que fort lentement, si le malade n'a pas succombé. C'est encore dans ces formes diffuses qu'on a vu survenir des complications vasculaires : l'ulcération des carotides ou de la jugulaire [1], de la fémorale, de l'axillaire, etc.

Enfin il est une *forme infectieuse* proprement dite, qui affecte quelquefois le type précédent, mais qui d'autres fois ne provoque que des désordres locaux peu étendus; la fièvre, les frissons, les sueurs, le délire prennent dès le début une allure très grave, et l'on voit se dérouler tout l'appareil d'une septicémie aiguë, mortelle.

Diagnostic. — Il est rare que l'engorgement ganglionnaire donne lieu à quelque méprise : la forme, le siège des glandes enflammées suffisent à le faire reconnaître.

Mais il n'en est pas toujours ainsi pour l'adénite suppurée, et surtout pour l'adénite profonde.

C'est avec le phlegmon simple qu'on pourrait confondre l'adéno-phlegmon, et, en réalité, la gangue péri-adénitique est si confluente, dans certains cas, qu'elle efface tout relief ganglionnaire, et que l'exploration seule serait impuissante à préciser l'origine du phlegmon ou de l'abcès, n'étaient le siège, à la racine du membre, aux plis articulaires, le début et la marche de l'affection, la lésion originelle, et même encore les traces d'une lymphangite intermédiaire.

L'adéno-phlegmon sous-aponévrotique peut donner naissance à de tout autres difficultés. La suppuration est très souvent difficile à reconnaître, nous y avons insisté déjà : c'est à l'œdème et à la coloration rouge sombre de la peau, à la douleur localisée en un point, à la durée de l'affection, enfin à la ponction, qu'il faut s'en remettre, plutôt qu'à la recherche d'une fluctuation obscure. L'adéno-phlegmon déborde souvent dans les régions profondes ses limites primitives, et devient l'origine d'un large abcès. A la parotide, à la région rétro-pharyngienne, au médiastin, dans la fosse iliaque, dans les ligaments larges, au cou, nombre de phlegmons sont ainsi d'origine adénitique; mais à leur période de plein développement, on ne retrouve plus guère la marque de cette origine. Si l'on est bien pénétré de l'extrême fréquence de ces phlegmons d'origine angioleucitique ou adénitique, si la lésion primitive est relativement lointaine, et que l'embolie microbienne lymphatique ait pu seule lui servir de trait d'union avec le foyer secondaire, on n'hésitera pas à en reconnaître la nature réelle. Enfin, il est telles adénites profondes qui, par leur siège même, prêtent à des erreurs cliniques, en s'entourant de symptômes anormaux : nous ne ferons que citer l'adénite du canal crural, qui a quelquefois donné le change pour une hernie étranglée.

Traitement. — Ce que l'on cherche avant tout, en présence de l'adénite à son premier stade, c'est à prévenir la suppuration.

Le repos, un purgatif, un pansement soigné et antiseptique de la plaie originelle, telles sont les premières précautions à prendre. Localement, on a vanté les onctions d'onguent napolitain belladoné; la teinture d'iode; les sangsues; les vésicatoires volants, que Velpeau préconise et qui, d'après lui, « produisent la résolution ou, quand elle n'est plus possible, activent et limitent la suppuration ». Les bains tièdes, locaux et généraux, un pansement humide, qu'une couche d'ouate permet de faire légèrement compressif, donnent quelquefois de bons

[1] Voy. GILLETTE, art. Cou du *Dictionnaire encyclopédique*.

résultats. Hueter a proposé, dès le début, les injections intra-ganglionnaires avec la solution phéniquée à 5 pour 100.

Il faut bien reconnaître que la suppuration dépend surtout de la virulence de l'adénite, et que le chirurgien est loin d'être toujours maître de l'enrayer.

L'incision, que la cocaïne, l'éther, ou le bromure d'éthyle permettent aujourd'hui de rendre presque indolore, doit être précoce. On peut, du reste, la faire assez étroite, lorsque la collection purulente est bien circonscrite, dans les régions où une longue cicatrice est à éviter, mais encore faut-il que le foyer soit dûment ouvert, lavé et drainé. Dans les adéno-phlegmons profonds, c'est à la sonde cannelée qu'on va rompre la coque aponévrotique et atteindre le foyer, dont il faut détruire les cloisons et ouvrir tous les diverticules.

