

simultanée ou successive; dans ce cas, le bubon chancrelleux n'est pas constant;

2. *Bubon syphilitique* sur lequel vient se greffer une adénite chancrelleuse; le bubon s'enflamme, s'abcède, le pus est inoculable et reproduit le chancre simple;

3. *Bubon chancrelleux* ordinaire en cours de suppuration, se transformant, par suite de la vérole intercurrente, en chancre induré; alors les ganglions voisins se prennent, la pléiade caractéristique est constituée; plus tard éclatent les accidents syphilitiques secondaires.

Dans ces deux derniers cas, la chancrelle ou le chancre induré peuvent ne pas être remarqués, ce qui explique les erreurs des anciens auteurs.

3° BUBONS SYPHILO-TUBERCULEUX. — C'est cette espèce que Ricord désignait sous le nom de *scrofulate de vérole*. Les colonies du bacille de Koch trouvent dans l'adénite syphilitique un terrain bien préparé pour prospérer.

C'est à l'aîne qu'on l'a observé, et le plus souvent chez des tuberculeux.

Les ganglions forment une masse adhérente qui se ramollit, s'ulcère, c'est alors une véritable adénite tuberculeuse.

4° BUBONS SYPHILO-CANCÉREUX. — Les faits de greffe cancéreuse sur bubon syphilitique sont très rares.

B. BUBON SYPHILITIQUE SECONDAIRE. — Les bubons syphilitiques secondaires revêtent divers aspects cliniques.

I. Dans certains cas, ces bubons secondaires sont constitués par des bubons primaires qui, au cours des accidents secondaires, sont devenus le siège d'une inflammation chronique.

II. Dans d'autres observations, les bubons secondaires apparaissent indépendamment de toute lésion tégumentaire, et parfois même dans des territoires de l'organisme qui, normalement, ne présentent pas de ganglions: aux lombes, à la jambe, au dos, au cuir chevelu.

III. Dans la majorité des cas, les adénites syphilitiques secondaires dépendent de lésions spécifiques; les éruptions de la nuque, de la face, du cuir chevelu, du cou, déterminent l'adénite sous-occipitale et mastoïdienne; l'adénite sous-maxillaire est causée par les manifestations buccales ou nasales de la syphilis; l'axillaire et la sous-mammaire par les lésions spécifiques du mamelon et du sein en général, etc.

Histologiquement, ces ganglions présentent les lésions de l'hypertrophie inflammatoire; parfois il s'agit d'une adénite interstitielle avec dégénérescence caséuse (Cornil et Ranvier).

Cliniquement, l'adénite syphilitique secondaire est, comme la primaire, dure, indolente, mobile. Cette adénite ne présente les caractères d'une adénite aiguë (rougeur, douleur, chaleur) que quand elle répond à une syphilide pustuleuse.

Ces ganglions durent six, huit mois et plus, après la disparition

des syphilides. Ordinairement ils disparaissent après deux ou trois ans, époque à laquelle on ne peut plus « tâter le pouls » à la nuque.

Exceptionnellement, ce bubon aboutit à la suppuration (bubon syphilo-strumeux secondaire). Dans ce cas, ce sont surtout les ganglions sous-maxillaires et cervicaux qui s'abcèdent (écrouelles secondaires).

D'après Augagneur (1), l'intensité des éruptions syphilitiques secondaires est en raison inverse de celle des adénopathies dans la période impubère où la syphilis est bénigne, l'adénopathie est très peu marquée; chez l'enfant, le ganglion lymphatique empêche le virus de passer, la phagocytose est très active. L'adénopathie syphilitique indiquerait donc la puissance de défense de l'organisme, de sorte qu'une syphilis à ganglions très développés aurait une évolution moins grave.

C. BUBON SYPHILITIQUE TERTIAIRE. — Ce bubon revêt deux formes principales: la forme scléreuse et la forme gommeuse.

I. *Forme scléreuse*. — Les ganglions sont ligneux, petits, multiples, disséminés au cou, à l'aîne, dans le médiastin, etc.

II. *Forme gommeuse*. — **Historique**. — Cette forme fut étudiée par Gosselin, Rollet, Lancereaux (adénites gommeuses viscérales), Verneuil (lymphangiome tertiaire gommeux), Bazin, Fournier, Ramage.

**Étiologie**. — Presque toujours il s'agit d'une infection syphilitique ancienne (douze ans, Fournier); on a cité quelques cas d'adénite gommeuse pendant les syphilides tertiaires (Homolle). Le siège le plus fréquent est la région inguinale, la région sterno-mastoïdienne et la région sous-maxillaire. On a trouvé les ganglions iliaques pris; enfin, dans ces derniers temps, Poncet ayant attiré l'attention sur les adénites génienues, Vauthey (de Lyon) a publié des observations d'*adénites génienues syphilitiques secondaires à un chancre induré de la région labiale*.

