dons épais, des nappes bosselées, qui fusionnent les foyers primitivement isolés, et constituent ainsi les paquets ganglionnaires.

La suppuration est fréquente dans la tuberculose des ganglions, et l'abcès ganglionnaire tuberculeux résulte, d'une part, de la caséification, d'autre part, de la suppuration d'origine inflammatoire péri-tuberculeuse.

3° *Caséification. — Abcès ganglionnaire.* — L'abcès est quelquefois encapsulé encore dans une coque de tissu ganglionnaire tassé et sclérosé; s'il est plus gros, le ganglion s'est rompu ou détruit, et la collection est presque tout entière péri-adénitique. Le volume de ces abcès froids est souvent assez petit, une noisette, une noix, etc., mais ils peuvent acquérir de grandes proportions ou fuser en nappe. D'apparence phlegmoneuse parfois, leur pus est ordinairement grumeleux et semé de parcelles jaunâtres, friables et caséeuses; dans leur paroi on trouve des tubercules à tous les stades. Les bacilles de Koch, très rares, du reste, à cette période, sont d'ordinaire associés aux microbes ordinaires de la suppuration, streptocoques et staphylocoques (1).

Mais il est d'autres terminaisons de l'adénite tuberculeuse.

C'est d'abord *la sclérose*; c'est par elle que disparaissent assez souvent, en passant à l'état de noyaux fibreux, les adénites du type strumeux; c'est par elle encore que, même à un âge plus avancé, les paquets ganglionnaires peuvent se rétracter, s'indurer et guérir (2).

La calcification se rencontre surtout dans les ganglions profonds, viscéraux et chez les vieillards; plus rare dans les ganglions superficiels, elle incruste la paroi sur une large étendue, ou bien elle se mêle, sous forme de grains calcaires, au contenu caséeux.

Enfin, on a vu le ganglion tuberculeux, enveloppé d'une épaisse paroi fibreuse ou fibro-calcaire, demeurer à l'état de kyste séreux, ou encore, rétracté et durci, former une sorte de sac plein d'un mastic caséeux desséché.

Ces derniers faits sont d'observation rare; la sclérose est d'un tout autre intérêt, car elle représente le véritable processus de guérison; nous allons, du reste, y revenir.

Symptômes. — L'adénopathie tuberculeuse peut se produire au cours d'une tuberculose avancée, mais elle s'efface alors devant la gravité de l'état général; son histoire clinique est autrement intéressante, quand elle survient d'emblée, et c'est le cas le plus ordinaire, à titre de tuberculose locale.

Elle se présente sous trois formes différentes qui se mêlent ou se succèdent fréquemment : 1° *la tuberculose mono-adénitique*; 2° *la grappe poly-adénitique*; 3° *le paquet poly-adénitique.*

1° *Tuberculose mono-adénitique.* — C'est alors un ganglion isolé qui s'engorge, grossit, acquiert peu à peu le volume d'une amande, d'une noix, d'un abricot, etc.; il est globuleux ou ovoïde, ferme, rénitent, indolent ou à peu près, il reste mobile sous la peau, et, après des mois et même des années, il reprend lentement son volume primitif, ou bien, rétracté et scléreux, il reste pour toujours à l'état de noyau induré. D'autres fois il se ramollit et se caséifie,

(1) Babès a trouvé ces associations microbiennes 52 fois sur 65 cas de tuberculose ganglionnaire.

(2) Autour des îlots caséeux, il existe ordinairement une coque fibreuse plus ou moins épaisse; dans certains cas, avec un seul et très petit noyau tuberculeux, le ganglion tout entier est devenu fibreux, il est ferme, sa coupe est lisse, grise, transparente, ou bien ardoisée et même noire (Thaon).

et c'est alors un abcès froid ganglionnaire et pré-ganglionnaire que l'on voit naître, une collection arrondie, rouge, pleine d'un pus grumeleux ou jaunâtre et filant, tels que ces abcès de la région sous-mentale ou sous-maxillaire, chez les tout jeunes enfants. A leur période d'induration, ces adénites tuberculeuses isolées, et d'un siège quelquefois inaccoutumé (région pré-auriculaire, rétro-pharyngée (1), génienne (2), etc.), peuvent prêter à l'erreur. Mais il est ordinaire qu'elles ne soient que le premier terme d'une tuberculose plus extensive.

