

La marche du lympho-adénocèle est lente. Il est rare que l'ectasie soit limitée à la masse ganglionnaire; presque toujours, en palpant la fosse iliaque dans la profondeur, on sent des cordons formés par l'ectasie des vaisseaux et des ganglions iliaques et lombaires. La dilatation lymphatique peut s'étendre à toute la surface d'un membre, elle peut même se généraliser. Le premier malade de Th. Anger présentait, avec un adéno-lymphocèle double de la région inguinale, des dilata-tions variqueuses des lymphatiques sus-hyoïdiens, de ceux du périnée, et du ganglion axillaire droit.

La guérison a été observée par simple réduction lente de la tumeur; ce qui est à craindre, c'est la lymphangite variqueuse qui souvent détermine des accidents mortels; la mort peut survenir aussi par anémie lymphatique (Nélaton), sorte d'anémie pernicieuse progressive.

II. VARICES TRONCULAIRES. — Elles sont superficielles ou profondes.

a. *Varices superficielles.* — Elles peuvent se présenter sous forme de *cordons isolés* ou de *paquets variqueux*.

Sous forme de cordons superficiels, on peut exceptionnellement les voir, en relief à la surface de la peau, former des cordons transparents au voisinage des ganglions, mais le plus souvent c'est par le palper qu'on les reconnaît. On sent en effet des cordons durs et bosselés (parfois du volume du petit doigt), correspondant au trajet anatomique des troncs lymphatiques (partie médiane du dos de la verge, milieu du mollet, partie antéro-interne du bras, etc.). Nous reproduisons un exemple de lymphangiectasie emprunté au musée de l'hôpital Saint-Louis (fig. 24).

Sous forme de paquets variqueux, les ectasies portent surtout sur les troncs qui avoisinent le lympho-adénocèle à l'aîne, au périnée, etc.; les tubes moniliformes enchevêtrés forment une véritable tumeur.

b. *Varices profondes.* — Les varices profondes sont difficiles à sentir à cause de leur situation; la coexistence d'ectasies superficielles et ganglionnaires peut seule éclairer la nature de l'empatement allongé que l'on sent dans la profondeur, du moins dans la plupart des cas.

Rarement on observe de l'œdème ou des douleurs; le plus souvent on constate une simple pesanteur du membre et une gêne fonctionnelle assez grande.

A la séance de la Société médicale des hôpitaux du 22 février 1895, Hanot a rapporté deux observations de varices lymphatiques *sous-cutanées abdominales* chez des malades atteints de *cirrhose atrophique*; ces varices s'étaient en partie affaissées à la suite de la ponction, mais elles ont de nouveau augmenté de volume; il est à noter que, chez ces deux malades, les varices lymphatiques ne s'étendaient pas jusque sur la cuisse comme dans les cas de varices lymphatiques chirurgicales; le liquide ascitique ne présentait pas les

caractères d'un épanchement chyleux: il y avait une leucocytose très marquée.

III. VARICES RÉTICULAIRES. — a. *Varices du derme.* — Elles se développent parfois très rapidement, surtout après des poussées lym-



Fig. 24. — Varices lymphatiques ulcérées (Musée de l'hôpital Saint-Louis, pièce n° 281).

phangitiques; une série de petites vésicules se forment qui ordinairement deviennent confluentes. A la périphérie de la masse se trouvent d'autres petites vésicules disséminées; ces vésicules, du volume d'une tête d'épingle à celui d'une noisette, d'une coloration variant du blanc au blanc rosé ou violacé, se gonflent par la compression périphérique et s'affaissent par la pression directe; en pressant à

plat avec la paume de la main on a la sensation d'épaississements et de travées fibreuses, puis lors de la décompression, les vésicules se remplissent : « On dirait une éponge qui se gonfle. »

b. *Varices des muqueuses.* — Les varices des muqueuses ont été observées sur la langue et particulièrement sur la face interne des lèvres. Ces varices, qui revêtent l'aspect de petits kystes glandulaires sous-muqueux, joueraient un certain rôle dans la production des lèvres épaissies des strumeux et des scrofuleux. Darier, puis Leredde, ont étudié ces ectasies lymphatiques des lèvres qui ont souvent été prises pour des vésicules herpétiques ou des kystes glandulaires.