**Anatomie pathologique**. — Au point de vue anatomo-pathologique on a distingué, suivant l'évolution, l'adénite dure, l'adénite ramollie et l'adénite ulcérée. Au point de vue histologique, cette adénite, que Cornil et Ranvier ont appelée *adénite médullaire syphilitique*, est caractérisée comme il suit: A la coupe, les ganglions sont blancs, durs et laissent exsuder un liquide puriforme; les voies lymphatiques péri et centroganglionnaires sont remplies de cellules épithélioïdes et de cellules lymphatiques provenant des cellules lymphatiques et des cellules endothéliales des vaisseaux blancs; plus tard la gomme devient jaunâtre et caséuse.

**Clinique**. — On peut distinguer, avec le professeur Fournier, quatre étapes successives.

(1) AUGAGNEUR, *Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, février 1895.

I. *Période de crudité.* — L'adénite est le type de l'adénite chronique syphilitique, dure, mobile, arrondie, apyrétique.

II. *Période de ramollissement.* — Le palper révèle au centre du ganglion la présence d'une zone semi-fluctuante qui va s'élargissant de jour en jour, la peau qui recouvre ce dernier s'amincit en même temps qu'elle lui adhère et devient rouge; il se produit un léger œdème périganglionnaire; le tégument peut s'amincir au point de laisser voir par transparence le contenu de la gomme.

III. *Période d'ulcération.* — La partie culminante de la peau se creève en général en plusieurs points, quelquefois en un seul; il s'établit ainsi deux ou trois perforations à l'emporte-pièce d'où sort un liquide filant, gommeux, quelquefois une matière jaunâtre ou caséuse. Les petits orifices se rejoignent et l'ulcération gommeuse est alors formée par un cratère à bords décollés, rougeâtres, déchiquetés. On a comparé le contenu de la gomme à de la chair de morue.

IV. *Période de réparation.* — En quelques semaines ou en plusieurs mois la cavité se déterge, il se forme une cicatrice irrégulière, brune, très pigmentée.

**Formes et complications.** — On a distingué deux formes.

I. *Forme bénigne.* — C'est celle qui se termine par la cicatrisation plus ou moins rapide de l'ulcération.

II. *Forme grave, phagédénique.* — Comme son nom l'indique, elle est caractérisée par une ulcération serpigineuse et térébrante qui peut disséquer les vaisseaux profonds et les ulcérer, telle l'observation rapportée par Verneuil d'un malade qui mourut ainsi d'une hémorragie de l'artère fémorale.

*La forme amyloïde,* signalée par Virchow, est peu connue.

**Pronostic.** — Le pronostic est assombri par la coexistence possible de gommages médullaires, encéphaliques ou viscérales, et par la cachexie syphilitique.

#### TRAITEMENT DES BUBONS.

Le traitement des bubons diffère dans chacune des variétés que nous avons étudiées.

Tout d'abord, pour se prémunir contre la naissance du bubon, on évitera toute irritation de la plaie, on fera une antisepsie rigoureuse des régions malades, on s'abstiendra enfin de toute sorte de surmenage.

I. — BUBONS SIMPLES. — C'est le traitement de l'adénite ordinaire qu'il faut leur appliquer : pansements antiseptiques, absence de toute irritation.

II. BUBONS CHANCRELLEUX. — 1° *Le bubon n'est pas suppuré.* — On a préconisé une quantité de moyens abortifs pour éviter la suppuration : les sangsues, les vésicatoires répétés (Malapert, Velpeau, Guérin),

les applications de teinture d'iode (Sirus Pirondi), la compression méthodique (Sergeant) alliée à la méthode révulsive, les injections intraganglionnaires. Taylor et Armstrong faisaient des injections centroganglionnaires de 20 à 30 gouttes d'une solution d'acide phénique à 1/60 après anesthésie locale à l'éther, et on installait sur le bubon une masse (sable ou plomb) de trois livres environ. Lailler a signalé des cas manifestes de résorption lente de bubon à la suite d'une légère compression combinée avec la méthode révulsive et le repos absolu; mais il s'agissait de bubons simples ou de bubons syphilo-inflammatoires.

Ordinairement, la méthode abortive échoue quand il s'agit d'un bubon chancrelleux; presque toujours celui-ci suppure.

