

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, *rétroranglionnaire* : 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 rétroranglionnaire.

**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



commode et donne une anesthésie rapide. On incise le ganglion abcédé et s'il existe des tractus empêchant les foyers profonds de se vider, on les détruit à l'aide de la sonde cannelée ou de la curette; on lave antiseptiquement et on applique un pansement iodoformé avec une mèche de gaze.

III. ADÉNO-PHLEGMON CIRCONSCRIT OU DIFFUS ET PÉRIADÉNITE SUPPURÉE. — Dans ces cas il faut intervenir rapidement et largement, faire des incisions profondes, ouvrir tous les clapiers et drainer soigneusement. On appliquera pendant quelque temps un pansement humide au sublimé.

IV. ADÉNITES INFECTIEUSES GRAVES. — En présence de ces adénites qui n'affectent pas l'allure de l'adéno-phlegmon, la chirurgie se trouve impuissante; il faut soigner l'état général, désinfecter l'intestin par exemple, administrer des toniques, en particulier l'alcool, en un mot traiter la maladie infectieuse, qui détermine l'état local.

V. ULCÉRATION ATONIQUE GANGLIONNAIRE. — Lorsque la cicatrisation est languissante, on fera bien de l'activer par l'application de substances irritantes telles que la teinture d'iode ou le chlorure de zinc; mais pour peu que l'abcès ganglionnaire menace d'être fistuleux ou que le fond devienne fongueux, il faut intervenir chirurgicalement. On a préconisé le curettage avec la curette de Volkmann, l'excision des bords indurés de l'ulcération et la suture des lèvres de la plaie. Mais le meilleur traitement consiste à disséquer la masse périganglionnaire indurée, à réséquer la peau ulcérée et à pratiquer la suture, qui est réduite alors à celle d'une plaie simple; on évite ainsi les adénopathies secondaires greffées sur l'adénite chronique.

## 2° ADÉNITE CHRONIQUE SIMPLE.

C'est une inflammation ganglionnaire chronique, entretenue par un foyer microbien intraganglionnaire ou par l'apport continu d'éléments infectieux partis d'une lésion périphérique persistante, mais dont la nature n'est ni spécifique, ni tuberculeuse, ni rhumatismale, ni lymphadénique ou carcinomateuse. L'adénite chronique simple est cliniquement une *hypertrophie ganglionnaire* ou un *engorgement chronique des ganglions*.

**Étiologie.** — Elle succède en général à des poussées d'adénite aiguë ou plutôt subaiguë.

Les lésions périphériques persistantes en sont une des causes les plus fréquentes, c'est pourquoi les ulcères variqueux s'accompagnent très souvent d'adénite chronique de voisinage, les éruptions eczémateuses la produisent fréquemment aussi. D'après Renaut, l'œdème chronique serait également une cause de sclérose ganglionnaire.

Les ouvriers dont les mains ou les pieds calleux et crevassés

sont continuellement irrités soit par des liquides, soit par des poussières, présentent souvent des adénopathies chroniques axillaires ou inguinales; ce sont des adénites presque *professionnelles*.

Les poussées subintrantes de périostite alvéolo-dentaire causent souvent de l'adénite sous-maxillaire chronique, de même l'ostéomyélite chronique et certaines lésions articulaires entretiennent parfois une adénite simple dans le territoire ganglionnaire voisin.

Quant à l'adénite chronique simple *a frigore*, elle est appelée à disparaître de la nosographie; le froid ne joue là que le rôle de cause occasionnelle et cette adénite relève en réalité soit de la tuberculose, soit du rhumatisme.

**Anatomie pathologique.** — Au point de vue anatomo-pathologique, les lésions de l'adénite chronique sont un stade plus avancé des lésions de l'adénite aiguë. Nous ne reviendrons pas ici sur les lésions du début, décrites à propos de l'adénite aiguë. Ces lésions de l'adénite aiguë peuvent entraîner dans le ganglion cinq transformations principales: la sclérose, la calcification, la pigmentation, la dégénérescence graisseuse ou amyloïde, enfin la suppuration.

La consistance du ganglion est en général analogue à celle du tissu du foie; sa coloration est rouge brun ou violacé. Sur une coupe le centre est jaunâtre ou grisâtre, souvent entouré d'une coque blanche adhérente, produit de l'inflammation périganglionnaire.

I. SCLÉROSE GANGLIONNAIRE. — Le parenchyme ganglionnaire s'atrophie tandis que les travées conjonctives s'hypertrophient; le ganglion devient petit, blanc mat; son tissu ligneux crie sous le scalpel; parfois autour de ce noyau se développe un tissu graisseux très abondant.

