

axillaire et de la région inguinale se prennent; plus rarement s'hypertrophient les ganglions épitrochléens et poplités.

Ces ganglions sont d'abord peu volumineux et mobiles, ils roulent sous le doigt, mais bientôt ils grossissent davantage et forment des masses volumineuses moins consistantes et plus fixes; chaque ganglion hypertrophié reste souvent indépendant des ganglions voisins. On a signalé une hypertrophie telle des ganglions sous-pectoraux qu'elle formait des pseudo-mamelles. Les ganglions médiastinaux peuvent être hypertrophiés aussi et donner lieu aux signes de compression trachéo-bronchique (fig. 28, 29).

La durée de cette maladie ne dépasse guère un à deux ans; la mort survient rapidement quand les ganglions du médiastin sont

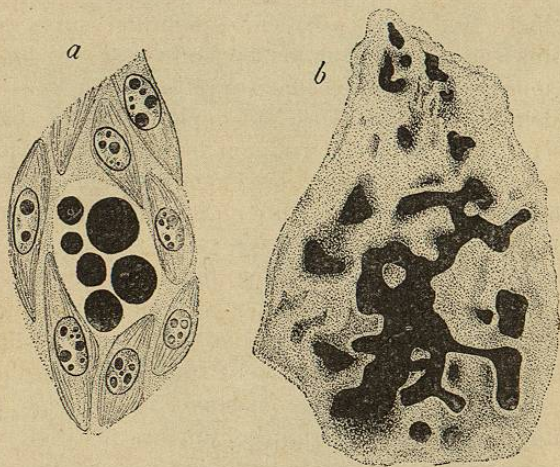


Fig. 29. — a, éléments sphéroïdaux renfermés dans un espace clair et entourés par de petites cellules normales; — b, figures chromatiques anormales. (ZIEGLER).

pris, car les troubles respiratoires entraînent l'asphyxie progressive, elle peut encore survenir à la suite d'un état marasmatique. Dans l'adénie, il y a toujours diminution du nombre des globules rouges du sang.

À l'état *pseudo-leucémique* peut succéder un état *leucémique*, comme en témoigne l'observation de Mosler (1888): un garçon de quatorze ans avait une tumeur ganglionnaire à marche lente; pendant seize jours on lui fit des injections intraglandulaires d'une solution arsenicale, la leucémie s'établit, la fièvre survint, le malade tomba dans un état de marasme et mourut deux mois après.

Nous avons signalé cette affection; nous n'insisterons pas davantage, l'adénie localisée se rattachant à l'étude des lymphadénomes (1)

(1) Voy. PIERRE DELBET, *Traité de chir. clin.*, t. I, p. 587.

et l'adénie généralisée se rapportant ordinairement à la leucocythémie, qui est du domaine médical.

DIAGNOSTIC DES ADÉNITES.

Le diagnostic général des adénites embrasse une grande partie des affections chirurgicales, si l'on tient compte des lésions viscérales dont l'origine première est une adénite. Nous éliminerons d'abord les adénites viscérales; l'adénite mésentérique chronique (carreau), l'adénite mésentérique inflammatoire ou infectieuse, origine de certains abcès intra-abdominaux, l'adénite iliaque dont l'histoire clinique se confond parfois avec celle du phlegmon de la fosse iliaque (1).

On connaît aujourd'hui le rôle joué par les adénites dans la genèse de certaines salpingites et métrosalpingites (L. Championnière, Trélat, Cautru, Delbet, Bouilly); ces adénites sont la cause de troubles beaucoup plus sérieux qui dominent ensuite la scène dans laquelle l'adénite ne joue qu'un rôle bien effacé et rétrospectif. Nous laisserons de côté les adénites médiastiniques, l'adénopathie trachéo-bronchique, les adénites prévertébrales déterminant les abcès rétro-pharyngés, pour nous borner au diagnostic des *adénites chirurgicales* conservant leur caractère clinique d'adénite ou d'adéno-phlegmon, qu'elles soit suppurées ou non suppurées.

