux veines jugulaires et de la sous-clavière, les vaisseaux vertébraux thyroïdiens inférieurs, la veine acromiale, le nerf phrénique, les artères sus-scapulaire, cervicales postérieure et ascendante, la mammaire interne, la sous-clavière, l'origine des derniers nerfs cervicaux. Dans sa partie externe se voient aussi les vaisseaux sous-claviers, les veines sus-scapulaires et cervicales trans-

verses, l'artère scapulaire postérieure, les trois derniers nerfs cervicaux et le premier dorsal, enfin une partie du muscle scalène postérieur et de la première côte. Avec le trapèze et le *sterno-mastoïdien*, le muscle *omoplato-hyoïdien* limite un autre espace triangulaire, l'espace *omo-trapèzien*, dans lequel se trouvent le plexus cervical ou l'origine des branches qui en partent, la quatrième et la cinquième paire qui vont au plexus brachial, diverses branches des vaisseaux cervicaux transverses, et de haut en bas, l'extrémité supérieure des muscles splénius, angulaire, scalène postérieur; enfin, plus profondément, le petit complexus et une des anses de l'artère vertébrale. Outre ces muscles, nous trouvons les scalènes, séparés par un espace triangulaire, dans lequel se trouvent l'artère sous-clavière tout-à-fait en bas et un peu en avant, le premier nerf intercostal réuni au septième, puis le sixième de ce dernier nom; un petit faisceau charnu qui descend du scalène antérieur sur l'extrémité costale du postérieur; enfin, au-dessus de ce faisceau et dans le sommet du triangle, les deux premières branches des nerfs qui vont à l'aisselle. Le côté interne du triangle se trouve longé par le nerf du diaphragme. Là existe un espace qui sépare ce côté interne du muscle long du cou et où se trouvent logés les vaisseaux vertébraux.

Nous avons dans cette région des artères extrêmement importantes, les deux sous-clavières, qui diffèrent de rapports, comme vous le savez, à droite et à gauche, la vertébrale, la mammaire interne, l'intercostale supérieure, la thyroïdienne inférieure, la cervicale ascendante, la sus-scapulaire, la cervicale transverse. Les veines de cette région nous offrent un égal intérêt; ce sont les veines-sous-clavières droite et gauche, la jugulaire externe, qui tombe dans la sous-clavière vers le milieu du creux sus-claviculaire, assez souvent après avoir reçu les veines de l'épaule; c'est cette veine jugulaire externe que l'on saigne, et que

M. Larrey conseille, quand on l'a ouverte, de ne point cesser de comprimer avant d'avoir appliqué sur elle une compresse, dans la crainte de laisser pénétrer l'air dans le vaisseau, et de transformer ainsi une légère opération en une blessure subitement mortelle. Nous trouvons ensuite les veines *cervicales ascendante, transverse, sus-scapulaire, acromiale*, qui vont s'ouvrir dans la jugulaire interne et dans la sous-clavière. Nous trouvons enfin la *jugulaire interne*, qui n'appartient à la région sus-claviculaire que par sa terminaison, qui, à gauche, tombe dans la veine sous-clavière, un peu en dedans du point où le canal thoracique se termine et se continue à droite presque directement avec la veine cave supérieure.

La présence de ces veines devient, dans les opérations pratiquées sur cette région, un des obstacles les plus grands à la sécurité du chirurgien. Ici, nous devons redouter, en effet, l'introduction de l'air dans ces canaux vasculaires, l'hémorrhagie, l'inflammation ou la phlébite. Je vous ai déjà parlé de l'introduction de l'air dans les veines: vous avez vu quels sont ses dangers; aussi je me propose de n'avoir recours qu'avec beaucoup de précautions, dans l'opération que je vais pratiquer aujourd'hui, à la section du pédicule de la tumeur; dans le cas où des veines nombreuses et volumineuses se trouveraient dans ce pédicule, avant d'en faire la section, j'aurai l'attention d'en pratiquer la ligature; de cette manière, je me mettrai à l'abri de cette entrée de l'air; je préviendrai aussi de cette manière l'hémorrhagie veineuse, qui n'est pas aussi sans dangers dans cette région. Chez une jeune femme opérée par un des plus habiles chirurgiens de Paris, l'hémorrhagie veineuse faillit devenir immédiatement fatale, et le huitième jour la malade mourut par suite d'une phlébite. Cette dernière complication des opérations est en dehors de toute prévision; je ne m'y arrêterai donc point.