II. CALCIFICATION GANGLIONNAIRE. — C'est le stade le plus avancé de la sclérose ganglionnaire. Parfois la calcification est massive, mais le plus souvent elle est irrégulière et se fait par nodules; on la constate surtout chez les vieillards, en dedans de la coque fibreuse capsulaire du ganglion.

III. PIGMENTATION GANGLIONNAIRE. — Elle s'observe ordinairement chez ceux qui sont en contact avec les poussières de charbon ou d'ardoise, on la rencontre souvent aussi chez les vieillards; elle siège dans le système caveux et dans les travées conjonctives périvasculaires.

IV. DÉGÉNÉRESCENCE GRAISSEUSE. — Weber l'appelait *pseudo-lipome des ganglions*; elle est moins fréquente que les transformations précédentes. Il en est de même de la *dégénérescence amyloïde*.

V. SUPPURATION. — Elle forme dans l'adénite chronique des vacuoles qui se fusionnent pour former un *abcès* à marche subaiguë.

**Symptomatologie.** — L'adénite chronique peut succéder à une adénite aiguë, mais elle se constitue le plus souvent à la suite d'une série d'adénites subaiguës.



On trouve alors dans l'aîne ou dans l'aisselle quelques ganglions augmentés de volume. La palpation prouve leur mobilité et leur indolence presque complète. Ces ganglions ne deviennent douloureux qu'à la suite de fatigues ou d'irritations; ils sont alors moins mobiles et augmentent momentanément de volume, ils subissent en réalité une poussée d'adénite subaiguë. Ceci explique la possibilité de production d'un véritable adéno-phlegmon, qui peut se terminer par la suppuration.

Les ganglions peuvent au contraire rester isolés et mobiles sous la peau ou s'agglomérer en masse.

Une complication assez curieuse et assez rare peut se produire; c'est l'œdème du membre, signalé par Rigler, Virchow, Renaut, Bellamy.

**Terminaison.** — La suppuration peut détruire le ganglion qui, à la longue, est représenté par un noyau fibreux adhérent à la peau.

Parfois les lésions périphériques disparaissent et le ganglion revient à ses dimensions normales.

Le ganglion peut enfin devenir scléreux, calcifié, graisseux, ou amyloïde.

**Pronostic.** — Le pronostic n'est pas grave, toutefois l'adénite chronique prépare un terrain favorable à l'éclosion de la tuberculose ganglionnaire ou à la production du bubon.

**Traitement.** — Le premier traitement consiste à soigner antiseptiquement la lésion causale de l'adénite. Si cette lésion est tégumentaire on la pansera avec soin; si c'est, au contraire, une carie dentaire ou un séquestre, on enlèvera la dent malade ou l'os lésé.

Les badigeonnages iodés, la pommade iodurée, l'emplâtre de Vigo, sont de bons moyens de traitement local, bien supérieurs à la compression qui a provoqué parfois la suppuration.

Lorsque l'adénite chronique est devenue un adéno-phlegmon, on ouvrira celui-ci largement et on se comportera comme dans les cas d'adénite aiguë suppurée.

### III. — TUBERCULOSE GANGLIONNAIRE.

I. Jusque vers 1850 on a considéré les engorgements ganglionnaires comme des manifestations cliniques de la scrofule; on les désignait alors sous les noms d'*engorgements strumeux* ou *lymphatiques* et d'*écrouelles*.

II. En 1871, Schüppel décrivit dans le ganglion scrofuleux la granulation grise; on admit alors deux espèces d'engorgements ganglionnaires, les uns scrofuleux, les autres tuberculeux.

III. De nouvelles recherches vinrent bientôt détruire les bases de la théorie dualiste. Koch, en 1882, découvrait deux fois sur trois des bacilles tuberculeux dans les ganglions dits scrofuleux; ce tiers des

cas semblait représenter pour l'avenir la part de la scrofule. Or voici que la culture bacillaire se double expérimentalement de l'inoculation, et ces ganglions, dans lesquels l'examen microscopique ne décelait pas la présence des bacilles de la tuberculose, donnent par inoculation des lésions franchement bacillaires. Désormais la théorie uniciste règne; le scrofulome de Grancher disparaît et aujourd'hui la plupart des engorgements ganglionnaires chroniques peuvent être quant à leur nature définis des *tuberculoses locales* (1).