Diagnostic différentiel. — Poser ce diagnostic, c'est reconnaître l'existence de l'adénite et la distinguer de toute autre affection.

I. Lorsque l'adénite n'est pas suppurée et qu'elle est isolée (mono-adénite), elle se manifeste cliniquement sous la forme d'une petite tumeur sous-cutanée, mobile, de consistance assez ferme, tantôt indolente, tantôt douloureuse. Certaines tumeurs peuvent revêtir cet aspect clinique: le kyste sébacé, le kyste dermoïde, le fibrome, le névrome sous-cutané, le tubercule sous-cutané douloureux, les nodosités rhumatismales, la gomme tuberculeuse ou syphilitique au début.

Le *kyste sébacé* est en général très facile à reconnaître par l'adhérence du pôle superficiel à la peau, par l'existence d'un point noir central, par sa mollesse un peu spéciale. Dans quelques cas, le pédicule cutané du kyste est long et permet une certaine mobilité sous-cutanée de la tumeur; par une palpation attentive on reconnaîtra l'existence de ce pédicule et, en tenant compte d'abord des caractères énoncés ci-dessus, ensuite du siège, indépendant des territoires ganglionnaires, il sera

(1) BRAULT (d'Alger) a présenté le 6 février 1895, à la Société de chirurgie, l'observation suivante: « Un jeune homme de dix-huit ans, atteint d'une lymphangite suppurée du mollet dont il guérit rapidement, présente ensuite une hygromite aiguë de la bourse séreuse du talon dont il guérit également, mais deux mois après éclôt un phlegmon iliaque suppuré, le pus siègeait entre le muscle iliaque et le périoste. Cette variété rare de phlegmon de la fosse iliaque, déjà signalée par Mauricé dans l'*Encyclopédie de chirurgie*, était due à une lymphangite ascendante ayant déterminé de l'adénite iliaque, puis de la périadénite et de la cellulite suppurée. »

facile de faire le diagnostic. Mais en clinique rien n'est absolu, et à propos du siège nous rappelions que certains ganglions ont une existence clinique que l'anatomie normale n'avait pas démontrée : on n'avait pas établi d'une façon constante les ganglions prérectaux signalés par Guéniot chez les enfants tuberculeux, les ganglions géniens, les ganglions cruraux d'Auspitz.

S'il est aisé de distinguer le kyste sébacé de l'adénite, il est parfois délicat de différencier certains adénites des *kystes dermoïdes*, quand ces adénites sont géniennes ou précervicales et correspondent par leur situation à des fentes branchiales. Les kystes dermoïdes congénitaux de la queue du sourcil et du front, de la paume de la main ou des pieds, ne peuvent laisser aucun doute ; il n'en est pas de même des kystes préparotidiens, cervicaux ou préaryngés ; cependant le kyste dermoïde présente ordinairement un pédicule profond plus ou moins long qui lui sert d'attache et se fixe en général à une surface osseuse.

Le *tubercule sous-cutané douloureux*, constitué le plus souvent par un fibrome, mais formé parfois par une toute autre tumeur, myxome, lipome, chondrome, névrome, myome, sarcome, angiome ou kyste sébacé, forme une petite tumeur arrondie, dure, mobile sous la peau et sur l'aponévrose. Cliniquement, le siège ordinaire de la tumeur au niveau de la face interne du tibia la fera reconnaître, bien qu'on l'ait observé en d'autres points, dans les régions périarticulaires, à la mamelle. Mais, quel que soit son siège, l'apparition de la douleur avant que la tumeur soit palpable et l'acuité de cette douleur sont des signes caractéristiques.