2° *Le bubon est suppuré.* — Il faut prévenir le chancre ganglionnaire. Les procédés de Broca (ponctions répétées avec un bistouri étroit faites de très bonne heure), de Robert (pâte de Vienne, et après chute de l'escarre, cautérisation au chlorure de zinc), de Grynfeld (ponction aspiratrice suivie de compression) sont aujourd'hui abandonnés.

On ouvrira le bubon d'une façon précoce, on lavera la cavité avec l'acide phénique fort (1/20) ou le sublimé à 2 p. 1000 ou mieux encore le chlorure de zinc à 1/10, et l'on appliquera ensuite un pansement iodoformé. L'antisepsie minutieuse évitera la contamination secondaire, et par suite la cicatrisation sera rapide et la cicatrice régulière et petite.

3° *Le chancre ganglionnaire est constitué.* — On cautérise la plaie avec le chlorure de zinc à 1/10 et on applique un pansement iodoformé. Ch. Audry (de Toulouse), modifiant le procédé de Welander (de Stockholm), utilise la chaleur de rayonnement du thermocautère pour la guérison du chancre mou.

Dans le cas de chancre phagédénique, on doit, à l'aide de la curette, gratter profondément la surface ulcérée et abraser largement au bistouri les bords de l'ulcération; on fera bien d'endormir préalablement le malade.

On pourra encore utiliser les applications répétées d'une solution forte de tartrate ferrico-potassique, qu'on fera précéder d'attouchements avec l'alcool pur dans le but d'atténuer la douleur assez vive que provoquent ces applications (Hallopeau). Balzer (1) a récemment conseillé l'irrigation continue avec une solution de permanganate de potasse à un millième chauffée au-dessus de 40°.

III. BUBONS SYPHILITIQUES. — L'emploi de l'antisepsie a certainement réalisé un progrès dans le traitement du bubon syphilitique.

Laub (de Vienne) a préconisé l'injection de *nitrate d'argent*; il fait, dans le point le plus ramolli du bubon, une incision de trois milli-

(1) BALZER, *Congrès intern. de dermat. et de syphil.*, Londres, août 1896.

mètres, il évacue le pus et injecte ensuite de la solution à 1 p. 200; quarante-huit heures après, il fait une seconde injection de nitrate d'argent; le bubon serait complètement guéri au bout de dix à quinze jours, trois semaines au plus.

Rullier recommande le procédé de Fontan, qui consiste à injecter de la *vaseline iodoformée* après évacuation complète du pus. Ce procédé comprend quatre temps :

*Premier temps.* — Savonnage minutieux de la région et lavage antiseptique chaud avec la liqueur<sup>e</sup> de Van Swieten.

*Deuxième temps.* — Ponction du bubon, soit à la lancette, soit au bistouri, suivant la profondeur de la collection purulente.

*Troisième temps.* — Expression complète du pus contenu dans le ganglion, malaxation de la tumeur, lavage de la poche avec une solution de sublimé à 1 p. 1000 qu'on laisse quelques secondes et qu'on évacue ensuite totalement.

*Quatrième temps.* — Injection de vaseline iodoformée (à 10 p. 100) liquéfiée par la chaleur (le récipient qui la contient est dans de l'eau à 50°; 42° est le point de liquéfaction). La quantité de vaseline à injecter doit remplir, mais non distendre, la cavité du bubon.

*Cinquième temps.* — Pansement au coton bichloruré.

A la suite de ce traitement, la douleur disparaît dès le premier jour, la guérison survient après six à sept jours sans laisser de cicatrice; quelquefois le bubon semble encore fluctuant à cause de l'inclusion de la vaseline, mais celle-ci se résorbe en quelques jours. Exceptionnellement la guérison ne survient qu'au bout d'une quinzaine de jours, quand l'antisepsie n'a pas été rigoureuse.

Il est évident que quand la peau est violacée, décollée et très amincie, ce procédé ni aucun autre ne réussiront, cette peau mal nourrie étant vouée fatalement au sphacèle.

Que penser de l'excision du chancre? Petersen l'a pratiquée plus de cinq cents fois; jamais il n'a vu la syphilis entravée dans son évolution, mais dans tous les cas il a constaté la bénignité spéciale des manifestations syphilitiques qui disparaissent par le traitement spécifique avec une rapidité particulière, aussi Petersen recommandait-il l'excision du chancre toutes les fois qu'on peut la faire de bonne heure. Augagneur rapporte un cas où le prépuce tout entier fut enlevé avant l'apparition du chancre, la syphilis ne s'en révéla pas moins par une roséole caractéristique deux mois après le coït infectant; ce fait n'est pas en faveur de l'excision, même préventive, du chancre.