Nous trouvons dans la région sus-claviculaire un grand

nombre de vaisseaux et de ganglions lymphatiques. Les vaisseaux lymphatiques arrivent du cou, de l'épaule, et d'une partie de l'extérieur de la poitrine. Les ganglions sont les uns sous le muscle sterno-mastoïdien et derrière les clavicules, les autres dans la cavité sus-claviculaire; ce sont ceux-ci qui sont affectés chez la malade qui va être opérée.

Les nerfs de la région sus-claviculaire sont fournis d'abord par le *plexus brachial*, ses branches *sous-maxillaire*, *auriculaire antérieure*, *mastoïdienne*, *spinale*, *sus* et *sous-claviculaires*, *sus-acromiales*, *cervicales descendantes* et *profondes*. Beaucoup de ces nerfs sont inévitablement divisés dans les opérations que l'on pratique dans la région sus-claviculaire. C'est ce qui explique les vives douleurs que les malades ressentent pendant leur durée. Parmi ces nerfs, le *diaphragmatique* réclame surtout l'attention du chirurgien; c'est une des branches qu'on serait le plus exposé à blesser en dedans des scalènes; sa lésion entraînerait les conséquences les plus fâcheuses. Je ne vous dirai rien du nerf *thoracique* externe ou postérieur: il ne peut, en effet, être l'objet d'aucune remarque dans cette région. Les nerfs du *plexus brachial* traversent aussi la région sus-claviculaire pour se rendre à l'aisselle. La disposition de ces nerfs est surtout importante à connaître quand il s'agit de faire la ligature de l'artère sous-clavière; je n'insisterai point à leur égard. Il en est de même du nerf pneumo-gastrique et des nerfs du grand sympathique.

Le squelette de la région sus-claviculaire, composé par la clavicule et la première côte, ne peut dans la circonstance présente nous intéresser en quoi que ce soit. Je laisserai donc ce point de côté.

Je terminerai ces considérations anatomiques sur la région sus-claviculaire par vous rappeler l'ordre de superposition des organes qui entrent dans sa composition: 1° la peau; 2° une couche celluleuse peu épaisse; 3° le muscle peaucier dans la moitié antérieure de la région; 4° une

autre couche cellulaire mince lamellée, qui supporte le peaucier, et dans laquelle se trouve placée la veine jugulaire externe; 5° l'aponévrose, qui se dédouble pour former une gaine aux muscles trapèze et sterno-mastoïdien; 6° du tissu cellulaire, de la graisse, beaucoup de ganglions lymphatiques, les nerfs du plexus cervical, les veines et artères secondaires que je vous ai indiquées, cervicale ascendante, sus-scapulaire, etc., etc.; tout-à-fait en bas la veine sous-clavière, le muscle omo-hyoïdien; 7° le nerf phrénique, le muscle scalène antérieur; 8° les nerfs du plexus brachial, l'artère sous-clavière; 9° le muscle scalène postérieur et les vertèbres.

Vous voyez, messieurs, combien cette région est importante et combien les opérations qu'on a à y pratiquer sont dangereuses, et les ménagements que nous devons prendre dans l'opération que je vais pratiquer sur cette jeune fille. Mon intention est de pratiquer une incision en demi-lune; la convexité étant en dehors, une extrémité se trouvera près de la clavicule, l'autre derrière le muscle sterno-mastoïdien. Je disséquerais ce lambeau, que je renverserais sur sa base, et il me sera facile alors de dégager la tumeur que je veux extirper. Arrivé à son pédicule, je ne le séparerai de suite avec l'instrument tranchant qu'autant que je serai certain qu'il ne s'y trouve point de veines volumineuses dans lesquelles l'air pourrait s'introduire; dans le cas contraire, je jetterai sur ce pédicule une ligature qui me mettra à l'abri de ce dangereux accident, et je le trancherai au-devant d'elle.