Les *nodosités rhumatismales* sous-cutanées, type Meynet, petites tumeurs présentant parfois le volume d'une amande et mobiles sous les téguments, seront facilement différenciées par leur sensation particulière de résistance, par l'anémie légère de la peau qui les recouvre, par leur situation dans les tissus fibreux périarticulaires ou dans les tissus fibreux recouvrant les os, comme la rotule ou l'omoplate, enfin par leur évolution si spéciale.

L'*hydradénite* au début forme une petite saillie lisse, arrondie, mobile sur les parties profondes, peu sensible à la pression, facilement saisissable entre le pouce et l'index, mais son adhérence à la peau et son mode d'évolution la séparent de l'adénite.

Les *gommes sous-cutanées, syphilitiques* ou *tuberculeuses*, au début forment de petites tumeurs dont la nature spéciale se manifeste rapidement par l'accroissement et la marche de ces lésions.

Nous avons parlé des signes locaux différentiels, mais il faut en clinique examiner le malade en détail, tenir compte de ses antécédents héréditaires, de son passé pathologique, de sa constitution, arthritisme, neurasthénie, syphilis, tuberculose.

Si, d'une façon générale, il est facile de différencier l'adénite des

affections signalées ci-dessus, il l'est parfois moins de la distinguer du *lipome* quand quelques ganglions agglomérés prennent l'aspect d'une tumeur lobulée indolente. En novembre 1895 entrant dans le service du professeur Le Dentu une jeune femme atteinte d'une tumeur sous-cutanée, située à l'angle de la mâchoire et présentant trois lobulations ; cette tumeur existait depuis l'enfance, son volume était resté presque stationnaire ; le diagnostic d'adénite reposa sur la présence d'un petit ganglion dans le triangle sus-claviculaire et sur une sensation d'élasticité spéciale. L'opération montra trois gros ganglions agglomérés un peu caséifiés au centre.

Le *myxome* a, dans certaines régions, une allure et un siège qui permettent d'hésiter entre une adénite et une tumeur. Dans la région sous-maxillaire par exemple, il existe des ganglions qu'il n'est pas rare de voir enflammés ; d'autre part certains myxomes de la glande sous-maxillaire ont un siège identique à ceux de ces ganglions, et quand ces tumeurs sont constituées par des éléments jeunes, elles sont sujettes à des augmentations de volume s'accompagnant de fièvre, ce qui rappelle un peu l'adénite aiguë ; nous avons observé dans le service de Le Dentu un jeune homme de dix-sept ans atteint d'un fibro-myxome sous-maxillaire qui était sujet à ces variations momentanées de volume et de tension, ce fait a été relaté dans la thèse de Minelle (1).

On sait qu'il est de règle dans la lèpre nerveuse de rechercher l'existence de *névromes* le long du nerf cubital ; or, il est parfois assez difficile de savoir si la petite tumeur que l'on perçoit est un névrome ou un ganglion sus-épitrochléen.

Nous rappellerons que, chez certains sujets, tout le système ganglionnaire est très développé ; c'est là une disposition exceptionnelle, il est vrai, mais normale. Il ne faudrait pas dans ce cas diagnostiquer une adénite, mais rechercher le volume des ganglions des autres régions et s'enquérir de leur état antérieur.

II. Lorsque l'inflammation ganglionnaire gagne l'atmosphère cellulaire ambiante, quand la périadénite détermine un empâtement périganglionnaire, l'adénite se présente cliniquement sous forme d'une tumeur mollasse diffuse, dont le diagnostic diffère suivant la région où siège la tumeur.

Dans la région parotidienne, le diagnostic peut être délicat, surtout chez l'enfant, car les adénites tuberculeuses parotidiennes de l'enfance simulent complètement au début une *tumeur* de la glande parotidienne. Plus tard même, après ramollissement, leur forme, leur délimitation, leur fluctuation, leur indolence font souvent songer aux *kystes salivaires*, alors que l'incision ou l'ulcération dénotent ensuite l'existence d'une adénopathie bacillaire.