Complications des lymphangiectasies. — I. COMPLICATIONS MÉCANIQUES ET TRAUMATIQUES. — Des complications mécaniques ou traumatiques, la plus fréquente est la *lymphorragie*, qu'elle survienne à la suite de l'usure mécanique de l'épiderme par l'ampoule lymphatique ou qu'elle s'établisse après un traumatisme quelconque, plaie, piqûre ou simple heurt de la région ectasiée.

Ce sont surtout les varices réticulaires qui présentent cette complication (elle n'a jamais été signalée dans le lympho-adénocèle pur). Mais, comme nous l'avons vu, le lympho-adénocèle pur est très rare, presque toujours l'ectasie porte sur le réseau lymphatique voisin des masses ganglionnaires.

Tantôt l'écoulement lymphatique est minime, tantôt il est très abondant (Malade de Dujardin : 125 grammes de lymphes par heure pendant huit à vingt heures). Le liquide qui s'écoule est de la lymphes, il est incolore au début, puis devient lactescent; ordinairement il suinte goutte à goutte, parfois il sort en jet si l'on comprime les ampoules; il se concrète à l'air et empêche le linge.

Quelquefois l'écoulement revient périodiquement; dans certains cas il s'établit une véritable *fistule lymphatique*.

La déperdition continue ou considérable de la lymphes entraîne un état de faiblesse et d'anémie profonde.

L'hémorragie n'a jamais été assez abondante pour être inquiétante. Ce qu'on a observé, c'est un léger écoulement sanguin dans l'ampoule variqueuse où le sang colore la lymphes; il n'y a donc pas là hémorragie proprement dite.

II. COMPLICATIONS INFLAMMATOIRES. — Les complications inflammatoires sont représentées par la *lymphangite variqueuse*. Cette dernière a été observée plus fréquemment dans les cas de lympho-adénocèle. Elle se présente sous deux formes (Nepveu).

1° *Lymphangite circonscrite ou bénigne.* — Elle est cliniquement révélée par des traînées rouges sur le trajet des troncs ectasiés; parfois éclosent des vésicules transparentes sur la peau qui recouvre les vaisseaux enflammés. Cette inflammation rétrocede en général dix à vingt jours après son apparition et se termine par la guérison.

2° *Lymphangite diffuse ou maligne.* — Cette variété est excessive-

ment grave, contrairement à la précédente. Elle s'annonce par tous les symptômes des infections septicémiques foudroyantes, élévation de température, douleur vive partie de l'adéno-lymphocèle pour s'irradier vers les reins et l'épigastre, ballonnement du ventre, rougeur et chaleur de la peau; puis la surface cutanée devient pâle et plus tard d'un rouge veineux; le délire est continu. La mort survient de vingt-quatre à quarante-huit heures après le début.

Diagnostic. — Parmi les lymphangiectasies, la plus difficile à diagnostiquer est le *lympho-adénocèle*, la plus facile est la *lymphangiectasie tronculaire*.

I. LYMPHO-ADÉNOCELÈ. — Le lympho-adénocèle doit être différencié du lipome, de l'angiome veineux, de l'épiplocèle, de l'abcès froid, du lymphangiome sous-dermique.

a. Le *lipome* a une consistance plus ferme que la tumeur variqueuse des ganglions, il ne se laisse pas refouler et n'est pas symétrique (nous avons observé dans le service de notre maître le professeur Le Dentu, un cas de lipome double et symétrique de la région trochantérienne chez une jeune femme). Enfin on n'observe pas à sa périphérie d'ectasie tronculaire ni réticulaire.

b. L'*angio-lipome*, par sa consistance, se rapproche davantage du lympho-adénocèle, mais les autres caractères ci-dessus signalés pour le lipome serviront à séparer l'angio-lipome des ectasies ganglionnaires.

c. L'*angiome veineux* forme une tumeur molle et réductible; mais la peau présente souvent des varicosités bleuâtres, les veines sous-cutanées sont volumineuses, la compression des veines émergentes détermine l'augmentation de volume de la tumeur.

d. L'*épiplocèle* est parfois difficile à diagnostiquer de l'adéno-lymphocèle, témoin le malade d'Amussat qui portait deux bandages herniaires. Nous avons vu à l'hôpital de la Pitié une femme chez laquelle on avait porté le diagnostic de hernie crurale, il s'agissait en réalité d'un adéno-lymphocèle de la région inguino-crurale; cette femme était très grasse, aussi les sensations données par le palper n'étaient pas très nettes. Dans l'épiplocèle on n'observe pas d'ectasies des lymphatiques superficiels.

e. L'*abcès froid*, à parois flasques non distendues par le liquide de la poche, donne parfois dans la région inguinale une sensation de tumeur molle, en partie réductible en laissant des inégalités dures; on trouve une pigmentation de la peau, qui est granitée, surtout si des topiques ont été appliqués sur la tuméfaction. Un examen attentif permettra de distinguer aisément cette affection de la tumeur variqueuse ganglionnaire.

f. Le *lymphangiome sous-dermique*, par sa forme moins régulière, par son siège très variable, par sa consistance différente de l'adéno-lymphocèle, sera facile à différencier de ce dernier.