Les tumeurs lymphatiques développées dans la région sus-claviculaire ne doivent donc pas être extirpées sans nécessité. Il est difficile, en effet, de savoir en commençant l'opération si ces tumeurs se continuent ou non par des traînées de même nature jusque dans l'aisselle, ou du côté de la poitrine. Il ne faut extirper que celles qui sont bien mobiles, isolées, sans ramification aucune du côté de la

région antérieure du cou, de l'aisselle ou de la poitrine. Une autre raison qui doit encore engager le chirurgien à ne pas toucher à ces tumeurs qui se trouvent en dehors de ces conditions, c'est que si l'entrée de l'air dans les veines est dangereuse quelque part, c'est plutôt dans la région sus-claviculaire que dans toute autre. Je vous ai dit comment je me proposais d'opérer chez cette jeune fille : je substituerai l'incision semi-lunaire à l'incision droite en T ou cruciale, comme plus commode.

L'incision et la dissection dans cette région sont ordinairement très douloureuses, à cause des nombreuses branches du plexus cervical qui s'y trouvent ; on est souvent obligé de diviser la veine jugulaire externe ; mais cette veine est d'une trop faible importance pour qu'on hésite à en faire la section. On peut donc sans crainte la couper dès le commencement de l'opération, et même faire la ligature du bout supérieur et du bout inférieur, si l'écoulement du sang gêne la marche de l'opération.

Le pansement qui suit l'opération mérite aussi votre attention. La réunion par première intention serait là, je crois, une chose dangereuse. Malgré toutes les précautions, les lambeaux ne s'appliqueront pas d'une manière exacte par leur face interne sur toute l'étendue du fond de la solution de continuité. La suppuration s'établira nécessairement, et comme elle n'a point d'issue pour s'échapper, il en résultera des fusées purulentes et des inflammations diffuses redoutables. Il vaut mieux, dans ce cas, avoir recours au pansement à l'aide de boulettes de charpie, de linge troué et de plumasseaux ; la cicatrisation définitive de la plaie n'en est pas beaucoup retardée, et on est à l'abri de toutes ces craintes.

(L'opération est pratiquée comme vient de le dire M. Velpeau. Elle ne présente aucune particularité. La dissection est facile, prompte, et aucun accident ne se manifeste pendant sa durée. La malade donne seulement des signes d'une

vive sensibilité. Il n'y a pas eu de ligature à jeter sur le pédicule, l'existence de grosses veines capables d'inquiéter n'ayant point été remarquée.)

2° *Tumeurs lymphatiques en général, ou Adénite lymphatique.* — La maladie pour laquelle je viens d'opérer cette jeune fille est une inflammation chronique des ganglions lymphatiques de la région sus-claviculaire, inflammation qu'on observe dans un grand nombre de régions du corps. Cette malade va me fournir l'occasion de vous entretenir de ce point intéressant de la pathologie chirurgicale.

Mieux connue et plus souvent observée que celle des vaisseaux, l'inflammation des ganglions lymphatiques ne me paraît pas cependant avoir été suffisamment étudiée. D'une fréquence extrême, point de départ d'une foule de tumeurs et d'engorgements, elle réclame une large place dans les cadres nosologiques, et mérite toute la sollicitude des praticiens. Il n'est d'ailleurs aucune région du corps où on ne l'observe. Sous la peau, entre les muscles, dans la profondeur des membres, autour des viscères, dans les cavités splanchniques, partout enfin où le système lymphatique existe, on peut en redouter le développement.