(1) MINELLE, thèse de Paris, 1896 (obs. III).

Bock, en 1888, publie un Mémoire sur les *gommes parotidiennes*, mais le diagnostic d'avec l'adénite est si peu facile qu'Hartmann pense qu'il s'agit en réalité, dans les observations de Bock, d'adénites profondes consécutives à des lésions syphilitiques des cavités voisines.

Les *parotidites infectieuses*, les *inflammations de la glande sous-maxillaire* sont parfois difficiles à différencier des adénites de ces régions, mais l'exploration minutieuse des ganglions, la marche de ces affections, les antécédents du malade, permettront d'éliminer l'adénite.

Quant aux *oreillons*, leur bilatéralité et leur évolution les caractérisent suffisamment.

Dans la région inguino-crurale et surtout dans le triangle de Scarpa, les engorgements ganglionnaires constituent parfois de petites tumeurs analogues à celles formées par les petites hernies irréductibles (*épiplocèles adhérentes*); mais les tumeurs ganglionnaires sont ordinairement indépendantes des parties profondes et leur consistance est plus ligneuse. Il est parfois extrêmement difficile de distinguer chez la femme la petite *hernie crurale marronnée* d'une monoadénite profonde siégeant dans l'anneau crural, ce diagnostic est surtout embarrassant chez les femmes grasses. On connaît l'observation de Tillaux où une adénite inflammatoire du ganglion de Cloquet fit croire à un *étranglement herniaire*. Ajoutons qu'une hernie peut exister en même temps qu'une adénite de la région inguinale.

L'adéno-phlegmon en voie de suppuration doit être au début différencié de l'*abcès sous-cutané*.

Quand l'adéno-phlegmon se trouve situé immédiatement devant un gros vaisseau artériel (carotide, sous-clavière, axillaire, fémorale), la tumeur peut être soulevée par ce vaisseau; mais un examen attentif montrera que les battements de la tumeur ne sont que des battements transmis et qu'il n'existe pas d'expansion véritable; ce fait ne permettra pas de la confondre avec un *anévrisme*.

Il faut toujours en cas de doute ausculter la tuméfaction; sinon on s'expose à de grosses erreurs de diagnostic, témoin l'observation suivante du service de Le Dentu. Une jeune fille en pleine desquamation scarlatineuse entre dans le service pour une tuméfaction fluctuante angulo-maxillaire s'accompagnant de gêne de la déglutition; la première idée était celle d'une complication infectieuse suppurative, peut-être d'origine ganglionnaire, mais en examinant de profil la tumeur on constatait une légère expansion, et l'auscultation révélait immédiatement l'ectasie artérielle; c'était un anévrisme de la carotide interne dont le début remontait à trois semaines et qui était du, selon toutes probabilités, à une endartérite scarlatineuse.

III. Quand l'adénite est franchement suppurée et le ganglion réduit à une coque très mince, on pourrait la confondre dans la région pré-laryngée avec un *abcès froid* provenant de lésions *tuberculeuses*

du larynx; l'exploration de cet organe fera faire le diagnostic.

Dans la région thyroïdienne, quand les ganglions adhèrent à un goitre, il est parfois très difficile de distinguer l'adénite suppurée de la *thyroïdite suppurée* (Obs. du service du professeur Potain).

Dans le triangle de Scarpa, les polyadénites franchement suppurées doivent être distinguées des *abcès par congestion*: ce diagnostic se fera facilement par l'exploration osseuse faite avec soin ainsi que par la palpation de la poche fluctuante.

Lorsqu'il s'agit d'adéno-phlegmons profonds des membres, le diagnostic est souvent difficile à établir au début et le plus souvent il est basé sur des probabilités d'infection. Mais il a ici peu d'importance, car le terme de l'adéno-phlegmon ou de la cellulite est la suppuration, et dans les deux cas le traitement chirurgical doit toujours être précoce.

