

scrofuleuses se développent toujours de cette manière? Chez les individus d'un tempérament lymphatique, les fluides blancs sont composés de telle sorte que, sous l'influence de causes très légères, ils subissent une altération qui amène très promptement des engorgements des ganglions et des lésions très variées dans diverses parties du système lymphatique. Chez les nombreux scrofuleux que j'ai eu l'occasion d'observer et d'interroger sur l'origine de leur mal, j'ai constaté dans presque tous les cas que des inflammations et des suppurations de la peau ou du tissu cellulaire avaient précédé les engorgements ganglionnaires (1). S'il était prouvé que c'est toujours ainsi que se développe la maladie scrofuleuse, c'est-à-dire que les tumeurs dites scrofuleuses ne sont que le symptôme d'un travail phlegmasique plus ou moins éloigné de l'endroit où elles se développent, il serait tout-à-fait inutile d'admettre, pour expliquer les phénomènes de la maladie, un vice particulier, un principe morbide héréditaire; on comprendrait facilement les influences sous lesquelles ils apparaissent, et les états organiques des individus. Les enfants et ceux qui ont les tissus mous et pâles ont un système tégumentaire plus facile à impressionner, et leurs fluides blancs sont très aisément modifiés. La misère, une mauvaise alimentation, l'exposition au froid, à l'humidité, altèrent et vicent les fluides blancs; de là une source très active d'engorgements ganglionnaires. Les ulcérations de la peau autour des oreilles, la teigne, les gourmes, les coryzas, les inflammations des

(1) M. Velpeau, dans son deuxième mémoire sur les maladies du système lymphatique (*Archives de médecine*, 1836, t. X, p. 12), dit que sur 900 scrofuleux qu'il a interrogés, il a pu constater que chez 730 d'entre eux, des phlegmasies, des suppurations du système tégumentaire ou cellulaire avaient précédé l'apparition des tumeurs lymphatiques; sur 95, il n'a pu obtenir aucun renseignement positif; sur les 95 derniers, il s'agissait d'enfants nés dans la misère, et dont les parents avaient eu si peu de soin, qu'une de ces causes éloignées peut être hardiment supposée.

gencives pendant la dentition, les diverses espèces de stomatites dans l'enfance, les angines, etc., etc., expliquent facilement les adénites cervicales et sous-maxillaires. Les bronchites, si fréquentes dans le jeune âge, expliquent aussi bien les engorgements ganglionnaires de la poitrine que les phlegmasies intestinales expliquent à leur tour les adénites du mésentère. Le gonflement du nez et de la lèvre supérieure ont été, comme vous le savez, regardés comme signes des scrofules. On pourrait, d'après ce que je viens de dire, regarder ce gonflement comme la suite ou le point de départ de la maladie: comme point de départ, attendu que de pareilles lésions suffisent pour causer l'engorgement des ganglions voisins; comme suite, parce que les ganglions une fois malades doivent gêner le cours des fluides blancs dans les parties d'où ils tirent leurs vaisseaux. Je ne veux pas dire pour cela qu'on doive rejeter les causes prédisposantes, car tout ce que je vous ai dit plus haut ne s'applique qu'aux causes occasionnelles.

En résumé, messieurs, il est possible de conclure de tout ce qui précède, 1° que toute tumeur lymphatique est une maladie symptomatique; 2° que, rigoureusement parlant, il serait possible de faire naître artificiellement ces tumeurs; 3° que chez les sujets scrofuleux elles se développent par le même mécanisme que chez tout autre individu; 4° qu'on naît plus ou moins disposé aux tumeurs scrofuleuses, de même qu'on peut naître plus ou moins disposé à contracter la pneumonie, mais que les engorgements des ganglions lymphatiques se produisent de la même manière et sous l'influence des mêmes causes déterminantes, à tous les âges, dans toutes les régions du corps et quelle que soit la constitution des individus; 5° qu'au fond, il n'y a réellement pas de maladie spéciale qui mérite le nom de maladie scrofuleuse.