**Étiologie.** — La tuberculose ganglionnaire s'observe surtout chez l'enfant et chez l'adulte, on n'a jamais constaté d'adénite tuberculeuse à la naissance; elle apparaît surtout entre huit et vingt ans (Billroth); elle se rencontre tout à fait exceptionnellement après soixante ans. Les filles y semblent plus prédisposées que les garçons.

L'hérédité tuberculeuse joue certainement un rôle (77,5 p. 100, d'après Brun), les tares héréditaires également (l'alcoolisme surtout).

Le milieu, froid humide, surmenage, mauvaise alimentation, sont autant de causes prédisposantes préparant le terrain à l'éclosion de la tuberculose, à l'inoculation et à la culture du bacille.

La tuberculose des ganglions peut, dit-on, être primitive ou secondaire.

I. TUBERCULOSE PRIMITIVE. — L'adénite tuberculeuse d'emblée existe-t-elle? Il est difficile de l'admettre; en théorie, elle est inacceptable. Tantôt et souvent la porte d'entrée du bacille échappe, la lésion primordiale peut en effet être très légère, se réduire à une très minime excoriation du cuir chevelu dans les affections impétigineuses (Kœnig, Strumpell), à une éraillure endothéliale (Kœnig), cette excoriation peut être la cause d'une monoadénite bientôt suivie d'une chaîne ganglionnaire, comme le fait s'observe pour les adénites sous-maxillaires d'origine dentaire; tantôt la lésion primitive est guérie et ses effets persistent.

II. TUBERCULOSE SECONDAIRE. — Les cas de tuberculose secondaire des ganglions comprennent trois groupes.

**Premier groupe.** — Tuberculose ganglionnaire greffée sur une adénite aiguë ou chronique simple. — L'inflammation prépare le terrain pour le développement de la tuberculose. C'est ainsi que des adénopathies tuberculeuses se produisent après des engorgements ganglionnaires répétés dépendant d'amygdalites, d'angines, de carie dentaire, de périostite alvéolo-dentaire, d'accidents de la dent de sagesse, d'éruptions cutanées, d'eczéma du sein (Brun), de mammites chroniques simples (Volkman, Garré, Kocher, Gassmann). La tuberculose peut

(1) REBOUL, thèse de Paris, 1890. — LANNELONGUE, Acad. des sc. et Acad. de méd., 1891. — MARINESCU, thèse de Paris, 1891. — HEYNACKER, Inaug. Diss. Halle, 1893. — NÉLATON, Soc. de chir., 1893. — LAUENSTEIN, Deutsche Zeitschr. für Chir., 1893. — LE DENTU, Presse méd., 1894. — LEJARS, Presse méd., 1894. — MANSON, thèse de Paris, 1895. — BRIAULT, thèse de Lyon, 1895.



s'enter sur les adénites vénériennes, simples, chancrilleuses, syphilitiques, et constituer autant de variétés hybrides de bubons.

*Deuxième groupe.* — Tuberculose ganglionnaire succédant à une lésion tuberculeuse ou coïncidant avec elle. — Très souvent les lésions primitives persistent en même temps qu'évoluent les accidents secondaires.

*a.* Ces lésions sont pour les *adénites cervicales* : l'hypertrophie des amygdales, les ulcérations tuberculeuses de la langue, des lèvres, du pharynx, les affections impétigineuses des narines et du cuir chevelu, l'otite externe et moyenne, le coryza chronique et ulcéreux, les blépharo-conjonctivites à répétition, la dacryocystite chronique, la carie vertébrale, les arthrites cervicales, les affections bacillaires du nez et des oreilles (on a longtemps accusé comme cause des adénites cervicales le col raide que portaient jadis les soldats, d'où le port actuel de la cravate de toile dans l'armée).

*b.* Quand il s'agit des *adénites axillaires*, on trouve souvent des lésions du côté de la mamelle, des doigts, des articulations du poignet ou du coude. Sanchez Toledo a bien étudié (1887) les rapports des adénopathies axillaires avec la tuberculose pulmonaire : tantôt la lésion des ganglions de l'aisselle coïncide avec un début de tuberculose du poumon correspondant ; tantôt ceux-ci se prennent par voie récurrente, l'infection partie du poumon passe par les ganglions cervicaux avant d'atteindre les ganglions axillaires ; tantôt enfin les ganglions cervicaux atteints primitivement de tuberculose s'accompagnent d'adénite axillaire tuberculeuse, puis de tuberculose pulmonaire.