Devant un volumineux paquet ganglionnaire suppuré, à foyers multiples, une profonde incision et un drainage soigné sont indispensables, si l'on veut arrêter définitivement le processus et prévenir les fusées purulentes.

Küster, Freymuth, Pœlchen [1], Lauenstein [2], ont préconisé et pratiqué l'extirpation totale de ces masses adénitiques. A l'hôpital de la marine, à Hambourg, Lauenstein a traité, en 12 ans, 191 cas de bubon inguinal; il en a opéré 182 : 55 par l'incision simple, 129 par l'extirpation, le curage de l'aine. Sur ces 182 faits, 55 pour 100 représentaient des bubons chancrelleux, 10 pour 100 relevaient de la syphilis, 8 pour 100 de la blennorragie, enfin 58 pour 100 étaient des adénites vulgaires, d'origine « traumatique ». Ces interventions ne laissent pas que d'être délicates, en certaines régions (Lauenstein a ouvert deux fois la veine crurale), d'autant plus que, pour éviter l'inoculation de la plaie opératoire, il faudrait disséquer le paquet ganglionnaire au bistouri (Mosetig-Moorhof) [3], sans ouvrir les collections suppurées.

C'est surtout à une période plus avancée, quand la cicatrisation tarde, et que la masse ganglionnaire reste fistuleuse, que l'ablation au bistouri devient tout indiquée; bien faite, elle donnera de meilleurs et plus rapides résultats que le curettage, suivi de tamponnement iodoformé, qui suffit en certains cas.

Ajoutons qu'en présence de ces ulcères ganglionnaires il faut veiller à l'état général et éloigner autant que possible les conditions favorables à une adénopathie tuberculeuse secondaire, greffée sur l'adénite chronique.

III

ADÉNITE SUBAIGUË ET CHRONIQUE SIMPLE

L'adénite subaiguë, bien connue de Chassaignac et de Velpeau, décrite plus récemment par M. Ch. Nélaton [4] et par L'Hardy [5], dans sa thèse, sert d'intermé-

[1] POELCHEN, *Beiträge zur pathol., and chirurg. Behandlung der Bubonen der Leistengegend. Archiv f. Klin. Chir.*, Bd. XL, p. 556, 1890.

[2] LAUENSTEIN, *Die typische Aüsräumung der Leiste. Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, Bd. XXX, p. 573, 1895.

[3] MOSETIG-MOORHOF, *Zur Technik der Exstirpation vereiteter Lymphdrüsenpackete. Wiener medic. Presse*, 1891, n° 1.

[4] CH. NÉLATON, *De l'adénite subaiguë simple à foyers purulents intra-ganglionnaires. Semaine médicale*, 1890, p. 402.

[5] L'HARDY, *De l'adénite subaiguë simple de l'aine à foyers purulents intra-ganglionnaires.* Thèse de doct., 1895.

diaire entre les formes inflammatoires franches, dont nous venons de parler, et l'adénite chronique simple, dont l'existence est indéniable, et l'histoire assez complexe, au point de vue doctrinal : elle se rattache au problème plus général de l'inflammation chronique. Nous ne l'aborderons pas; nous dirons seulement que, pour entretenir un processus inflammatoire continu, il faut une source d'irritation continue aussi : autrement dit, un foyer microbien intra-ganglionnaire ou l'apport incessant, au ganglion, d'agents infectieux émanés d'une lésion périphérique. On retrouve de telles conditions réalisées en clinique.

Étiologie. — L'adénite subaiguë relève d'ordinaire d'une lésion banale, souvent minime : à l'aine, par exemple, elle a été produite par une érosion légère, non spécifique, des organes génitaux externes. Quant à l'adénite chronique, elle succède assez souvent à l'adénite aiguë, ou plutôt se constitue définitivement à la suite de nombreuses poussées subaiguës.