Passons maintenant au développement de l'adénite. Il a lieu de plusieurs manières: tantôt il est lent, tantôt il est

rapide, et il revêt les caractères d'une phlegmasie aiguë; d'autres fois la maladie reste à l'état de sub-inflammation; enfin, elle peut consister seulement en un travail d'hypertrophie depuis le commencement jusqu'à la fin du mal.

Quand il y a *adénite aiguë*, le ganglion lymphatique se gonfle, se durcit et devient douloureux; les douleurs sont profondes, sourdes, lancinantes et augmentées par la pression et par les mouvements de la partie. Souvent des frissons irréguliers, de la fièvre et de l'agitation précèdent l'apparition de l'adénite. La peau, chaude et quelquefois brûlante, n'est pas toujours rouge dès le commencement: c'est de l'intérieur à l'extérieur que cette rougeur se montre quand elle survient. La région malade proémine bientôt sous la forme d'une tumeur irrégulière et mal circonscrite; la douleur ressemble quelquefois à celle du phlegmon. A mesure que le mal fait des progrès, les symptômes deviennent de plus en plus tranchés; l'inflammation se propage bientôt du ganglion au tissu cellulaire environnant, et il résulte de là, un mélange de caractères qui appartiennent à l'inflammation des glandes et au phlegmon proprement dit; de là, une apparence de bosselures que les doigts retrouvent jusqu'à la fin dans la tumeur, au travers de la peau, qui finit elle-même par s'amincir et par revêtir une teinte livide ou bleuâtre. Au bout de six, huit, dix ou quinze jours, la masse enflammée se ramollit sur un, et quelquefois sur plusieurs points à la fois, ou sur plusieurs points successivement; c'est alors qu'on sent la fluctuation circonscrite et superficielle ou profonde, et étendue, d'une manière obscure ou manifeste, souvent comme inégale et disséminée çà et là dans des foyers parfaitement distincts. Le pus de ces foyers, soit qu'ils s'ouvrent spontanément ou que l'art leur donne issue, est ordinairement homogène et bien lié, et n'est pas en rapport, par son abondance, avec le volume de la tumeur. Souvent il en sort beaucoup moins qu'on ne pensait; dans d'autres circonstances, c'est

tout le contraire. Quand il y a peu de pus, c'est lorsque le foyer s'est établi entre les ganglions et la peau; quand il y en a beaucoup, c'est qu'il s'est établi entre les ganglions malades eux-mêmes ou entre les ganglions et les parties profondes. Dans le premier cas, le point le plus saillant de la tumeur semble s'être vidé seul; dans le second, la tumeur paraît s'être affaissée sur sa base. Quand le pus s'est écoulé, jamais la tumeur formée par les ganglions ne disparaît complètement; la résolution ne se fait que lentement, et la tumeur ne diminue que par degrés. L'engorgement du tissu cellulaire extérieur aux ganglions, et qui s'était fait le dernier, est le premier à se résoudre; vient ensuite l'engorgement du tissu cellulaire situé sous les ganglions, qui se dissipe le second; l'engorgement ganglionnaire se résout ensuite, de telle sorte que les ganglions semblent s'isoler de plus en plus au milieu de ce travail avant de revenir à leur état naturel. Vous ne confondrez pas, messieurs, la marche de l'inflammation dans ces deux ordres de tissus, elle est fort distincte dans chacun d'eux; en effet, elle est plus rapide et plus franche dans le tissu cellulaire que dans les ganglions lymphatiques, quelles que soient les périodes pendant lesquelles on l'observe.

