

longtemps. Haller dit qu'il en a observé aussi plusieurs exemples. Le malade de Muys avait une plaie à la malléole externe, et celui de Müller au cou-de-pied. Assalini rapporte qu'il vit s'écouler dans l'espace de trois jours, par une petite blessure de la partie interne de la cuisse, cinq livres de lymph. On a aussi observé ces plaies au pli de l'aîne, au mollet et au cou.

SYMPTOMATOLOGIE. — Ces plaies sont caractérisées par la sortie, tantôt intermittente et tantôt continue, d'un liquide limpide, de saveur salée et présentant tous les caractères chimiques et microscopiques de la lymph. Chez le malade observé par Müller, l'ulcération fistuleuse siégeait à la partie inférieure de la jambe; l'écoulement était continu, et augmentait quand, en frottant le dessus du gros orteil, on se dirigeait vers la fistule. Parfois, alors, la lymph s'écoulait sous forme de jet. Chez un malade de Monod, observé par Binet, la fistule siégeait également au bas de la jambe, à la malléole interne, et l'écoulement était aussi continu. Si, à la suite d'une saignée, on voit, en levant l'appareil, que toutes les pièces de pansement sont mouillées, que la peau est recouverte de croûtes blanchâtres, formées par la dessiccation d'un liquide onctueux qui s'échappe des lèvres de la plaie, c'est que dans cette saignée on a intéressé un vaisseau lymphatique.

L'abondance de l'écoulement peut être telle, qu'elle s'élève, au rapport d'Assalini, citant Patek, à une perte de cinq livres de lymph en trois jours. Dans ce cas, on observe les signes propres à l'anémie, palpitations et essoufflement, etc. L'écoulement augmente si l'on comprime au-dessous de la solution de continuité; il diminue, si l'on comprime au-dessous; il est plus abondant, si l'on exerce une douce friction dans le sens de la circulation lymphatique, en allant des racines des lymphatiques vers la plaie.

Ces plaies se cicatrisent difficilement, et tendent par conséquent à retarder la cicatrisation des plaies qu'elles compliquent, mais elles n'ont point l'importance que leur attribuait Sæmmering, qui mettait sur leur compte les accidents consécutifs aux vastes pertes de substance et à l'ouverture des grands foyers purulents. Elles peuvent non-seulement dégénérer en fistule, mais encore entraîner la production d'un ulcère du genre le plus rebelle, caractérisé par l'abondance remarquable et la nature du liquide excrété. Assalini avait déjà noté la nature séreuse de certaines plaies négligées; Sappey admet l'existence d'ulcères variqueux veineux et d'ulcères variqueux lymphatiques (1), et le malade de Monod présentait un ulcère semblable aux ulcères calleux, n'eût été la nature de l'écoulement.

L'existence des fistules lymphatiques soulève cette double question, de savoir pourquoi une plaie d'un vaisseau lymphatique, tantôt devient fistuleuse, tantôt se cicatrise. Sæmmering explique l'absence de cicatrisation

(1) *Anatomie*, t. I, p. 650.

des vaisseaux par le peu d'épaisseur de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané au voisinage des articulations; mais la cicatrisation des veines devrait alors, en ces points, présenter les mêmes difficultés et la même lenteur. On pourrait, avec Binet, attribuer l'établissement d'une fistule généralement au peu de tendance des lymphatiques à l'inflammation adhésive, et, dans certains cas, à ce que la blessure a eu lieu à une assez grande distance d'une anastomose, ou bien enfin à ce qu'entre la plaie et l'anastomose la plus voisine, existent des valvules s'opposant à la circulation collatérale. Dans les conditions contraires, la tuméfaction des parties, oblitérant mécaniquement la plaie des vaisseaux, fait refluer le liquide dans les voies collatérales et permet la cicatrisation.

Le *diagnostic* n'offre aucune difficulté, et l'on distinguera l'écoulement de la lymph d'avec celui qui provient d'une articulation ou d'une bourse séreuse ouvertes, par les modifications qu'entraîne la compression au-dessus et au-dessous de la plaie.

Le *pronostic* n'est grave qu'en raison de la lenteur et de la difficulté de la guérison.

TRAITEMENT. — La compression méthodiquement exercée au-dessous de la plaie et sur le trajet des vaisseaux est le meilleur moyen à diriger tout d'abord contre les écoulements récents ou anciens des lymphatiques. C'est celui que proposait Ruysch et que suivirent Muys et Assalini. En cas d'insuccès, on aura recours aux caustiques, tels que le nitrate d'argent, et mieux encore, si la région le permet, au fer rouge, qui produira une inflammation locale assez intense pour oblitérer l'orifice fistuleux.