II. VARICES TRONCULAIRES. — Les varices des troncs lymphatiques

ne pourraient guère être confondues qu'avec les *varices des troncs veineux*, mais le trajet anatomique de ces derniers, leur réductibilité, la coloration bleuâtre de la peau qui les recouvre, etc., les distingueront des varices lymphatiques.

III. VARICES RÉTICULAIRES. — 1° Les *varices du derme* ont été confondues avec un grand nombre d'éruptions cutanées, l'*acne rosacea*, le *nævus*, l'*ecthyma*, les *syphilides*, etc. Mais la transparence et la réductibilité des varices lymphatiques, surtout l'examen du liquide, feront faire le diagnostic.

2° Les *varices des muqueuses*, doivent être différenciées des *kystes glandulaires* et des vésicules d'*herpès*.

Pronostic. — Les varices réticulaires sont très bénignes. Le lympho-adénocèle offre un pronostic plus sérieux à cause de sa marche progressive et de ses complications possibles; la plus redoutable de ces complications est la lymphangite variqueuse diffuse.

Traitement. — I. LYMPHO-ADÉNOCÈLE. — Nous ne sommes plus au temps où Nélaton, pour avoir extirpé au bistouri une tumeur lymphatique de l'aîne, vit son malade mourir en quelques heures de lymphangite phlegmoneuse. Aussi quand l'adéno-lymphocèle se présente sous forme de tumeur bien circonscrite, on peut l'*extirper* sans inconvénient, à condition de faire une *antisepsie très rigoureuse*. Mais souvent les troncs lymphatiques voisins sont très dilatés et presque toujours les lymphatiques iliaques et lombaires sont ectasiés: on est alors obligé d'avoir recours à des *moyens palliatifs*.

Ceux-ci consistent dans la *compression* et le *changement de climat*. — Le premier moyen détermine des améliorations en diminuant la masse de la tumeur et en permettant la marche, mais il expose aux complications terribles de l'inflammation variqueuse; le second a donné un résultat heureux chez un malade de Bousquet.

Si le lympho-adénocèle est généralisé, l'ablation ne peut être pratiquée et Bessio recommande le procédé employé par Th. Anger qui consiste à faire une injection interstitielle de :

Perchlorure de fer.....	25 grammes.
Chlorure de zinc.....	1gr,50
Eau distillée.....	60 grammes.

On exerce d'abord à l'aide d'un anneau une compression circulaire, on enfonce au centre de la tumeur une aiguille de Pravaz et on injecte cinq à six gouttes de la solution; on retire l'aiguille et on continue la compression.

L'injection, d'ailleurs assez douloureuse, détermine la coagulation de la lymphe et par suite l'induration des tissus.

II. LYMPHANGIECTASIES TRONCULAIRES ET RÉTICULAIRES. — Le meilleur traitement à leur appliquer est la *compression méthodique* et prolongée (Chipault).

On a obtenu quelques succès, mais non d'une façon constante, par l'application de nitrate d'argent, de teinture d'iode, de pointes de feu.

On a fait l'extirpation des plaques vésiculeuses, mais la récurrence est survenue souvent au voisinage de la cicatrice.

Contre les lymphangiectasies généralisées, la thérapeutique est encore impuissante.

II

AFFECTIONS DES GANGLIONS LYMPHATIQUES

I. — LÉSIONS TRAUMATIQUES.

Les contusions des ganglions ne causent ordinairement pas d'accidents; d'ailleurs par leur situation anatomique ils sont rarement sujets aux écrasements.

Les plaies ganglionnaires ne sont pas rares, soit accidentellement, soit chirurgicalement au cours d'une opération; elles ne sont suivies d'aucun accident. On a signalé l'adénite traumatique à la suite de plaies ganglionnaires (Bergeron), mais ces faits sont rares.