L'adénite se termine par la résolution, la suppuration, ou l'état chronique; la gangrène est extrêmement rare. La résolution est une terminaison très commune; on peut l'espérer quand la lésion éloignée, qui a été le point d'origine du mal a été guérie ou heureusement modifiée avant que la phlegmasie ait passé des ganglions dans le tissu cellulo-graisseux environnant. Il en est de même dans le plus grand nombre des cas où l'inflammation persiste au-delà de quelques jours dans les ganglions; c'est ce qu'on voit, par exemple, dans les engorgements lymphatiques, qui compliquent dès le début certains érysipèles, certaines angines, et un grand nombre de phlegmasies aiguës diffuses de la peau et des membranes muqueuses; alors les gan-

glions lymphatiques, qui, quoique gonflés, chauds, et douloureux, étaient restés mobiles, perdent de leur sensibilité et de leur chaleur, reviennent peu à peu, et quelquefois très rapidement, sur eux-mêmes, tout en conservant pendant long-temps, chez le plus grand nombre de malades, un peu plus de volume que dans l'état naturel. La résolution de l'adénite se remarque encore, quoique plus rarement, dans les cas où le mal a déjà gagné le tissu cellulaire lui-même; mais on ne doit guère compter sur cette terminaison quand la peau est devenue rouge et les couches sous-jacentes fortement engorgées. Quand il est encore possible d'obtenir la résolution dans ces cas, les téguments n'ont perdu qu'en partie leur mobilité; on sent bien au-dessous une masse enflammée, mais il y a dans cette masse quelque chose de spongieux et de ferme tout à la fois, qu'il est plus facile d'apprécier au lit du malade que de décrire, et qui ne se remarque pas lorsque la suppuration est inévitable. Toutefois, quand le mal est arrivé à ce degré, la résolution ne s'opère qu'avec lenteur, et reste le plus souvent incomplète. Quand l'adénite est le résultat d'une plaie en suppuration, ou que du ganglion l'inflammation s'est étendue aux parties voisines, on doit craindre la suppuration de ce ganglion; elle est presque certaine si la peau est rouge et empâtée. La suppuration se montre sous deux formes très différentes; il est très important de bien distinguer ces deux formes: tantôt, en effet, les ganglions seuls entrent en suppuration; alors, leur tissu s'infiltré de pus plutôt qu'il ne devient le siège de véritables abcès. La suppuration des ganglions eux-mêmes est rare; cependant, c'est ordinairement le tissu cellulaire qui suppure; de là, des foyers, des collections comme dans le phlegmon, avec cette différence cependant, que les ganglions engorgés servant de noyau à la masse enflammée détruisent la régularité des clapiers, et font que la suppuration paraît plus superficielle ou plus profonde, plus abon-

dante ou moins abondante que la forme et le volume de la tumeur ne l'eussent fait présumer. D'autres fois, ce n'est ni le tissu cellulaire seul, ni les ganglions seuls, mais bien le tissu cellulaire et les ganglions en même temps qui suppurent. Dans le premier cas, la tumeur reste mobile, bien circonscrite, et donnerait plutôt l'idée d'une masse fongueuse que d'un dépôt; si on incise alors les téguments, la tumeur tend à s'échapper, et s'échappe, en effet, quelquefois par l'ouverture sous la forme d'un champignon rougeâtre. La coupe de cette tumeur est pointillée de blanc, de jaune, de gris, de rouge, et parfois comme criblée de gouttelettes de pus; elle se laisse écraser en partie sous les doigts, et son tissu se rapproche jusqu'à un certain point du tissu encéphaloïde, qui commence à se ramollir; enfin elle est généralement facile à séparer des parties voisines. Quand les ganglions et le tissu cellulaire suppurent en même temps, le pus s'accumule sous les ganglions, dans leurs intervalles, autour d'eux, ou entre eux et la peau; de cette façon, il ne forme presque jamais de collection bien régulière; les brides celluloso-vasculaires lui servent en quelque sorte de filtre pour se porter d'une couche à l'autre. La contenance filamenteuse du tissu cellulaire ambiant en gêne d'ailleurs la diffusion périphérique, et fait que l'érysipèle phlegmoneux est assez rarement la suite de pareilles inflammations. Ici, les ganglions conservent une grande partie de leurs adhérences avec les tissus voisins; ils sont moins gros, plus rouges, ou d'un gris rougeâtre plus régulier, plus homogène que dans le cas précédent; leur tissu est plus terne et plus vasculaire; on ne les voit pas sortir avec la même liberté par les plaies de la couche cutanée, qui, de son côté, montre alors moins de dispositions à se décoller, à s'user et à s'altérer.