La malpropreté, les érosions et les plaques érythémateuses qu'elle entretient, les cors, les ongles incarnés, l'irritation continue de la peau par les poussières, le charbon, certains liquides : voilà autant de causes des adénopathies chroniques que l'on rencontre journellement en clinique hospitalière, à l'aine surtout, et souvent des deux côtés, à l'aisselle, chez les ouvriers à mains calleuses, crevassées, semées de petites plaies ou d'abcès qui ne guérissent jamais. Il y a là, en réalité, des adénites chroniques *professionnelles*.

Les éruptions cutanées non spécifiques en sont aussi l'origine fréquente, et Roland [1] les signale au cours de l'eczéma. Dans l'œdème chronique, le liquide résorbé agit comme irritant sur les ganglions, qui plus tard se sclérosent (Renaut) [2].

Les ulcères tiennent une large place dans cette étiologie, les ulcères variqueux en particulier; Jeanselme y insiste dans sa thèse : « Nous avons exploré avec soin les ganglions inguinaux de tous nos malades, et nous avons presque toujours constaté le développement exagéré de ces ganglions, du côté correspondant au membre affecté. » Sur 32 observations d'ulcères et d'eczémas variqueux, 28 fois existaient des complications lymphatiques; 12 fois, les ganglions inguinaux étaient simplement hypertrophiés et devenaient douloureux par la fatigue; 2 fois ils étaient énormes.

Enfin l'adénite chronique accompagne aussi des lésions plus profondes : dans la carie dentaire, que compliquent des poussées répétées de périostite, les ganglions sous-maxillaires sont presque toujours pris; ils forment, sous la branche de la mâchoire, un chapelet à plusieurs grains, et qui se prolonge parfois, de ganglion à ganglion, sur une large étendue de la région carotidienne.

On les trouve encore quelquefois dans l'ostéomyélite chronique, dans certaines affections chroniques des jointures, etc.

Anatomie pathologique. — Ce qu'il y a de particulier, dans l'adénite subaiguë, c'est l'existence de petits foyers suppurés intra-ganglionnaires. Sur la coupe rougeâtre des ganglions, on trouve ainsi deux, trois vacuoles purulentes, grosses comme une tête d'épingle ou un petit pois, et, en déchirant le parenchyme

(1) Roland, *Des complications lymphatiques dans les affections eczémateuses*. Thèse de doct. 1882.

(2) Voy. aussi Boddaert, *De l'état des ganglions dans l'œdème lymphatique. Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, 1895, 4e s., VII, 752-755.

ramolli, on fait sourdre d'autres gouttelettes de pus. Un autre point à noter, qui a été bien établi par plusieurs examens bactériologiques [1] et qui donne à cette forme d'adénite son autonomie, c'est l'absence de tout autre microbe que les agents ordinaires de la suppuration, et, en particulier, l'absence du bacille de Koch.

Dans l'adénite chronique simple, le volume des ganglions est celui d'une amande, d'une noix, rarement plus; leur consistance est ferme, comme celle du tissu hépatique; leur coloration, d'un rouge brun ou violacé, qui rappelle celle de la rate; sur une coupe, leur centre est grisâtre ou jaunâtre. A leur contact, dans leur capsule, il n'est pas rare de découvrir les cordelettes blanchâtres, indurées et noueuses, que forment les troncs afférents et efférents dilatés.

Quelle est leur structure, à cette période? Ils sont en voie de transformation fibreuse. On constate « une augmentation d'épaisseur du tissu conjonctif périvasculaire, du système caverneux. Les travées réticulées de ce système sont doublées ou triplées de volume et, dans nombre de points, elles paraissent fibrillaires. Le parenchyme folliculaire présente par contre une atrophie plus ou moins considérable et pouvant aller jusqu'à sa disparition complète; le plus souvent, on n'en trouve plus que des îlots disséminés, de forme irrégulière, siégeant particulièrement à la périphérie du ganglion. » (Cornil et Ranvier.)

C'est là un des termes de l'adénite chronique; elle conduit à la *sclérose*, à la *lipomatose*, à la *calcification*.

Enfin la suppuration peut se produire au cours de l'adénite chronique, et l'on trouve alors le parenchyme creusé de vacuoles purulentes, qui laissent des vides sur la coupe et qui, plus tard et lentement, se fusionneront.