Dans les cas de bubons syphilo-strumeux, il faut, outre les moyens locaux, tels que grattage, pansement iodoformé, associer le traitement antituberculeux au traitement antisyphilitique.

Les adénites secondaires et tertiaires sont améliorées merveilleusement par le traitement spécifique, à l'exception cependant des adénites gommeuses phagédéniques.

## V. — ADÉNITES NÉOPLASIQUES.

Les tumeurs néoplasiques des ganglions lymphatiques peuvent être *secondaires*, ce qui est le cas de beaucoup le plus fréquent, ou *primitives*, fait beaucoup plus rare et qui a été longtemps contesté.

**Adénites néoplasiques primitives.** — L'existence des néoplasmes primitifs ganglionnaires n'a été établie que chez les sujets atteints de dégénérescence ganglionnaire et chez lesquels l'autopsie a pu être pratiquée, car le cancer latent n'est pas très rare et l'autopsie seule a pu prouver qu'aucun viscère n'était dégénéré; l'absence, sur le vivant, de tout symptôme fonctionnel, et *à fortiori* de signe physique, n'étant pas suffisante pour affirmer la non-existence de lésions néoplasiques viscérales.

**Historique.** — Weber, sur trois cent soixante-neuf cancers primitifs, rapporte quatorze cas de cancer ganglionnaire. Coyne, Verneuil, Lépine, Nicaise, ont publié des observations de néoplasie ganglionnaire dont la nature maligne était établie par l'histologie; leur étude fut faite avec soin, par Humbert (1878) et Chambard (1878 et 1879) (1).

**Anatomie pathologique.** — Nicaise publia un cas d'épithélioma primitif des ganglions cervicaux dont l'examen histologique fut fait par Malassez. Mais l'épithélioma primitif est rare.

Le plus souvent, le néoplasme ganglionnaire est de nature sarcomateuse (fig. 27), quelquefois c'est un sarcome mélanique (Cornil). Le Dentu rapporte un cas de sarcome mélanique des ganglions parotidiens sans lésion de la parotide, qui fut extirpé par Gosselin. Rokitsky, Förster, Rendu, ont signalé des observations d'épithélioma primitif des ganglions médiastinaux et bronchiques.

En 1890, Le Dentu extirpe une tumeur sous-angulo-maxillaire du volume d'un œuf de dinde; c'était un sarcome ganglionnaire, comme le prouva l'examen histologique fait par Martin de Gimard.

**Étiologie.** — Comme pour la plupart des affections malignes primitives, l'étiologie du néoplasme primitif des ganglions est entourée d'obscurité. L'adénite chronique joue là, comme ailleurs, le rôle de cause prédisposante.

L'âge auquel on a observé ces tumeurs est en général supérieur à quarante ans. Les groupes ganglionnaires affectés le plus souvent sont ceux de l'aisselle, de la région claviculaire et de la région parotidienne, exceptionnellement ceux de l'aîne.

**Symptomatologie.** — Chambard a distingué, au point de vue clinique, trois étapes successives.

(1) TROISIER, *Arch. de méd.*, 1889, 1893. — BEEH HANS, Inaug. Dissert. München, 1892. — ROUSSEAU, thèse de Paris, 1895. — KUNDRAT, *Wien. klin. Wochenschr.*, 1893. — PAGANO (Giuseppe), *Arch. ital. de biol.*, 1893.

*Première étape. — Localisation monoganglionnaire.* — Dans une des régions citées plus haut, on constate la présence d'un ganglion dur, à peu près indolent, ganglion dont l'existence n'est établie que par hasard et quand il est déjà assez gros. Le volume du ganglion augmente soit rapidement, en quelques mois, soit très lentement, en plusieurs années (six à sept ans).

Il peut acquérir le volume d'une mandarine; alors, ou il reste dur sans adhérence, ou il se ramollit et forme un pseudo-abcès donnant naissance à un ulcère néoplasique.