Dans le troisième cas, il y a combinaison des deux ordres de phénomènes que je viens de vous décrire. La suppuration, moins abondante que si le tissu cellulaire seul

en était le siège, finit pourtant par se manifester; elle devient ordinairement plus fluide et plus grise que dans les autres cas, la peau est plus vite disséquée; néanmoins, les ganglions tendent un peu moins que dans les cas précédents à se boursoufler, à végéter au travers des ouvertures des téguments qui se sont ulcérés spontanément ou qui ont été incisés.

L'adénite se termine souvent par l'état chronique; on voit alors, comme dans la terminaison par résolution, la chaleur, la douleur, la rougeur, et le gonflement cesser de faire des progrès avant la période de suppuration. L'infiltration phlegmasique ne tarde pas ensuite à diminuer, et avec elle les autres phénomènes de l'adénite aiguë. Les tissus altérés, les ganglions surtout, se durcissent; mais la turgescence sanguine une fois dissipée, les choses en demeurent là. Il reste seulement quelques douleurs et un peu de chaleur dans la partie, et une augmentation de volume plus ou moins considérable. Il y a dans cette terminaison de la maladie une résolution incomplète, une résolution en quelque sorte avortée. La phlegmasie, éteinte ordinairement dans la peau et le tissu cellulaire, se concentre sourdement dans les ganglions. Quand on examine ces organes sur le cadavre, on les trouve d'un jaune sale un peu rougeâtre, homogènes, difficiles à écraser, et d'un aspect qui les rapproche du tissu cérébroïde non ramolli; des grumeaux de pus concret ou demi-liquide sont mêlés à ce tissu. Des petits foyers de fluides et de matières variées sont disséminés çà et là dans les ganglions.

Le pronostic de l'adénite aiguë ou phlegmoneuse varie suivant le nombre et l'importance des ganglions affectés. Il est donc fort difficile de l'établir d'une manière générale; toutefois on doit dire qu'elle ne constitue pas une maladie dangereuse. Renfermée dans une étendue assez peu considérable, elle amène moins de désordres que l'érysipèle et le phlegmon diffus; néanmoins elle exerce plus de réaction que ces deux affections sur les organes voisins. Rarement

elle guérit sans laisser de traces; elle devient souvent la cause de suppurations prolongées, de décollement de la peau, de fistules, etc.; elle peut se compliquer d'érysipèle, de phlegmon diffus, de phlébite, de gangrène, etc. Le dérangement qu'elle apporte dans la circulation lymphatique rend souvent ses suites fort longues et fort désagréables. Enfin elle devient très souvent l'origine de tumeurs variées, et qui par leur poids, leur volume, la difformité qu'elles causent, ou les dégénérescences qu'elles subissent, forcent à avoir recours à des opérations.

Chez certains sujets et dans certaines régions on observe souvent que l'adénite est suivie, après l'ouverture du foyer, d'une végétation très active. Cela s'observe principalement chez les sujets jeunes et lymphatiques. On voit alors le ganglion s'échapper par la plaie peu à peu, se renfermer sous la forme d'un champignon sanieux, rouge, blafard, plus ou moins douloureux. La peau qui entoure le pédicule de la tumeur est amincie, pâle et décollée. Si on incise le ganglion, on y trouve les caractères anatomiques que je vous ai indiqués plus haut. Lorsque cette végétation active a lieu, la résolution, sans être impossible, se fait beaucoup plus difficilement que dans les cas ordinaires. Occupons-nous maintenant du traitement.

Quand l'adénite est aiguë et à son début, on emploie avec avantage les saignées abondantes, générales et locales, les cataplasmes émollients, les bains généraux; mais cette médication, exclusivement employée par un grand nombre de praticiens, échoue très souvent. Les mouchetures, les scarifications, les ventouses scarifiées, sont à peu près dans le même cas. La compression, les incisions prématurées, qui ont de si grands avantages dans les phlegmasies du tissu cellulaire, ne réussissent pas dans l'adénite aiguë. Les frictions avec l'onguent mercuriel à haute dose ont été recommandées à la fois comme résolutive et comme antiphlogistique. On renouvelle ces frictions trois fois par

jour. On doit faire usage de ce moyen surtout après les émissions sanguines et chez les sujets faibles. Plusieurs malades jeunes et robustes, qui l'ont employé pour tout traitement, ont guéri plus vite et plus complètement, il est vrai, que d'autres qui avaient été plus largement saignés. Mais une plus longue expérience n'en est pas moins encore nécessaire pour constater au juste la valeur de ce moyen dans la période aiguë de l'adénite.