Symptômes. — Un début insidieux, souvent inaperçu, une marche lente, torpide, indolente, l'existence d'une masse ganglionnaire noueuse, de consistance inégale, dont les bosselures se ramollissent, une à une, à plusieurs semaines d'intervalle, et finissent par donner naissance à un amas fistuleux, une évolution qui se prolonge durant des mois et qui simule, à s'y méprendre, celle de la tuberculose : tels sont les traits cliniques principaux de l'adénite subaiguë.

L'adénite chronique présente un début et une marche analogues, mais elle ne suppure pas, ou, du moins, la suppuration n'y figure qu'à titre de complication. Les ganglions sont gros, mobiles, indolents; à l'aine, on trouve ainsi de deux à quatre glandes, du volume d'une noisette ou d'une amande, quelquefois reliées en un cordon bosselé de 3 à 4 centimètres de long.

Elles s'agglomèrent en masse, ou demeurent isolées et roulent sous la peau. La pression les trouve insensibles, la douleur ne s'y éveille que par moments, à la suite d'une longue marche, d'une fatigue; ils se gonflent alors, en s'immobilisant en partie.

Ils ressentent le contre-coup de toute irritation qui porte sur la lésion originelle; de là une série de poussées subaiguës qui peuvent aller jusqu'à la suppuration. Ils sont, du reste, un terrain tout préparé pour l'adéno-phlegmon, et le bubon est fréquent, chez les sujets qui présentent ces adénites chroniques de l'aine.

Une complication intéressante, mais qui semble assez rare, de ces indurations

(1) Voy. Thèse de L'Hardy, *loc. cit.*

ganglionnaires, c'est l'œdème du membre. Rigler, puis Virchow l'avaient signalé depuis longtemps; Renaut donne une observation d'œdème du membre inférieur, consécutif à une tuméfaction inflammatoire chronique des ganglions de l'aine, et à une lymphangite tubulaire chronique, et Bellamy en cite d'autres faits. C'est là, dans certains cas, un élément pathogénique de plus pour l'œdème des membres variqueux.

Que deviennent les ganglions chroniquement enflammés? Une suppuration longue ou répétée les détruit parfois en grande partie, pour ne laisser à leur place que ces noyaux cicatriciels, adhérents à la peau; ou encore, quand la plaie, l'ulcère, l'éruption, le foyer irritatif permanent ont disparu, ils se réduisent en reprenant, au moins en apparence, leurs caractères normaux. Enfin, avec les années, la sclérose les ratatine, les durcit encore, les calcifie même, ou ils se perdent, atrophiés, dans une masse lipomateuse.

Pronostic. — Il est peu grave en lui-même; mais, comme nous l'avons dit, sur ce fond d'adénite subaiguë ou chronique se greffent assez souvent la syphilis ou la tuberculose.

Diagnostic. — Il faut d'abord penser à la tuberculose, et, de fait, les ressemblances sont souvent frappantes. Pourtant l'adénite subaiguë marche plus vite que la forme commune de l'adénopathie bacillaire : la fièvre, la douleur, la rougeur locale, l'œdème qui signalent le développement successif des abcès ganglionnaires lui impriment plus nettement l'allure inflammatoire. Mais, en présence de ce paquet fistuleux, dont nous avons parlé, le diagnostic clinique est à peu près impossible, et c'est l'examen bactériologique qui donne seul une certitude.

Ainsi en est-il aussi de l'adénite chronique simple, qui peut simuler, non seulement la scrofulo-tuberculose, mais la syphilis et le lymphadénome. Nous aurons à exposer les caractères différentiels de chacune de ces affections ganglionnaires. Il suffit de rappeler ici que l'existence d'une lésion irritative permanente, le volume ordinairement restreint des glandes, leur indolence, les poussées aiguës nettement inflammatoires dont elles sont le siège, sont autant d'éléments qui permettent de déterminer la nature de l'adénite.