Dans le même but, on pourrait glisser au-dessous de la fistule une épingle sur laquelle on disposerait un fil, comme dans la suture entortillée. On arriverait sans doute ainsi à comprendre dans la suture le lymphatique au-dessous de la plaie. S'il existait un ulcère fistuleux lymphatique, on le circonscrirait par deux incisions courbes pratiquées au-dessus et au-dessous de la plaie sans se confondre, et la circulation lymphatique se trouverait ainsi interceptée (Monod). On ne peut que mentionner pour mémoire la ligature des vaisseaux lymphatiques conseillée par B. Bell.

CHAPITRE X.

MALADIES DES GANGLIONS LYMPHATIQUES.

Nous ne passerons en revue dans ce chapitre que les principales lésions des ganglions lymphatiques, dont quelques-unes, dans ces dernières années, ont donné lieu à des travaux histologiques nombreux, mais peu concluants. C'est tout un sujet à soumettre à de nouvelles études, en se basant sur une connaissance approfondie de la structure normale des ganglions.

Les premières recherches sur les lésions des ganglions lymphatiques ne datent pas de loin, et la bibliographie de ce sujet est encore peu étendue. Nous conseillons de consulter, outre les mémoires d'Andral, Velpeau, Breschet, etc., déjà cités page 564, en parlant des maladies des vaisseaux lymphatiques, les travaux suivants :

VELPEAU, *Maladies du système lymphatique. Inflammation des ganglions, ou adénite lymphatique* (Archives de médecine, 1836, t. X, p. 5). — LEBERT, *Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses*. Paris, 1849. — VIRCHOW, *Die amyloïde Degeneration der Lymphdrüse* [La dégénérescence amyloïde des ganglions lymphatiques] (*Verhandlungen der physikalisch. medicinisch. Gesellschaft in Würzburg*, 1857, vol. VII, p. 222). — BILLROTH, *Ueber die feinere Structur pathol. veränderter Lymphdrüsen* [Sur la structure intime des ganglions lymphatiques malades] (*Beiträge zur pathologischen Histologie*, Berlin, 1853). — MICHAELIS, *Die Krankheiten der Lymphdrüsen*, etc. [Les maladies des ganglions lymphatiques] (*Prager Vierteljahrsschrift*, Bd. XV, 3, 1858). — POTAIN, *Des lésions des ganglions lymphatiques viscéraux* (thèse de concours d'agrégation, Paris, 1860).

ARTICLE PREMIER.

ADÉNITE.

On désigne sous le nom d'*adénite* l'inflammation des ganglions lymphatiques. Cette affection a été connue de tout temps, mais c'est seulement depuis les recherches modernes sur les maladies du système lymphatique qu'elle a été décrite avec soin, et c'est surtout le travail de Velpeau qui nous en a tracé une histoire détaillée.

L'adénite peut être *aiguë* ou *chronique*, et nous allons décrire successivement ces deux formes.

§ I. — Adénite aiguë.

Nous avons déjà vu qu'il n'y avait guère d'angioleucite sans adénite concomitante, ou tout au moins sans tuméfaction douloureuse des ganglions où se rendent les vaisseaux lymphatiques affectés; mais la réciproque n'est pas vraie. Il peut y avoir adénite sans lymphangite: 1° parce que l'adénite peut résulter de causes directes, c'est-à-dire agissant sur les ganglions mêmes; 2° parce que la matière morbifique puisée par les radicules lymphatiques, et de là transmise aux ganglions par les vaisseaux afférents, peut enflammer ces ganglions sans exercer sur ces vaisseaux aucune action appréciable. L'adénite est donc beaucoup plus fréquente que la lymphangite.

ÉTIOLOGIE. — Les causes de l'adénite sont *directes* ou *indirectes*. Ainsi les ganglions peuvent être piqués, coupés, froissés, déchirés isolément ou en même temps que les tissus environnants; mais ces causes d'adénite sont les plus rares. Quant aux causes indirectes, elles peuvent agir: 1° par contiguïté d'organes enflammés, la phlegmasie se propageant du

tissu cellulaire ou d'un organe voisin aux ganglions; 2° par continuité du tissu, et consécutivement à une lymphangite; 3° par introduction d'un principe irritant dans l'intérieur des ganglions.