On a vanté ensuite les vésicatoires volants. Je les ai souvent essayés, et dans nombre de cas j'ai remarqué qu'ils faisaient rétrograder l'inflammation, et produisaient les mêmes résultats que l'onguent mercuriel. Dans d'autres circonstances, ils bornaient seulement l'inflammation, circonscrivaient le foyer, et le resserraient en quelque sorte autour des ganglions. Souvent aussi la suppuration, quand cette terminaison était inévitable, se trouvait notablement accélérée. J'en couvre toute la région tuméfiée, et quand le vésicatoire est sec, je le remplace par des cataplasmes émollients, ou j'en reviens aux frictions avec l'onguent mercuriel. J'y reviens de nouveau suivant les circonstances. A l'aîne, où les ganglions lymphatiques sont très superficiels, les vésicatoires volants m'ont paru jouir d'une grande efficacité. L'emploi que j'en fais depuis quatre ou cinq ans m'a prouvé que c'était le meilleur résolutif que l'on pût opposer aux bubons syphilitiques, lorsque ceux-ci ne sont pas encore à l'état de suppuration. J'ai soin, en employant ces vésicatoires, qu'ils dépassent la circonférence de la tumeur. Quand un premier vésicatoire est sec, j'en applique un second. Il est ordinairement inutile d'avoir recours à plus de trois vésicatoires successifs.

En définitive, vous voyez, messieurs, que l'adénite aiguë doit être traitée de la manière suivante : Saignées générales, si l'état du malade et du pouls l'indique ; sangsues, ventouses scarifiées, renouvelées suivant la violence et l'étendue de l'inflammation ; bains généraux, frictions mer-

curielles à la dose de deux ou trois gros chaque fois ; enfin, vésicatoires volants renouvelés deux ou trois fois au plus ; tels sont les moyens qui m'ont paru les plus propres à obtenir la résolution de l'adénite aiguë. A cela joignons la sévérité du régime que l'on met en rapport avec l'intensité de l'inflammation, de la fièvre, et l'état des organes digestifs.

Lorsque, malgré l'emploi de ces moyens continués avec persévérance pendant cinq ou six jours, ou bien, si on a été appelé trop tard, la maladie marche, la suppuration est presque inévitable, il faut alors user d'autres ressources. On n'a recours aux antiphlogistiques que pour modérer certains symptômes ; on se borne aux cataplasmes émollients afin de favoriser la suppuration. Quand celle-ci est définitivement formée, plusieurs questions importantes se présentent. Faut-il abandonner l'ouverture du foyer à la nature ? ou bien faut-il que l'art vienne à son secours en divisant les tissus ? et, dans ce dernier cas, doit-on employer l'instrument tranchant ou le caustique ? faut-il ensuite ouvrir le foyer de bonne heure ? ou bien faut-il attendre qu'il soit sur le point de s'ouvrir seul ?

Si on abandonne l'ouverture du foyer à la nature, le pus se fait souvent jour, il est vrai, et la guérison n'en est pas toujours ralentie ; mais en général, on court risque de voir la peau se dégarnir de tissu cellulaire, se décoller, se désorganiser à tel point, que plus tard il sera nécessaire pour obtenir la guérison de fistules intarissables d'en exciser de grandes portions. Si la suppuration est profonde, elle pourra fuser au loin, gagner dans toutes les directions, isoler, disséquer les organes avant d'arriver à l'extérieur. Les ouvertures spontanées sont ordinairement trop étroites, trop irrégulières, trop mal placées pour l'écoulement facile et complet des matières épanchées. Ainsi, pour moi, messieurs, il n'y a pas de doute sur ce premier point : il faut ouvrir le foyer. Maintenant se présente une autre question

importante. Comment faut-il ouvrir les foyers? est-ce avec l'instrument tranchant ou avec le caustique?