2° *Grappe poly-adénitique.* — C'est la forme la plus fréquente. Sur les confins du premier ganglion, un second se prend, puis un troisième, puis une série de petites masses ovoïdes ou un peu aplaties, à contours nets, émergent successivement sous une peau encore intacte et souvent aux points mêmes où le palper le plus minutieux n'aurait pu déceler la trace d'une glande; c'est une traînée, un chapelet dont les grains se dessinent l'un après l'autre sur le trajet des lymphatiques. Ce n'est pas que le processus d'extension suive toujours pas à pas le cours normal de la lymphe, il n'est pas rare de le voir remonter le courant, et l'envahissement qui a débuté, par exemple, dans les ganglions de l'aisselle, s'étend au cou, dans la région sus-claviculaire, pour de là fuser le long du sterno-mastoïdien jusqu'à la région sous-maxillaire et à l'apophyse mastoïde. La marche descendante s'observe plus souvent; enfin, des ganglions superficiels, le mal se propage jusqu'aux ganglions profonds, jusqu'à ceux des cavités thoraco-abdominales; en présence du bubon strumeux de l'aine, par exemple, il faut toujours explorer, par la palpation profonde, la fosse iliaque, et il est constant d'y sentir, tuméfié aussi, le premier ganglion iliaque externe (ganglion repère) (3), certains abcès froids iliaques auraient même pour origine des adénites et péri-adénites tuberculeuses (4). Au cou, nous verrons jusqu'où se prolonge, dans le thorax, et de glande à glande, l'infection bacillaire.

Voilà donc constituée la grappe poly-adénitique; les grains en sont encore isolés et distincts, leur accroissement continue, indépendant et inégal. Ils peuvent s'arrêter à ce stade de leur évolution et conserver désormais cette forme régulière, cette mobilité, cette rénitence; c'est alors le type des *poly-adénites chroniques des strumeux;* elles forment, au cou, ces colliers parfois énormes, mais qui ne gênent guère que par leur difformité. Ce que deviennent plus tard ces adénites froides, indolentes et chroniques, nous le dirons bientôt.

Mais si le ramollissement se produit, la peau, soulevée et tendue, rougit, s'infiltre, se plisse mal, puis devient adhérente au ganglion caséifié; au début, le pus grumeleux reste encore enfermé dans la coque ganglionnaire et le doigt perçoit une fluctuation encore nettement encapsulée; plus souvent, l'abcès est aussi extra-ganglionnaire, et la peau, amincie et rongée par sa face profonde, ne forme bientôt plus qu'une mince pellicule violacée à la partie saillante de la collection. Enfin, l'abcès s'ouvre, la caverne ganglionnaire se vide; il reste une fistule tuberculeuse avec les caractères que nous allons retrouver.

La caséification ne marche pas du même pas dans toutes les glandes de la

(1) Dubreuil, *Adénite tuberculeuse suppurée du ganglion rétro-pharyngien du côté droit. Semaine méd.*, 1891, p. 211.

(2) Les adénites géniennes ont été bien décrites par M. le professeur Poncet, et par son élève Vigier. Thèse de Lyon, 1892.

(3) J'ai cherché à le montrer dans une leçon sur le bubon strumeux de l'aine (*Presse méd.*, 26 mai 1894), et *Leçons de chirurgie* (*La Pitié*, 1893-1894, p. 200).

(4) Castex, *Contribution à l'étude des adénites iliaques.* Thèse de Paris, 1881.

chaîne; d'autres continuent à grossir et prennent le volume d'une grosse noix, d'un œuf, sans s'ulcérer; à l'incision, on trouverait leur centre jaunâtre, caséeux, mais non encore liquéfié. Aussi la surface de la grappe poly-adénitique est-elle toujours, à cette période, accidentée de bosselures inégales, de cratères fongueux et d'abcès.

3° *Paquet poly-adénitique.* — Mais presque toujours les glandes isolées sont devenues coalescentes, et une épaisse gangue de péri-adénite les fusionne. C'est un paquet de ganglions, un *bubon massif*, tel qu'on le trouve au creux sus-claviculaire, à l'aisselle et surtout à l'aine : tumeur épaisse, glissant en masse sur le plan profond, mais qui s'infiltre à la longue entre les muscles et devient immobile par points. La surface en est irrégulière, lobulée et noueuse, indurée par places ou plutôt rénitente, molle et fluctuante en d'autres points, où le doigt s'enfonce en heurtant les bords d'une sorte de cupule rigide creusée dans la tumeur. La caséification et l'ulcération se font, en effet, le plus souvent par foyers circonscrits et disséminés; il en résulte ces ouvertures déchiquetées, à limbe rougeâtre, aminci, comme érodé, qui impriment à la région, au cou par exemple, un aspect si caractéristique (voy. fig. 159). Souvent des décollements sous-cutanés, sinueux et à prolongements multiples, relient ces ulcérations, et les ponts de peau intermédiaires, violacés et amincis, en se détruisant peu à peu, les fusionnent et les élargissent. Ailleurs, le paquet ganglionnaire se ramollit en masse, la peau se soulève en une vaste poche, qui fera place, une fois ouverte, à une caverne multi-ganglionnaire et que des jetées de matière tuberculeuse pourront prolonger au loin.