Les causes de l'adénite lymphatique sont de deux ordres, *directes* ou *indirectes*. Les causes directes agissent moins souvent sur les ganglions que sur les vaisseaux lymphatiques. Cette différence dans l'action des causes tient à la texture des parties. En effet, les vaisseaux lymphatiques sont si grêles et si souples, qu'ils échappent presque toujours aux contusions, aux écrasements et à presque toutes les violences extérieures. Il n'en est pas de même des ganglions qui se présentent sous la forme de corps distincts, d'un volume assez considérable, et qui offrent de la prise à l'action des agents extérieurs. C'est ainsi qu'ils peuvent être, et qu'ils sont souvent en effet coupés, piqués, déchirés, écrasés seuls ou en même temps que les parties qui les entourent. Mais ce sont surtout les causes indirectes

qui agissent principalement dans l'inflammation des ganglions lymphatiques. Celle-ci peut leur être transmise de trois manières : 1° par les couches organiques contiguës; 2° par les vaisseaux lymphatiques qui ont été eux-mêmes enflammés; 3° enfin par l'arrivée de quelque principe irritant puisé à une certaine distance dans quelque organe ou région malade. Le premier ordre de causes, c'est-à-dire la propagation de l'inflammation par le moyen des couches organiques contiguës, est le moins fréquent. Sous son influence, le mal se développe de la périphérie au centre; le tissu cellulaire ou quelque autre organe malade du voisinage des ganglions finit par réagir sur ces organes, et en amène le gonflement et l'inflammation. Le second ordre de causes indirectes est très fréquent. L'inflammation, née dans un point quelconque des régions voisines, s'étend aux vaisseaux lymphatiques qui en sont voisins; elle les envahit peu à peu, et finit par arriver aux ganglions. Ce phénomène se remarque presque constamment dans l'angioleucite ou inflammation des vaisseaux lymphatiques. La maladie, comme dans le premier ordre de causes, s'est propagée de la circonférence au centre; mais il y a ici cette différence qu'une fois développée dans les ganglions, elle s'effectue du centre à la surface et des ganglions aux tissus environnants.

Le troisième ordre de causes indirectes est sans contredit le plus fréquent de tous; c'est sous son influence que naissent les adénites vénériennes, cancéreuses, tuberculeuses, etc., etc. Les vaisseaux lymphatiques provenant du point irrité, enflammé, ulcéré, suppurant, amène l'adénite ou inflammation des ganglions dans lesquels ils se rendent, sans qu'il soit nécessaire qu'ils s'enflamment eux-mêmes, en transportant les principes qu'ils ont pris dans la région malade. Je ne discuterai point ici la question de savoir si les vaisseaux lymphatiques peuvent absorber; que ce soit par absorption ou autrement qu'ils se sont chargés

des principes morbifiques, il est certain que c'est par leur moyen que ceux-ci arrivent aux ganglions, qu'ils irritent et enflamment. Il n'y a pas de partie du corps où cette lésion ne puisse survenir. D'autres maladies peuvent aussi causer l'adénite. Toute maladie, en effet, qui change la nature des fluides d'une partie peut en devenir cause. Ces fluides altérés, repris molécule par molécule par les vaisseaux lymphatiques, arrivent aux ganglions, en troublent les fonctions, les irritent et les enflamment. C'est ainsi qu'une piquûre, un bouton, une écorchure, une brûlure, une engelure, une plaie, un ulcère superficiel ou profond, une dartre, un érysipèle, la teigne, le zona, le pemphigus, une inflammation du tissu cellulaire sous-cutané ou intermusculaire, sous-aponévrotique, sous-séreux, sous-muqueux, un vésicatoire, un séton, un cautère, etc., peuvent amener une adénite.

On a méconnu pendant long-temps ces diverses causes d'adénite; elles sont cependant très importantes à connaître, car elles donnent la clef d'une foule de lésions qu'on ne sait le plus souvent à quoi rapporter. Lorsque les ganglions s'enflamment ou se gonflent par ce mécanisme, ils peuvent rester long-temps malades et seuls malades après la guérison de l'affection qui en a été le point de départ. Comme il n'y a point eu de changements appréciables, pas de signes d'inflammation des vaisseaux lymphatiques qui vont des parties malades aux ganglions, les malades et les médecins eux-mêmes oublient facilement le point d'origine de la maladie, et se bornent à constater ses effets; ils ne voient aucun rapport entre ces glandes ou tumeurs et la maladie qui leur a donné naissance. Il est des cas où on est d'ailleurs très embarrassé pour lever tous les doutes qui peuvent exister à cet égard. S'il y a eu lésion assez légère pour que le malade s'en soit à peine occupé, et que des semaines, des mois, ou même des années se soient écoulés depuis sa guérison, on conçoit qu'il sera bien dif-