La seule complication spéciale est la *lymphorragie*, celle-ci passe inaperçue quand elle est momentanée, parce que l'écoulement de la lymphe se mêle à l'écoulement sanguin et qu'il cesse en général quand l'hémostase est faite.

Si, à la suite de l'écoulement sanguin, il s'échappe par la plaie cutanée un liquide lactescent et que la cicatrisation tarde, c'est que la lymphorragie persiste, alors se trouve créée une fistule lymphatique qui peut durer plusieurs semaines ou plusieurs mois.

Le traitement des plaies ganglionnaires ne diffère pas de celui des autres plaies, mais s'il existe une fistule lymphatique, il faut enlever le ganglion et parfois extirper le trajet fistuleux lorsque celui-ci est bien constitué.

II. — ADÉNITES SIMPLES.

1° ADÉNITE AIGUE.

Étiologie. — L'adénite peut être produite de deux manières différentes: ou l'élément infectieux est introduit directement dans le ganglion, ou il y pénètre par la voie lymphatique.

I. ADÉNITES PAR INOCULATION DIRECTE. — Ce groupe d'adénites est de beaucoup le plus rare. Il faut y rattacher en partie les *adénites par*

conlignité de Chassaignac, c'est-à-dire celles qui éclosent près d'un foyer de suppuration.

II. ADÉNITES PAR INOCULATION A DISTANCE. — Ces adénites sont déterminées par l'apport par la voie lymphatique de germes infectieux qui s'arrêtent et cultivent dans les ganglions. L'apport par la voie lymphatique n'indique pas nécessairement l'existence d'une lymphangite, l'élément infectieux peut en effet être charrié sans que la paroi lymphatique réagisse. L'inoculation se fait par les téguments ou par les cavités viscérales; certaines lésions profondes, une infection générale peuvent encore la déterminer.

1° *Adénite d'origine tégumentaire.* — Toute lésion des téguments peut être une cause d'adénite, que cette lésion soit traumatique (plaies petites ou profondes, anfractueuses ou simples, écorchures surtout, érosions, fissures périunguéales, fissures anales, ulcérations mammaires ou péniennes, etc.), ou inflammatoire (dermites ulcéreuses, vésiculeuses, pustuleuses, érysipèle, furoncle, anthrax, etc.). Cette adénite a d'ailleurs les mêmes causes que la lymphangite d'origine cutanée.

2° *Adénite d'origine cavitaire.* — Elle est due aux mêmes lésions que précédemment, mais au lieu de porter sur la peau celles-ci portent sur les muqueuses buccale, vaginale, urétrale, etc., et c'est ainsi qu'on observe l'adénite dans le cours des gingivites, des vaginites, des urétrites, etc.

3° *Adénite d'origine profonde.* — Cette variété d'adénite est rare et se produit au cours de certaines arthrites, de quelques synovites, ostéomyélites et ostéopériostites.

4° *Adénite reconnaissant pour cause une infection générale.* — Ce groupe d'adénites, que l'on peut comparer aux adénites cancéreuses et que Lejars appelle *adénites à distance dans les inflammations viscérales*, est causé par la diffusion des germes infectieux dans l'économie, diffusion telle que les ganglions enflammés sont parfois très éloignés des lésions locales, alors que les ganglions voisins sont respectés. C'est ainsi que dans les entérites (Nicaise, adénite cervicale suppurée), dans la fièvre typhoïde, dans la pneumonie, dans la variole, on a observé des adénites subaiguës suppurées; dans ces cas, c'est toujours au déclin de la maladie, pendant la convalescence, que les adénites se sont produites.

Anatomie pathologique. — I. ADÉNITE INFLAMMATOIRE SIMPLE. — Le ganglion est gros, rouge brun et ferme. A la coupe, il offre l'aspect splénique et présente de petits foyers hémorragiques sur la tranche de section.

Au point de vue histologique, les tissus lymphatiques sont gorgés de cellules lymphatiques et de débris de leucocytes; les travées conjonctives sont épaissies et granuleuses, les capillaires sanguins sont dilatés et entre les cellules lymphatiques on trouve des îlots de globules.

II. ADÉNITE SUPPURÉE. — Le ganglion devient mou, violacé et friable. Sur une coupe on aperçoit des foyers grisâtres, disséminés, ou de petites vacuoles purulentes; parfois celles-ci forment des cavernes plus grandes remplies de pus. Enfin le ganglion peut être réduit à une coque fibreuse d'où partent des tractus irréguliers, derniers vestiges des travées conjonctives qui baignent dans le pus. L'adénite suppurée s'accompagne alors presque toujours de périadénite.