C'est surtout au cou, et principalement dans les ganglions situés sous le sterno-mastoïdien, qu'on observe les tumeurs malignes

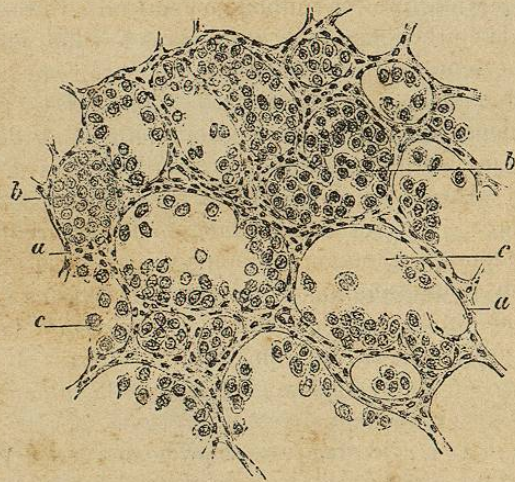


Fig. 27. — Sarcome alvéolaire des ganglions lymphatiques. — a, stroma; — b, stroma, flot de cellules; — c, alvéoles avec cellules libres. (ZIEGLER, *Anatomie pathologique*.)

primitives ganglionnaires. Il est fréquent de voir débiter l'affection par une simple gêne dans les mouvements du cou, puis des douleurs frontales surviennent (elles sont d'ailleurs fréquentes dans les tumeurs du corps thyroïde, dans celles de la partie antérieure de la région temporale); le malade ressent parfois des bruissements dans l'oreille, soit que la carotide subisse une légère compression, soit qu'il s'agisse d'un trouble nerveux. La tumeur peut, en se développant, déjeter le larynx en dehors, déterminer des troubles de la digestion, de la phonation et de la respiration, puis adhérer aux parties molles, détruire le sterno-mastoïdien ou se fixer aux parties voisines du squelette du cou. En général, la néoplasie ganglionnaire forme une masse homogène, une tumeur lobuleuse unique.

Le Dentu divise les tumeurs ganglionnaires du cou en *tumeurs dures* et en *tumeurs molles*; les premières sont des épithéliomas, les secondes des sarcomes. Il n'est pas toujours facile d'établir le siège

ganglionnaire de la tumeur; il existe en effet des tumeurs molles et des tumeurs dures du corps thyroïde. Les sarcomes du corps thyroïde, masses molles, forment ordinairement un demi-cylindre pré-laryngo-trachéal, ils se développent très rapidement, ils s'accompagnent souvent de douleurs aiguës et parfois de fièvre. Les squirres du corps thyroïde, masses dures, ressemblent parfois à certains goitres durs, ligneux, mais il y a un signe capital pour diagnostiquer les tumeurs du corps thyroïde, c'est le déplacement léger de la tumeur dans les mouvements d'ascension du larynx; toutefois ce n'est pas un signe pathognomonique, puisqu'on peut le rencontrer dans d'autres tumeurs cervicales, et par exemple dans le cas d'épithélioma ganglionnaire plaqué sur le larynx, que cet épithélioma soit primitif ou secondaire à une ulcération épithéliomateuse située dans le sillon intermédiaire entre le repli aryéno-épiglottique et le bord postérieur du cartilage thyroïde, comme dans une observation de Le Dentu.

Les carcinomes branchiogènes de Volkmann sont des tumeurs beaucoup plus petites que les tumeurs ganglionnaires, à développement rapide et situées beaucoup plus en dedans que celles-ci.

*Deuxième étape. — Diffusion régionale.* — Il est rare que la localisation reste monoganglionnaire; le plus souvent à la mono-adénite succède la polyadénite régionale, les ganglions voisins se prennent peu à peu et plus ou moins rapidement; il en résulte la formation d'une masse polyganglionnaire adhérente à la peau, et souvent le derme s'infiltré de nodules de même nature que la tumeur ganglionnaire.

*Troisième étape. — Généralisation ganglionnaire.* — Les ganglions d'une région étant dégénérés, les voies lymphatiques charrient des embolus néoplasiques qui peuvent, soit se greffer sur la paroi même des lymphatiques, soit déterminer des adénites néoplasiques profondes et viscérales qui entraînent rapidement la mort par cachexie.

Le *diagnostic* de néoplasme primitif des ganglions du cou ne doit être porté qu'avec beaucoup de réserve, car il existe des dégénérescences secondaires tardives à siège ganglionnaire anormal, des dégénérescences de ganglions n'ayant aucune corrélation anatomique avec l'organe primitivement lésé, témoin les cas d'adénites cervicales secondaires dans certains cancers de la prostate et du rectum. Pour éviter les causes d'erreur, il faut explorer avec soin tous les territoires lymphatiques et, pour les adénites néoplasiques cervicales, en particulier, il faudra examiner les fosses nasales, l'arrière-cavité naso-pharyngienne, la partie inférieure du pharynx et la partie la plus élevée de l'œsophage, le sillon entre le repli aryéno-épiglottique et le cartilage thyroïde, le frein de la langue, la lèvre inférieure, où peuvent exister des ulcérations épithéliales de un à quelques millimètres de diamètre.

*Traitement.* — Le seul traitement est l'ablation ganglionnaire