ficile de découvrir la vérité. On ne songe plus au mal qui a été l'origine de l'engorgement ganglionnaire; s'il s'agit d'un enfant, on a bien vite oublié ce qui lui est arrivé, les parents eux-mêmes peuvent ne plus s'en souvenir, et on reste dans une grande incertitude sur les causes des tumeurs qu'on est appelé à traiter. L'inflammation, la plaie, l'écorchure, l'ulcération, qui ont été la source du mal, ont seules fixé l'attention; ce n'est que long-temps après qu'on s'est aperçu de l'engorgement ganglionnaire, et on ne sait plus à quoi le rapporter. On ne peut croire qu'il y a véritablement rapport entre la maladie présente et la maladie passée; on ne peut établir aucun rapprochement entre elles. En effet, la maladie qui a donné naissance à l'engorgement des ganglions a été si peu intense, qu'on n'a pu en tenir aucun compte; elle était quelquefois cachée dans la profondeur des membres, et on a pu même ne pas s'en apercevoir. Très souvent aussi, l'engorgement des ganglions existe depuis très long-temps sans que le malade s'en soit aperçu, et quand le médecin le remarque, il lui est impossible de s'assurer, soit par l'examen des parties éloignées, soit en rappelant les souvenirs du malade, du point de départ de l'affection. Enfin il est une circonstance qui peut encore tromper le médecin, c'est quand l'engorgement est le résultat d'un travail morbide interstitiel latent ou obscur dans le principe. Ici, en effet, l'engorgement des ganglions est la première altération appréciable; elle sert ainsi de prélude à certains érysipèles. C'est aussi de cette façon qu'elle se montre à la suite de marches forcées, de fatigues, de refroidissements, etc., etc. Lorsque la maladie qui a déterminé cet état de choses s'est développée à son tour à l'extérieur et est devenue manifeste, on la perd de vue, parce qu'on l'en croit indépendante, et parce que assez souvent on la voit rétrograder. Si donc on la retrouve au bout de quelques mois, sa cause réelle échappe d'autant plus facilement qu'elle s'est

montrée sous la forme d'une phlegmasie intercurrente, qu'elle ne semble être survenue là que pour compliquer, pour entraver la marche de l'engorgement des ganglions lymphatiques. Les inflammations aiguës ou chroniques, les ulcères et les altérations variées des membranes muqueuses, telles que les écoulements, les irritations catarrhales, sont une cause très fréquente d'engorgements des ganglions lymphatiques. Les inflammations des membranes séreuses, les maladies des articulations deviennent aussi causes de l'adénite en transmettant aux vaisseaux lymphatiques des principes irritants qui s'arrêtent dans les glandes et les enflamment. Enfin, messieurs, tout ce qui peut modifier, soit directement, soit indirectement, la nature des fluides qui traversent les vaisseaux lymphatiques peut amener l'adénite; de telle sorte que nous pourrions admettre que certaines alimentations, certaines boissons, certain régime, certains travaux, certaines habitudes, peuvent être rangés parmi les causes de cette affection; néanmoins, les lésions qui produisent le plus facilement l'adénite, quand elle n'est pas primitive, sont les maladies de la peau, des membranes muqueuses, du tissu cellulaire sous-cutané et sous-tégumentaire, de celui du pourtour des vaisseaux, de l'intermusculaire, du sous-séreux; enfin les maladies du tissu cellulaire en général, des muscles, des articulations, des os, des viscères; d'où il suit qu'elle trouve sa source dans presque toutes les autres maladies, et que, toute locale qu'elle paraisse ordinairement, elle doit être souvent une des plus faciles à généraliser. Une autre conséquence à tirer de là, c'est qu'il est très peu de sujets qui n'aient été soumis, à une période quelconque de leur vie, à l'influence d'une des causes que je viens de relater, et que les engorgements des ganglions lymphatiques pourraient être presque tous rattachés à quelque autre lésion plus ou moins éloignée. D'après ce que je viens de vous dire, ne pourrait-on pas soutenir que les tumeurs