III. PÉRIADÉNITE SIMPLE. — Elle est causée par la dissémination des germes infectieux dans l'atmosphère périganglionnaire ou par l'agglomération des éléments infectieux dans les voies lymphatiques aboutissant au ganglion devenu imperméable. Cette périadénite peut se terminer par suppuration.

IV. PÉRIADÉNITE SUPPURÉE. — On a observé la périadénite suppurée sans suppuration ganglionnaire, mais en général l'adénite suppurée coïncide avec la suppuration périganglionnaire et constitue l'adéno-phlegmon.

V. ADÉNO-PHLEGMON. — Le stade suppuratif complètement terminé, le ganglion passe à un état définitif qui en général est l'état scléreux. Ces ganglions sclérosés forment alors de petits noyaux durs, constitués par du tissu conjonctif.

Symptomatologie. — Le mode de début ne diffère pas, que l'adénite existe seule ou qu'elle apparaisse au cours d'une lymphangite. Elle est annoncée par un seul ou plusieurs frissons accompagnés de fièvre, puis le malade accuse de la douleur et de la gêne dans le territoire ganglionnaire qui va être envahi.

L'adénite est mono ou polyganglionnaire, mais quand elle est multiple il y a toujours un ganglion plus volumineux, c'est le *ganglion anatomique*, auquel ont directement abouti les germes infectieux. Parfois l'adénite s'étend d'un ganglion à l'autre: c'est l'*adénite en chaîne successive*. On doit distinguer au point de vue clinique plusieurs stades et plusieurs formes.

I. ADÉNITE INFLAMMATOIRE SIMPLE. — Elle répond au stade de l'engorgement ganglionnaire. On sent, dans la région envahie, les ganglions augmentés de volume et arrondis; parfois on peut les voir, chez les sujets maigres, surtout lorsqu'il s'agit d'une adénite inguinale; ces ganglions sont durs et élastiques, ils roulent sous le doigt et sont mobiles. La pression provoque une douleur assez vive.

Là peut s'arrêter l'inflammation. Après quelques jours ou quelques semaines, le volume des ganglions diminue, en même temps la douleur s'atténue et disparaît. Les ganglions restent parfois très longtemps gros et sont souvent sujets à des poussées inflammatoires aiguës ou subaiguës, sous l'influence des moindres irritations périphériques du territoire ganglionnaire correspondant. C'est alors que l'adénite aiguë représente la première étape de l'adénite chronique.

II. ADÉNITE SUPPURÉE. — Quand, au cours d'une adénite aiguë,

l'état général s'aggrave, lorsque la fièvre augmente, que les frissons se reproduisent et que le ganglion devient fixe en augmentant de volume, on a l'indice d'une suppuration ganglionnaire. La région est douloureuse au palper, les contours du ganglion sont moins nets, celui-ci semble plongé dans une gangue épaisse : c'est la *gangue périadénitique*.

Puis la peau devient empâtée, rouge, adhérente au ganglion qui est devenu mou ; une zone dépressible et fluctuante se forme au centre de la masse empâtée, la peau s'amincit à ce niveau et contraste avec l'épaisseur des téguments voisins, la bosselure devient transparente, bientôt s'ulcère pour livrer passage au pus. Cette suppuration peut s'effectuer très rapidement en quelques jours, en général elle se fait du sixième au quinzième jour. Si le pus qui s'écoule est séreux, granuleux, peu abondant, c'est que l'abcès est *intraganglionnaire* ou *parenchymateux*.

III. ADÉNO-PHLEGMON CIRCONSCRIT. — Mais le plus souvent il s'écoule un pus franchement phlegmoneux et en assez grande abondance en même temps que des débris granuleux et des tractus provenant de la masse ganglionnaire ; l'ulcération laisse voir dans la profondeur une sorte de champignon rougeâtre qui est le ganglion suppuré. C'est qu'à l'adénite s'est ajoutée une périadénite suppurée. Dans ces cas, on peut constater une fluctuation plus ou moins nette avant l'ulcération ; celle-ci est très évidente quand l'adéno-phlegmon est superficiel comme au pli de l'aîne. Lorsqu'il s'agit au contraire d'adéno-phlegmon profond (région poplitée, régions cervicale et sous-maxillaire), il faut essayer de fixer la tumeur contre un plan résistant tel qu'un plan osseux (fémur, maxillaire inférieur), et rechercher la présence du liquide par des pressions profondes alternatives ; il est important de reconnaître ces adéno-phlegmons pour éviter la production de fusées purulentes et de désordres plus graves. Quand ces adéno-phlegmons profonds s'ouvrent extérieurement et d'eux-mêmes, ils déversent une quantité considérable de pus.