Diagnostic causal. — L'adénite étant reconnue, il faut en rechercher la cause et en déterminer la nature; c'est en effet sur la connaissance de ces deux termes que repose la thérapeutique de toutes les adénites. Cliniquement, deux cas bien distincts s'observent; on est en présence d'une adénite aiguë ou d'une adénite chronique.

I. ADÉNITE AIGUE. — Toute adénite aiguë étant consécutive à une infection, on doit s'enquérir de la porte d'entrée de l'agent infectieux.

Celui-ci peut avoir pénétré directement dans le ganglion, ce qui est rare, ou dans le territoire lymphatique immédiatement voisin du ganglion; telles sont les adénites cervicales consécutives aux plaies infectieuses de la région cervicale.

Le plus souvent l'inoculation bacillaire s'est faite à distance et loin du territoire ganglionnaire enflammé; et c'est ici que le *siège de l'adénite* est d'une importance extrême.

Dans la région inguinale, si l'inflammation atteint les ganglions supérieurs, à grand axe transversal parallèle au pli de l'aîne, il faut chercher s'il y a des lésions ou des excavations du côté de la vulve et du vagin chez la femme, du gland ou de la verge, de l'urètre chez l'homme, et avoir soin d'explorer les voies anales chez l'un et chez l'autre.

Si l'inflammation atteint le groupe des ganglions inférieurs disposés suivant l'axe de la jambe, c'est-à-dire verticalement, il faut explorer le membre inférieur dans toute son étendue et on trouvera le plus souvent la cause de l'adénite dans une ulcération du pied ou des orteils. Dans ce cas les ganglions poplités sont ordinairement augmentés de volume; cependant les ganglions cruraux peuvent être enflammés après une lésion du pied sans qu'il y ait d'adénite poplitée.

Dans la région axillaire, l'engorgement du groupe antéro-interne (sous-pectoral) des ganglions indique ordinairement une lésion du sein chez la femme, de la poitrine chez l'homme.

Le groupe postéro-externe est enflammé dans les lésions de la région scapulaire et dorsale.

Le groupe axillaire proprement dit (c'est-à-dire le groupe ganglionnaire accolé aux vaisseaux axillaires) s'infecte à la suite des lésions du membre supérieur et particulièrement des doigts et de la main.

Dans la région génienne (adénites géniennes de Poncet, étudiées par Vigier en 1892, Albertin en 1895 et Vauthey en 1895), il faut rechercher les lésions du côté des lèvres.

Certaines adénites aiguës ont une importance sémiologique considérable; nous n'insisterons pas sur la *précocité d'apparition* de l'adénite dans l'érysipèle, sur la valeur des *adénites sous-maxillaires* dans les angines ou dans la diphtérie, tant au point de vue du diagnostic qu'au point de vue du pronostic. Dans la *mammite chronique*, l'importance de l'adénite axillaire aiguë est capitale pour le diagnostic parfois difficile avec une tumeur maligne du sein.

Lorsque l'adénite siège dans la région inguinale, on peut être en présence d'un *bubon simple* ou d'un *bubon chancrelleux*; on insistait autrefois sur la plus grande intensité des douleurs dans le bubon chancrelleux, sur la suppuration plus rapide et en masse et sur les caractères du pus. On n'accorde plus guère aujourd'hui grande valeur à ces éléments de diagnostic; on sait en effet qu'en dehors de l'inoculation, il est souvent impossible, jusqu'à cicatrisation, de différencier le bubon spécifique du bubon simple (Fournier). En cas de bubons chancrelleux, on doit rechercher le bacille de Ducrey.

La nature de certaines adénites se reconnaît facilement à leur siège, à leur évolution, à l'influence du traitement, au tableau des phénomènes généraux concomitants. L'adénite sus-articulaire se manifestant en même temps que des poussées de rhumatisme articulaire aigu et disparaissant avec elles ne laisse pas de doute sur sa nature *rhumatismale*. Les adénites temporaires et n'aboutissant pas à la suppuration qu'on observe chez l'enfant, et qui s'accompagnent d'un état général fébrile assez intense, sont le propre de la *fièvre ganglionnaire*.