La première variété d'adénite par cause indirecte est rare, et l'on voit plus souvent une phlegmasie s'étendre du ganglion au tissu cellulaire voisin que de ce tissu au ganglion. Dans la seconde, qui est très-fréquente, il arrive assez souvent que l'inflammation se fixe définitivement sur les vaisseaux lymphatiques, et qu'alors l'adénite rétrograde et se résolve avant la lymphangite qui l'avait causée. La troisième variété est de toutes la plus fréquente. Les matières irritantes qui circulent dans le système lymphatique, — qu'elles proviennent par absorption du dehors, ou qu'elles aient été spontanément produites dans l'organisme, — gênées, ralenties dans leur marche à travers le parenchyme presque caveux des ganglions, y séjournent plus longtemps que dans les vaisseaux et y exercent plus longuement aussi leur action malfaisante. De sorte que l'engorgement et l'inflammation des ganglions peuvent être observés alors sans qu'il y ait eu trace de lymphangite antérieure.

Ainsi toute solution de continuité de la peau (piqûre, excoriation, plaie, ulcère, vésicatoire, séton) et toute affection de cette membrane ou d'une muqueuse (érysipèle, zona, pemphigus, angine, etc.) sont une source d'adénite; et alors, suivant les cas, on observe une adénite sous-maxillaire avec une affection de la bouche ou un érysipèle de la face; une adénite inguinale, dans le cas de maladies des parties génitales externes; une adénite axillaire, dans celui d'affection du sein ou du membre supérieur, etc.

Dans l'enfance, où les suppurations cutanées sont très-fréquentes, surtout avec une constitution lymphatique, on voit souvent l'inflammation des ganglions.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Un ganglion dans l'adénite aiguë peut passer par trois périodes qu'on désigne par les expressions d'*induration*, de *ramollissement* et de *suppuration*.

1° Dans la *période d'induration*, qui correspond surtout à celle de la congestion inflammatoire pour les autres organes, il y a d'abord afflux plus considérable du sang, de sorte que les ganglions ont doublé ou triplé de volume; leur tissu est plus ferme, plus dense et rappelle la consistance du cœur; ils roulent sous le doigt, car il n'y a pas encore eu d'exsudation plastique dans le tissu cellulaire ambiant; leur surface est d'un rouge brun, leur coupe présente çà et là des points d'une rougeur plus vive, au niveau des vaisseaux divisés, et l'on voit par places de très-petits épanchements de sang. Enfin il y a une oblitération du parenchyme du ganglion qu'on ne peut pas injecter par les moyens ordinaires. D'ailleurs il existe très-souvent une oblitération des vaisseaux lymphatiques afférents.

2° Dans la *période de ramollissement* ou d'exsudation plastique, le plasma raréfie la substance de l'organe, dont la consistance diminue et rappelle

un peu celle de la rate; le tissu du ganglion est alors rouge ponceau, ou violacé, et, bien que plus dense, il se déchire ou s'écrase avec facilité.

3° Dans la *période de suppuration*, le ganglion, infiltré de pus, est plus mou, plus friable encore. Au milieu de la teinte rouge générale, se voient des points gris, jaunes, blancs, petits foyers qui contiennent un pus séreux et filant, qui peu à peu s'élabore en même temps que les foyers s'agrandissent. Le ramollissement, comme la suppuration, marche du centre à la périphérie du ganglion, qui, par la réunion successive des petites collections de pus, se trouve enfin transformé en une coque purulente, où le liquide reste parfaitement enkysté, si l'inflammation a marché lentement et que la tunique celluleuse du ganglion ait eu le temps de s'épaissir; mais d'où le pus s'échappe par une ou plusieurs perforations, si l'inflammation a été rapide. Il en résulte alors des abcès consécutifs dans le tissu cellulaire ambiant. Celui-ci s'enflamme ordinairement au contact des ganglions enflammés, qu'il relie à la peau, dans le cas d'adénite superficielle. On y trouve souvent du pus infiltré ou collecté en abcès.