*c.* Les *adénites inguinales* sont souvent consécutives à des lésions tuberculeuses de l'anus et du rectum, ou à des tumeurs blanches du genou ou des articulations du pied.

L'adénite tuberculeuse peut donc se rencontrer au cou, dans l'aisselle, ou dans l'aîne, mais l'adénite cervicale est de beaucoup la plus fréquente, peut-être parce que la peau de la région cervicale est plus exposée aux intempéries de l'air et aux irritations extérieures.

*Troisième groupe.* — Tuberculose ganglionnaire par inoculation. — Dans ce groupe rentrent les faits d'adénites consécutives à de véritables *chancres tuberculeux* (Hipp. Martin) ; des adénites inguinales se sont ainsi produites à la suite de la circoncision. (Lehmann, 10 faits ; Hofmokl, 1 (1) ; Ève, 1).

**Anatomie pathologique.** — Nous distinguerons différents stades dans l'évolution de la tuberculose ganglionnaire : la *granulation grise*, le *ramollissement*, la *caséification*, l'*abcès froid*.

I. GRANULATIONS GRISES. — A cette période de début, le ganglion

(1) Hofmokl enleva dans les deux régions inguinales d'un enfant de dix mois, inoculé au prépuce par la salive d'un rabbin, trente ganglions caséux dans lesquels fut trouvé le bacille de Koch.

peut rester petit ; il ne devient volumineux que si la réaction inflammatoire est vive. Si on coupe ce ganglion on constate que la surface de section est grisâtre, quelquefois jaunâtre. Les granulations peuvent se voir à l'œil nu, elles forment des îlots ou des points grisâtres tranchant sur la coloration rougeâtre du ganglion. Elles font quelquefois un relief sur le plan de section.

Le siège de ces granulations est d'abord dans le tissu réticulé folliculaire de l'embouchure des lymphatiques afférents, parfois il en existe dans la capsule ganglionnaire elle-même (Cornil et Ranvier).

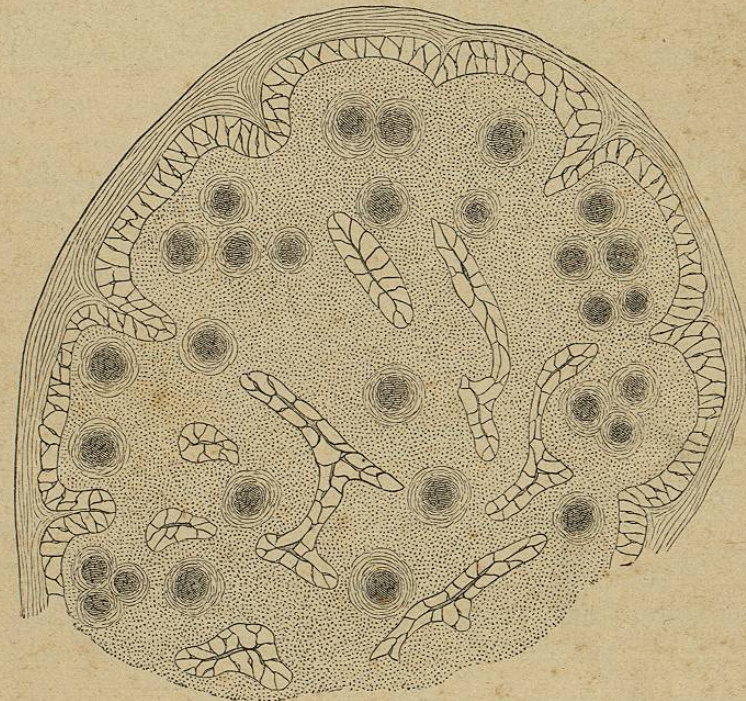


Fig. 25. — Ganglions tuberculeux, infiltration grise transparente, nombreux tubercules miliaires dans le tissu adénoïde (Cornil).

Les cellules lymphatiques se tassent, puis s'atrophient ; les fibrilles du stroma deviennent granuleuses, les capillaires sanguins s'oblitérent, puis le stroma réticulé et les cellules lymphatiques se fusionnent et forment un bloc semé de cellules géantes (fig. 25).

Les granulations tuberculeuses, en se groupant, forment le *nodule tuberculeux*. A côté du nodule tuberculeux existent des nodules lymphatiques ou tubercules colloïdes, constitués par une agglomération de cellules lymphatiques très grosses, claires et anucléées (Cornil).

Dans l'intérieur des *cellules géantes* se trouvent les *bacilles*. Ceux-ci ne sont ordinairement pas cantonnés exclusivement dans le