Souvent encore, les lésions sont beaucoup moins larges, mais les fongosités deviennent exubérantes; on les voit faire hernie en couronne autour de l'ulcération ou former une masse bourgeonnante qui se pédiculise et figure une sorte de fongus.

Nous ne saurions insister sur les *troubles fonctionnels* régionaux que provoquent ces tumeurs ganglionnaires. Un caractère important de l'affection, c'est que la douleur, à part les poussées aiguës, n'y tient jamais qu'une place fort secondaire. Il faut signaler encore la rareté relative des troubles de compression, lors même du développement énorme de ces adénopathies; à l'aisselle pourtant, on les voit déterminer parfois des fourmillements et de l'œdème des membres supérieurs, etc. Mais elles n'ont, en général, ni la dureté, ni la tendance rétractile qui produisent les compressions. Et du reste, sous ce rapport, le siège est autrement important que le volume : témoin ce fait de paralysie faciale que relate Dodin dans sa thèse, et qui succédait à une adénopathie parotidienne. Et Gouguenheim n'a-t-il pas indiqué l'existence sur les confins de la trachée et du larynx, dans le sillon trachéo-œsophagien, de petits ganglions, étroitement voisins du nerf récurrent et susceptibles de faire naître, à eux seuls, grossis par la tuberculose, des troubles laryngés graves? Un palper minutieux pourrait les découvrir sur un cou maigre. Peters a rapporté un cas plus étrange : à la suite de crises névralgiques dans les reins et les membres inférieurs, son malade était mort de granulie; on trouva un petit ganglion sur le trajet des nerfs lombaires, qui, par compression, provoquait les douleurs et qui semblait avoir servi de point de départ à l'infection bacillaire généralisée. Cette dernière terminaison est toujours une menace au cours de la tuberculose ganglionnaire, comme nous allons le dire.

Et de fait, si la marche accoutumée de l'adénopathie tuberculeuse est lente et

chroniquement extensive, elle est sujette à quelques variétés. Elle revêt parfois, dès l'origine, toute la physionomie des adénites aiguës, et du reste, à tous ses stades, elle est susceptible de prendre pour un temps l'allure inflammatoire et

Fig. 159. — Tuberculose ganglionnaire (Musée de M. Nicaise, hôpital Laennec).

phlegmoneuse. Il y a *une adénite caséeuse aiguë* comme il y a la tuberculose aiguë du testicule et du poumon, et le terme de *tuberculose aiguë des ganglions* doit s'entendre d'une double forme clinique.

La première correspond à ces faits de tuberculose aiguë ganglionnaire géné-

ralisée, dont Robin [1] et Delafield [2] ont donné des exemples et qu'on pourrait appeler la forme ganglionnaire de la granulie, mais ce sont là, en somme, des observations rares.

Il est assez fréquent, au contraire, et c'est la deuxième variété, que l'adénite tuberculeuse ait toutes les allures d'un adéno-phlegmon, le début brusque, la rougeur, la tension, les douleurs de l'adénite franche, et que, en quelques jours, l'abcès soit collecté et ouvert. A cette bruyante entrée en scène succède alors l'évolution ordinaire, torpide et chronique.

Enfin plus fréquente encore est l'existence de poussées aiguës, au cours de la tuberculose ganglionnaire chronique : elles éclatent sous l'influence d'un traumatisme, du froid, d'une inflammation de voisinage, et ce sont elles qui souvent annoncent et provoquent la suppuration. Autour des cratères fistuleux, d'autres accidents inflammatoires peuvent naître, tels que ces lymphangites en nappe, ces pseudo-érysipèles des strumeux, qui, par leur répétition et leur durée, créent l'œdème dur et les altérations profondes de la peau.

Que devient la tuberculose ganglionnaire?