SYMPTOMATOLOGIE. — L'adénite aiguë, à sa première période, est caractérisée par l'apparition, aux lieux où siègent habituellement les ganglions lymphatiques, de tumeurs multiples, à forme ovoïde, et peu adhérentes encore à la peau et aux parties voisines. Ces tumeurs sont douloureuses, et comme elles existent le plus ordinairement aux plis articulaires, c'est dans la marche ou dans les mouvements que la gêne pénible résultant de leur présence appelle d'abord sur elles l'attention du malade. Ainsi tel individu atteint d'une adénite inguinale se plaindra de ne pas pouvoir fléchir sans douleur la cuisse sur le bassin. Cette douleur, faible d'abord, devient graduellement plus vive, et peut finir par être extrêmement aiguë quand la tuméfaction est considérable. La tuméfaction et la douleur sont pendant quelque temps les seules manifestations de l'adénite, car il faut que la phlogose ait gagné le tissu cellulaire, puis la peau, pour que la région devienne rouge, chaude et tendue. Il peut même arriver que la peau reste intacte, au cas où un ou deux ganglions seulement sont enflammés, ou bien encore quand l'adénite est symptomatique d'une angine. Quand au contraire la phlegmasie se propage au tissu cellulaire, les tumeurs ganglionnaires sont comme enchâssées au milieu de l'empatement général, où l'on peut cependant encore les distinguer par les bosselures arrondies qu'elles y dessinent et la rénitence plus grande qu'elles présentent. La peau est chaude et rouge, la tumeur immobile, la douleur pongitive. On peut dire alors qu'à l'adénite s'est ajouté un phlegmon. Ces symptômes peuvent durer de huit à quinze jours.

Les phénomènes généraux sont le plus habituellement très-modérés, et consistent en un léger frisson au début, de la fièvre, de l'inappétence et de la soif. Mais les troubles fonctionnels sont parfois très-pénibles, alors que la tumeur est volumineuse et siège en un lieu où s'exécutent de grands mouvements, comme à l'aîne et à l'aisselle.

L'adénite aiguë peut se terminer par *résolution*, *suppuration* ou *induration*, et passer à l'état *chronique*.

La résolution est probable quand la cause est légère, qu'on peut facilement la faire disparaître, et que l'inflammation ne s'est pas propagée au tissu cellulaire. Elle est le plus habituellement lente en sa marche, et le ganglion conserve longtemps, alors que toute douleur a disparu, un volume plus considérable qu'avant d'avoir été enflammé. La résolution est plus rare, mais possible encore, quand la phlegmasie s'est étendue jusqu'au tissu cellulaire; les téguments n'ont alors perdu qu'en partie leur mobilité, et la masse enflammée qu'on sent au-dessous d'eux présente quelque chose de spongieux et de ferme, plus facile à percevoir qu'à décrire.

La suppuration est imminente toutes les fois que l'adénite a pour point de départ une plaie en suppuration, ou que, du ganglion, la phlegmasie a marché rapidement vers les parties voisines. Cette terminaison est inévitable si la peau est rouge et empâtée. Quand la suppuration a lieu, trois cas différents peuvent se présenter : 1° le ganglion seul suppure; 2° c'est le tissu cellulaire seul; 3° le tissu cellulaire et le ganglion entrent en même temps en suppuration.

Dans le premier cas, le ganglion est ou non adhérent à la peau, et les symptômes varient alors comme la marche du mal. Si le ganglion est adhérent à la peau, c'est par l'intermédiaire du tissu cellulaire enflammé par voisinage; la peau est rouge alors et empâtée, la fluctuation se perçoit facilement. Ces phénomènes se produisent vers le dixième jour environ. Quand au contraire l'inflammation s'est localisée dans le ganglion et n'a point rayonné vers le tissu cellulaire, la peau n'est point rouge ou l'est à peine, et elle conserve sa mobilité habituelle. La tumeur est mobile elle-même, et donne la sensation d'une masse spongieuse plutôt que d'un foyer purulent. On n'y découvre même la fluctuation qu'après avoir solidement fixé la tumeur et tendu la peau sur elle. C'est dans ces conditions que, si l'art intervient, le ganglion tend à s'échapper, sous forme d'un champignon rougeâtre, par la plaie de l'incision, après l'évacuation du pus; celle-ci est même parfois difficile quand la plaie de la peau est petite et que le parallélisme est détruit. Mais il peut se faire que, spontanément, le ganglion suppuré s'ouvre sous la peau, et que le pus s'épanche dans le tissu cellulaire qui s'enflamme au contact de la matière purulente et suppure à son tour. L'inflammation gagne alors la peau, qui rougit, prend une teinte violacée, s'amincit et se rompt. Le pus qui s'écoule est alors beaucoup plus abondant que dans le premier cas; la cicatrisation marche vite, mais la cicatrice est très-évidente, parce que les téguments ont été fortement compromis.