L'abcès ganglionnaire étant vidé, la cicatrisation se fait ordinairement peu à peu et le ganglion se sclérose ; sinon, l'ulcération persiste et la plaie peut rester fistuleuse chez les sujets affaiblis ou entachés de tuberculose. Exceptionnellement on a constaté la production de fistules lymphatiques à la suite d'adénites suppurées.

IV. ADÉNO-PHLEGMON DIFFUS. — L'adéno-phlegmon, au lieu de se circonscrire, peut avoir une marche envahissante, surtout en cas d'infection locale grave septique ou d'infection locale légère chez des individus atteints d'infection générale (scarlatine principalement, fièvre puerpérale). On l'observe le plus souvent au cou. Les chaînes ganglionnaires se prennent, le pus fuse au-dessous des aponévroses cervicales, le tissu cellulaire se sphacèle (*adéno-phlegmon gangréneux* de certains auteurs), parfois même les vaisseaux s'ulcèrent,

carotide, jugulaire (Gillette), l'axillaire, etc. Les cavités anfractueuses qui succèdent à ces désordres se réparent très lentement. La mort est une terminaison fréquente de ces adéno-phlegmons.

V. ADÉNITE INFECTIEUSE GRAVE. — Elle se présente sous deux formes :

1° *Adéno-phlegmon diffus*. — Dans ces cas, l'évolution est rapide et s'accompagne de délire et de symptômes généraux graves.

2° *Adénite non suppurée*. — Le peu de gravité des symptômes locaux contraste ici avec l'importance des phénomènes généraux : fièvre 41°, frissons, sueurs, délire ; c'est une adénite d'apparence bénigne, mais avec infection générale suraiguë amenant ordinairement en peu de jours la mort du malade.

VI. Enfin parfois, tandis que l'adénite aiguë ne suppure pas, la périadénite concomitante forme un petit phlegmon circonscrit qui tend à s'ouvrir au dehors ; celui-ci est tantôt sous-cutané, *préganglionnaire*, tantôt plus profond, *rétroroganglionnaire* : son évolution est celle du phlegmon sous-cutané ordinaire. Mais il faut prendre garde à ces phlegmons périganglionnaires ; souvent en effet, après un ou plusieurs jours, la plaie livre passage à un pus plus séreux ; parfois même l'adénite suppurée existe en même temps que la périadénite suppurée, le foyer périganglionnaire s'est ouvert avant le foyer rétroroganglionnaire.

Pronostic. — Le pronostic est en général bénin, il dépend de la forme que revêt l'affection du malade.

Traitement. — I. ADÉNITE INFLAMMATOIRE SIMPLE. — Traiter l'adénite inflammatoire simple ou l'engorgement ganglionnaire, c'est en réalité prévenir le stade de suppuration.

On a recommandé d'abord le repos, puis on a pansé avec soin et d'une façon antiseptique la lésion qui semble être la porte d'entrée des germes infectieux. On a préconisé les sangsues, les vésicatoires volants (Velpeau), les bains tièdes locaux ou généraux, les pansements humides (sublimé à 1/1000, acide borique 3 p. 100) avec légère compression, les onctions d'onguent napolitain belladonné, les badigeons de teinture d'iode ; Hueter a conseillé les injections intraganglionnaires d'acide phénique à 3 p. 100. Parmi tous ces moyens, ceux qui ont donné les meilleurs résultats sont les pansements humides au sublimé à la période aiguë, et les onctions d'onguent napolitain au début. Les saignées locales ont plus d'action sur la douleur que sur l'adénite elle-même.

II. ADÉNITE SUPPURÉE. — Velpeau, Broca, Stocquart avaient conseillé la ponction. On préfère aujourd'hui l'incision précoce au bistouri. La région est préalablement anesthésiée soit par une injection intradermique de chlorhydrate de cocaïne à 1/50 (deux seringues de Pravaz), soit par une pulvérisation d'éther, ou plutôt de chlorure d'éthyle suivant le trajet de l'incision ; ce dernier procédé est très