La guérison est possible à diverses périodes.

a. On la voit se faire lentement, par une sorte de régression et de fonte progressive, sans que les ganglions se soient ramollis, sans qu'ils se soient départis jamais de leur allure primitive. Ainsi disparaissent souvent, à l'âge de la puberté, les écrouelles ganglionnaires de l'enfance : elles se rétractent et s'indurent, et à leur place, on trouve, et chez l'adulte encore, quelquefois au bout de quinze à vingt ans, ces noyaux sclérosés, arrondis, mobiles, indolents, où se réveille parfois, après de longues années, le processus infectieux.

b. Les abcès ganglionnaires sont susceptibles de guérir aussi, non pas qu'ils se résorbent ou que leur contenu s'épaississe et se calcifie, car c'est là une éventualité au moins exceptionnelle, mais après l'ouverture de la collection caséeuse et une période plus ou moins longue d'ulcération. Il n'est pas jusqu'à ces énormes paquets poly-adénitiques, creusés de trajets fistuleux, qui ne puissent se rétracter, se vider en quelque sorte, et se réparer, à la suite d'une intervention heureuse ou dans des conditions meilleures de milieu et d'état général. Ils laissent ces cicatrices déprimées, lisses, rougeâtres ou violacées, dont la difformité est indélébile.

Il semble que la tuberculose ganglionnaire soit une des tuberculoses locales qui restent le plus longtemps confinées à leur foyer primitif, et il arrive souvent que la généralisation tarde de longues années.

Dans certains cas, elle porte d'abord sur le système lymphatique lui-même, où l'infection se diffuse de plus en plus; nous avons déjà signalé, au cou, cet envahissement progressif qui s'étend jusqu'aux ganglions trachéo-bronchiques et médiastinaux; d'autres groupes plus lointains sont pris quelquefois en même temps, et ces poly-adénites disséminées, quand elles ne suppurent pas, sont d'un diagnostic souvent difficile.

Nous ne pouvons que signaler les autres formes de tuberculose locale, qui peuvent coexister avec celle des ganglions : les synovites fongueuses, la tuberculose osseuse ou articulaire, les gommes du tissu cellulaire, fréquemment aussi d'origine lymphatique (voy. plus haut *Lymphangite tuberculeuse*).

(1) Alb. Robin, *Tuberculose aiguë des ganglions lymphatiques. Bull. de la Société méd. des hôpitaux*, 1883.

(2) Delafield, *Tuberculose aiguë mortelle des ganglions lymphatiques. New-York med. Record*, 2887, n° 16.

C'est à une période tardive que la tuberculose pulmonaire paraît ; et nous avons vu déjà qu'elle pouvait demeurer à l'état de menace, sans se réaliser. La terminaison fatale, quand elle survient, relève le plus souvent d'elle ; la maladie ganglionnaire tombe alors au second plan, et c'est la phtisie qui tue.

Enfin, il est une autre terminaison, plus brusque, et toujours imminente, au cours de ces adénopathies : la tuberculose miliaire aiguë, généralisée. Elle éclate sans cause apparente, ou à la suite d'une poussée aiguë locale, ou encore après une intervention incomplète. Quelles sont ses voies? Nous avons déjà fait entrevoir le rôle probable du canal thoracique dans cette diffusion bacillaire (voy. *Lymphangite tuberculeuse*), mais la voie veineuse peut servir aussi au transport et à la dissémination des germes infectieux. Schuchart [1] en rapportait un curieux exemple : une femme de soixante-cinq ans succombe à la tuberculose miliaire généralisée, à la suite d'une extirpation incomplète de ganglions tuberculeux du cou; à leur contact, on trouve la tunique interne de la veine jugulaire externe semée de petits nodules tuberculeux : on en trouvait d'autres sur l'endocarde, le ventricule droit, dans les poumons et la plèvre, sur la tunique interne de l'aorte, et enfin, disséminés, dans les reins, le foie, la pie-mère, la choroïde, la moelle des os, etc. L'infection avait marqué sa route. On peut voir encore, et dans les mêmes conditions, d'autres accidents viscéraux aigus, la méningite tuberculeuse, par exemple, qui se révèle brusquement, et, en peu de jours, entraîne la mort.

Pronostic. — Si les données actuelles doivent toujours faire craindre pour l'avenir l'évolution de la tuberculose, on ne saurait pourtant mettre sur la même ligne les adénopathies froides, indolentes, stationnaires, du type strumeux proprement dit, et les tuberculoses ganglionnaires en masse qui se caséifient et restent fistuleuses. Il faut toujours réserver une grande place à l'état général dans les probabilités du pronostic, et aussi dans les déterminations opératoires.