II. ADÉNITE CHRONIQUE. — Lorsqu'on est en présence de plusieurs ganglions petits, mobiles sous la peau, durs, indolents, on peut songer à la micropolyadénopathie ou au bubon syphilitique.

Dans la *micropolyadénopathie* de Legroux, adénopathie périphérique de Grancher, adénite périphérique généralisée étudiée en 1891 par Marinescu, tous les groupes ganglionnaires sont atteints, les ganglions sont plutôt transformés qu'augmentés de volume, leur consistance devient ligneuse. Grancher a insisté sur cette adénopathie périphérique comme étant un *signe de tuberculose*; Legroux a montré son importance comme indice de lésions bacillaires viscérales

ou articulaires. Lesage et Pascal (1) ont signalé chez l'enfant un type spécial de tuberculose lymphatique où tous les ganglions étaient dégénérés, sans qu'on ait pu trouver trace de la moindre lésion viscérale. Le diagnostic de cette affection est facile, tous les ganglions présentent à peu près le même volume et sont également pris; la micropolyadénopathie s'observe presque exclusivement chez l'enfant.

Nous ne faisons que rappeler ici les caractères bien spéciaux des adénopathies et leur évolution singulière dans la *fièvre ganglionnaire* signalée chez l'enfant.

Les *bubons syphilitiques secondaires* sont durs, isolés, indolents, ordinairement mobiles; leur siège et leurs caractères, joints aux antécédents du malade, les feront aisément reconnaître. Nous en dirons autant des *bubons syphilitiques tertiaires*, à forme tubéreuse ou à forme gommeuse, non ulcérés.

Quant à l'*adénite syphilitique primaire*, il suffit de rappeler ses caractères, adénite en pléiade (ganglion anatomique et ganglion planète de Ricord), indurée, ligneuse, chondroïde, froide et indolente, pour qu'on ne la confonde pas avec l'*adénite chronique simple*, l'*adénite tuberculeuse* ou le *lymphadénome* au début. Le seul conseil à donner ici est celui de Ricord: « Il ne faut pas prendre les ganglions du malade pour ceux de la maladie ».

Ces *adénopathies tuberculeuses* ou *syphilitiques* se distinguent par les caractères ci-dessus et par leur évolution des *adénites chroniques simples* causées par une irritation directe, que cette irritation lente soit produite par un bandage ou un appareil orthopédique, par le contact ou le frottement d'un corps rude (adénopathies professionnelles de Gussenbauer, adénite cervicale de Larrey dans l'armée), par des ulcérations fréquentes jointes à la malpropreté chez des manouvriers, ou enfin par des éruptions ou des lésions dermiques anciennes entretenant une sorte de lymphangite chronique, comme dans les vieux ulcères variqueux.

L'irritation chronique peut être éloignée du territoire ganglionnaire enflammé. C'est ainsi que dans la carie dentaire, dans l'ostéomyélite chronique, dans la coxalgie, on observe des *adénites chroniques à distance* qui aident parfois au diagnostic de ces diverses affections. Le traitement de la coxalgie, de l'ostéomyélite, l'avulsion des dents et les soins hygiéniques de la bouche suffisent quelquefois à faire disparaître complètement l'adénopathie.

III. MASSE GANGLIONNAIRE. — En présence d'une énorme masse ganglionnaire, on peut songer à la leucocythémie, à la tuberculose, au cancer, à l'adénie, au lymphadénome ou au lymphosarcome.

Lorsque l'on découvre des masses plus ou moins volumineuses dans les différents groupements ganglionnaires de l'économie, quand

(1) LESAGE et PASCAL, Arch. de méd., 1893.