Les caustiques, tels que la potasse ou le cautère actuel, ne doivent être, je crois, employés que dans un très petit nombre de cas. Quand la peau est amincie, livide, décollée et dénudée de son tissu cellulaire, on a l'avantage, en ayant recours à ces agents, de la détruire d'un seul coup, et d'avoir une plaie qui se cicatrise vite. Mais, dans les autres cas, il vaut mieux avoir recours au bistouri. On peut même, à l'aide de cet instrument, obtenir les mêmes résultats qu'avec les caustiques, quand ceux-ci sont utiles; car rien ne s'oppose en effet à ce qu'on excise sur-le-champ les téguments décollés quand ils doivent l'être. Enfin, règle générale, l'instrument tranchant vaut infiniment mieux que la cautérisation, surtout quand on adopte comme principe d'ouvrir de bonne heure les foyers purulents provenant des adénites. Maintenant parlons de l'époque à laquelle on doit ouvrir ces foyers.

Certains chirurgiens attendent que la suppuration soit aussi complète que possible; ils s'appuient, je crois, sur de mauvaises raisons. Pendant que la fonte des tissus, que la maturité qu'ils attendent, s'effectuent, une dissection sourde et étendue des ganglions et de la peau peut s'opérer. En se conduisant d'après ce principe, on s'expose aux mêmes inconvénients qu'en laissant le foyer s'ouvrir de lui-même. Par la méthode contraire, en ouvrant aussitôt que la fluctuation n'est plus douteuse, on rencontre moins de liquide, à la vérité, et le dégorgeement immédiat est moins manifeste; mais aussi la peau reste épaisse, doublée de sa couche cellulo-graisseuse; les autres tissus conservent leurs rapports naturels, et les ganglions eux-mêmes ne subissent presque aucun décollement. Si la résolution de la tumeur tarde un peu plus à se terminer, on a en compensation une plaie qui se cicatrise également sans autres secours particuliers. Les foyers se-

condaires qui se forment quelquefois autour du premier ne seraient point ici une objection, car ils se montrent tout aussi bien après la première méthode qu'après la seconde.

Non seulement il vaut mieux ouvrir de bonne heure que d'attendre quand l'adénite aiguë est suivie de suppuration, mais encore il vaut mieux alors faire des incisions longues et multipliées que de simples ponctions rares et étroites. Si plusieurs points de la tumeur paraissent ramollis, se laissent déprimer comme sur autant de foyers distincts, je les incise dans toute leur longueur séparément. Je m'en tiens à une seule ouverture, au contraire, quand il n'y a évidemment qu'un foyer, et quand les téguments ne présentent pas de plaques isolément amincies. Alors je fais cette ouverture plus longue, et de manière qu'une de ses extrémités dépasse un peu les limites inférieures de la collection. J'ai pour principe enfin, toutes les fois que l'abcès est superficiel, de l'ouvrir assez largement pour que le pus ne puisse stagner nulle part. S'il est profond, et que les parois n'en soient pas amincies, une grande incision est encore nécessaire; mais on a droit d'espérer que l'élasticité, la résistance des aponévroses ou de la peau, suffiront pour forcer les matières à fuir par la voie qu'on leur a pratiquée.

Deux modes de traitement nouveaux ont été vantés pour la guérison des tumeurs lymphatiques chroniques: ce sont l'écrasement et le séton.

*Ecrasement.* — Cette méthode a été proposée et mise en pratique par M. Malgaigne. Quand les ganglions sont broyés, morcelés, réduits en bouillie sous les téguments demeurés intacts, la tumeur qu'ils forment se trouve dans des conditions à peu près semblables à celles d'une tumeur formée par des grumeaux de sang épanché. Une compression permanente que l'on fait succéder à l'écrasement accélère encore cette résorption. Nous devons dire cependant que le broiement