Diagnostic. — Un certain nombre de faits se caractérisent assez par leur morphologie même. Mais il est des difficultés inhérentes à chacune des trois formes cliniques qui ont été décrites.

1° *La tuberculose mono-adénitique*, quand elle affecte des allures aiguës, simule fort bien un adéno-phlegmon simple, ou, à l'aine, un bubon vénérien.

La recherche de la lésion originelle, le volume de la tumeur adénitique et l'empâtement péri-ganglionnaire, les caractères du pus et la marche de l'abcès une fois ouvert, l'état général, suffisent à assurer le diagnostic.

Dans sa forme chronique ordinaire, la tuberculose mono-adénitique pourrait faire croire encore au cancer ou à la syphilis, n'étaient l'âge du malade et aussi la consistance plus dure, les douleurs plus vives dans le cancer, rarement, du reste, primitif; le siège spécial, enfin la multiplicité presque constante des adénites syphilitiques, en pléiades. Associée à la tuberculose, la syphilis crée le bubon mixte syphilo-strumeux (voy. *Bubons*).

(1) *Arch. für path. Anatomie*, 1888, p. 28.

2° C'est surtout *la grappe poly-adénitique* dont le diagnostic, en certains cas, devient fort épineux.

Lymphadénome, syphilis, cancer, adénite chronique simple : telles sont les hypothèses à discuter.

Le diagnostic du *lymphadénome* a été fait plus haut (voy. *Lymphadénome*). C'est surtout en présence de localisations multiples de l'adénopathie tuberculeuse et d'une évolution lente et froide, que l'erreur est facile. Nous rappellerons que dans les formes bien caractérisées, les tumeurs lymphadéniques sont indolentes, qu'elles n'adhèrent pas à la peau, qu'elles peuvent acquérir un volume considérable, mais qu'en règle, elles ne suppurent pas. Les sujets ne portent ordinairement aucun des stigmates de la scrofule, ils n'ont ni le facies spécial, ni les ophtalmies, ni l'œdème et les fissures croûteuses des narines et de la lèvre supérieure. L'examen du sang est encore, dans certains cas, un appoint pour le diagnostic. Mais le tableau clinique est loin d'être toujours aussi nettement dessiné, et Gassmann fait remarquer qu'un grand nombre de tumeurs ganglionnaires, dénommées autrefois lymphomes hyperplastiques, doivent en réalité rentrer dans le cadre de la tuberculose : il en cite deux observations, provenant de la clinique de Volkmann, où le diagnostic ne fut porté qu'après l'extirpation des ganglions; on les trouva farcis de nodules tuberculeux et de bacilles; ce qui semblait confirmer, avant l'examen direct, le diagnostic de lymphadénome, c'était, dans l'un des cas, la diminution de volume des ganglions, sous l'influence du traitement arsenical (1).

La syphilis ganglionnaire ne prête à l'erreur que dans certaines formes. On ne confondra pas la pléiade primaire avec l'adénopathie tuberculeuse : sa dureté, son siège, la disposition même des ganglions et leur volume relatif, enfin la découverte de l'accident spécifique initial, lui constituent autant de traits spéciaux; les adénites secondaires ont aussi une localisation particulière, elles sont plus dures et moins volumineuses en général; mais l'adénopathie tertiaire est-elle multiple et disséminée, et en voie de se ramollir, elle peut créer au chirurgien de réels embarras : la coexistence d'autres accidents syphilitiques, le passé du malade, sont autant d'éléments qu'il faut rechercher avec soin. Enfin il est un critérium souverain : c'est le traitement spécifique.

Presque toujours secondaire, et révélant alors sa propre nature par celle du néoplasme originel, *le cancer des ganglions* est, en général, plus dur, plus douloureux : ulcéré, il revêt une autre physionomie, enfin il ne se voit pas aux mêmes âges que la tuberculose, et la cachexie qu'il détermine est d'un autre caractère. Dans certains cas, pourtant, la lésion initiale pourrait simuler elle-même la tuberculose, et faire méconnaître la nature de l'adénite qu'elle a provoquée (2).

Enfin l'adénite chronique simple doit aussi avoir sa place dans le diagnostic

(1) Une discussion à la Société de chirurgie (nov. 1889) a fait ressortir une fois de plus les difficultés parfois insurmontables de ce diagnostic. Plus récemment, M. A. Dietrich insistait sur les similitudes étroites de certaines formes de lymphome malin et de tuberculose ganglionnaire, et il rappelait des faits où le diagnostic était réellement impossible, sans l'excision et l'examen histologique d'un fragment de ganglion. (*Ueber die Beziehungen der malignen, Lymphome zur Tuberkulose, Beitr. z. klin. Chir.* 1896, Bd. XVI, p. 377.)