Traitement. — L'adénite subaiguë ne guérit pas, si l'on n'a, par une incision suffisante, largement ouvert tous les petits foyers suppurés intra-ganglionnaires : le curettage est souvent le meilleur moyen de réaliser ce desideratum, et l'extirpation totale serait tout indiquée.

Dans la forme chronique simple, le seul traitement rationnel doit être dirigé contre le foyer d'absorption septique, d'où relève l'état inflammatoire permanent des ganglions. C'est à cicatriser la plaie ou l'ulcère, à nettoyer et assainir la surface cutanée, à extirper les dents cariées ou les séquestres, etc., qu'il faut d'abord s'appliquer. Localement, la compression a été conseillée; elle risque parfois de provoquer la suppuration.

IV

BUBONS

Le bubon, c'est l'adénite vénérienne.

Ce terme vient d'Hippocrate, il veut dire : aine (βουβων); et c'est, en effet, pour désigner les affections ganglionnaires de l'aine qu'on le trouve employé par Galien, Celse, Marcellus Empiricus, Actuarius. Certains passages des satiriques latins (Martial) font penser que la nature vénérienne du bubon était de notion populaire à Rome. Plus tard, les Arabistes, Guillaume de Salicet, Lanfranc reconnaissent aussi les affinités génitales du bubon. La syphilis était encore inconnue.

Ce ne fut qu'en 1530 que Fallope, l'un des premiers, donna une description précise du bubon de la vérole : c'était individualiser l'adénite syphilitique; mais une synthèse qui devait durer plusieurs siècles, groupa bientôt toutes les variétés de bubons, comme elle englobait toutes les maladies vénériennes. Pourtant, on avait déjà démêlé entre eux des différences cliniques, et Nicolas Massa (1530) faisait remarquer que les *bubons qui suppurent ne sont pas suivis des accidents de la syphilis.*

Ricord, en démontrant l'autonomie de la syphilis, de la chancrelle, de la blennorragie, établit par là même une triple variété de bubons. Depuis lors, on distingue *les bubons virulents*, dus au virus spécial de chacune des maladies vénériennes, et *les bubons simples*, que provoquent le chancre, la chancrelle ou la blennorragie, comme le feraient un ulcère ou une inflammation commune, et qui succèdent encore à d'autres lésions, non spécifiques, résultant du commerce sexuel.

Lancereaux, Traité de la syphilis, 1864. — Rollet, art. Bubon et art. Syphilis. *Dictionn. encyclop.* — Fournier, art. Bubon, *Dict. de méd. et de chir. prat.* — Homolle, art. Syphilis. *Ibidem.* — Auspitz, Bubons de la région inguinale. *Archiv für Dermatologie u. Syphilis*, 1875. — Verneuil, Lymphangiomes tertiaires gommeux. *Arch. de méd.*, 1871, 6e série, t. XVIII, p. 399. — Dissandes-Lavillate, Quelques considérations sur l'adénopathie tertiaire. Thèse de doct., 1871. — Roberto Campana (de Naples), Delle linfadenopatie sifilitiche. *Giorn. ital. delle mal. ven.*, 1871, t. II, p. 94. — Gonnet, Thèse de doct., 1880. — Ramage, Des gommes ganglionnaires. Thèse de doct., 1880. — Jullien, Traité des maladies vénériennes. — Straus, Soc. de biol., 22 nov. 1884 et 1er août 1885. — Menu, De la virulence du bubon qui accompagne le chancre mou. Thèse de doct., 1883. — Crivelli, Ibidem. *Arch. gén. de méd.*, avril et mai 1886. — Bonain, De la virulence primitive du bubon chancrelleux. Thèse de Bordeaux, 1888.

I. — *BUBONS SIMPLES*

Ils s'appellent encore bubons inflammatoires, bubons d'irritation, etc.

Ils se voient dans deux conditions :

1° *Il n'y a pas de lésion originelle reconnue.* — Quelques jours, une ou deux semaines (trois semaines, Rollet), après des rapports sexuels, on trouve un gonflement douloureux des ganglions de l'aine : l'examen des organes génitaux reste négatif.

C'est dans des cas de ce genre que l'on concluait autrefois au *bubon d'emblée.*

Cette conception devait tomber sous la critique de Ricord; Ch. Mauriac,