(2) Dans une observation de Sevestre, où l'amygdale gauche et le pilier gauche du voile du palais étaient le siège d'un ulcère fongueux qui datait de trois mois et ressemblait à un épithélioma, du même côté, les ganglions cervicaux étaient engorgés; ceux du côte droit se prirent à leur tour, puis les ganglions sus-claviculaires, et, quelque temps avant la mort, on constatait des râles dans le poumon. A l'autopsie, on trouva les ganglions caséeux, des granulations tuberculeuses dans les deux poumons, et un ulcère tuberculeux de l'amygdale. (Dodin, *loc. cit.*)

différentiel; si l'on a sous les yeux les causes de sa permanence, les ulcères ou les irritations cutanées professionnelles aux membres inférieurs, la carie dentaire pour certaines adénites du cou, il devient aisé d'en reconnaître la nature; mais, en présence d'un état général suspect, on ne saurait oublier que la tuberculose se greffe souvent sur ce fond d'adénite chronique.

Ricard a décrit, au Congrès de chirurgie de 1889, d'après un certain nombre de faits provenant du service de Verneuil, ces *adénopathies pseudo-tuberculeuses* du cou qui persistent vingt et trente ans sans que l'état général cesse d'être indemne, et qui ne semblent liées à aucune diathèse (1); sur ces ganglions, l'examen microscopique, les recherches bacillaires et l'inoculation sont restés négatifs. Il faut connaître ces faits pour éviter de « faire un peu plus de tuberculose qu'il n'y en a en réalité ».

3° Au stade d'ulcération, la maladie s'est, en général, révélée déjà par son évolution même. Pourtant les énormes paquets poly-adénitiques qui ont été décrits plus haut pourraient donner le change pour le cancer ulcéré ou la gomme ganglionnaire; mais, à ne considérer même que les lésions locales, l'ulcération du cancer a des bords autrement abrupts, durs et tourmentés, et ses fongosités épaisses, sanieuses et saignantes, diffèrent aussi des fongosités tuberculeuses; la gomme a son limbe arrondi, rongé, violacé, son fond jaunâtre, et le bourbillon filamenteux qui le remplit. C'est ici qu'il faut rappeler encore les formes hybrides, *le scrofulate de vérole*, de Ricord, formes complexes dont une recherche clinique minutieuse permet de démêler les traits.

Traitement. — Le traitement général est de rigueur dans toutes les formes de la tuberculose ganglionnaire. Le séjour prolongé au bord de la mer, les eaux chlorurées sodiques, une hygiène soignée, et combinée aux agents médicamenteux tels que l'huile de foie de morue à doses progressives, etc., suffisent seuls parfois à faire disparaître les engorgements ganglionnaires. Les succès obtenus chaque année dans les stations maritimes, à Berck-sur-Mer, par exemple, dans les sanatoria, en témoignent hautement.

L'intervention locale doit s'accommoder aux différentes modalités cliniques; et, sous ce rapport, on peut distinguer les éventualités cliniques que voici :

1° *Ganglions disséminés, multi-régionaux, petits, isolés; poly-adénite chronique.* — C'est le type de l'hypertrophie ganglionnaire du scrofuleux.

Le traitement général suffit alors le plus souvent, et le rôle des applications locales n'est qu'apparent.

2° *Ganglions disséminés, multi-régionaux, formant, par places, des paquets, ramollis et suppurés.* — A part le traitement général, l'intervention opératoire peut présenter, alors, des indications toutes locales. Il est évident qu'on ne songe pas à extirper tous les ganglions malades, ni à faire une opération radicale : mais tel de ces bubons tuberculeux multiples acquiert parfois tant d'extension, qu'il est utile d'en faire l'extirpation, au bistouri ou à la curette, pour prévenir les désordres locaux, les fistules, la suppuration prolongée, etc. Une ou plusieurs interventions de ce genre, pratiquées à temps, seront souvent un adjuvant utile de la médication générale : ne suppriment-elles pas, en réalité, autant de foyers d'infection? Les injections interstitielles trouvent aussi, quelquefois, en pareil cas, des indications.

Il est une forme d'adénopathie tuberculeuse disséminée, qui survient chez les

(1) Voy. Verneuil, *Gaz. hebd.*, 1853, et Soc. de chirurgie, nov. 1889.