Dans le second cas, celui où le tissu cellulaire seul suppure, c'est que la phlegmasie y marche plus vite que dans les ganglions. Le pus s'accumule alors sous les ganglions, dans leur intervalle ou autour d'eux. Il ne se forme presque jamais de collection purulente bien régulière, la texture

filamenteuse du tissu cellulaire gênant la diffusion du pus. Les ganglions, moins volumineux que dans le cas précédent, conservent une grande partie de leurs adhérences avec les tissus voisins. La peau montre alors moins de disposition à se décoller, à s'amincir et à s'altérer. On a véritablement à traiter ici un phlegmon dont l'adénite a été le point de départ.

Enfin, quand le tissu cellulaire et les ganglions suppurent en même temps, on observe la réunion des deux ordres de phénomènes qui viennent d'être décrits. La suppuration est encore fort abondante, la peau se décolle et s'amincit rapidement.

Dans tous ces cas, d'ailleurs, le pus est ordinairement homogène et bien lié. Mais comme il y a le plus souvent un certain nombre de ganglions enflammés, et que l'inflammation ne marche pas également vite dans chacun d'eux, la suppuration est aussi le plus souvent multiple et successive, de sorte que la durée de l'affection en est d'autant prolongée.

Quand l'abcès s'est vidé et que la suppuration est tarie, la tumeur ganglionnaire persiste quelque temps encore, mais à l'état d'indolence; et, en effet, l'infiltration plastique se résout lentement dans un organe où l'oblitération vasculaire est étendue, et dont les mouvements organiques sont si lents. On ignore encore ce que devient le ganglion suppuré après la cicatrisation, s'il est ou non définitivement oblitéré et perdu pour la circulation lymphatique.

L'induration termine le plus souvent l'adénite par la raison que nous venons de donner, en même temps que par la mollesse de la constitution de certains sujets et la permanence des causes de l'adénite. On voit alors la douleur, la chaleur, la rougeur et le gonflement rester stationnaires, puis les trois premiers phénomènes diminuer et disparaître enfin, tandis que persistent le gonflement et l'induration. Le mal passe alors à l'état chronique.

DIAGNOSTIC. — L'adénite se reconnaît à l'existence d'une tumeur circonscrite, arrondie, bosselée, dure, douloureuse, et siégeant dans certains points déterminés, surtout aux membres, au voisinage d'une articulation. Ces caractères la différencient du *phlegmon*, dont la tuméfaction est peu circonscrite et n'a point de lieu d'élection. L'adénite phlegmoneuse participe, on l'a vu, de la nature de l'adénite et du phlegmon, et en présente simultanément les caractères.

L'existence de l'adénite reconnue, il reste à en déterminer le point de départ. La connaissance exacte de la disposition des lymphatiques dans la région malade mettra le chirurgien sur la voie du fait en question. Ainsi une adénite inguinale étant donnée, si elle siége à la partie la plus interne de la région, il y aura lieu d'examiner soigneusement l'état des organes génitaux externes; si ce sont les ganglions inférieurs et internes qui sont affectés, on explorera la marge de l'anus; au contraire, l'adénite de la partie externe du pli de l'aîne fera croire à une lésion des téguments des lombes, de l'abdomen, ou du membre inférieur.

PRONOSTIC. — L'adénite a généralement peu de gravité; cependant elle peut entraîner des décollements étendus, des suppurations prolongées; d'une autre part, l'entrave qu'elle apporte à la circulation de la lymphe en rend parfois les suites longues et désagréables. Notons enfin qu'elle peut se compliquer d'érysipèle, de phlegmon diffus, etc., ce qui aggrave le pronostic.

TRAITEMENT. — Le traitement de l'adénite est antiphlogistique à la première période. Au début, cette inflammation est quelquefois arrêtée par d'abondantes *saignées locales*, répétées plusieurs fois (de vingt à quarante sangsues en deux jours), et auxquelles on associe utilement les topiques émollients. On aura soin, d'ailleurs, d'écartier le plus possible la cause qui produit l'adénite.

On a vanté aussi la *compression*, les *ponctions*, les larges et nombreuses *frictions avec l'onguent napolitain*, pour faire avorter les adénites aiguës; mais c'est à tort, car tous ces moyens restent le plus souvent sans effet. Quand on ne peut pas employer les sangsues, on doit avoir recours aux *vésicatoires*.

Ces vésicatoires peuvent faire rétrograder l'inflammation ou circonscire le foyer morbide, et quand la résolution n'est plus possible, ils agissent en activant la suppuration. Les vésicatoires volants sont surtout indiqués chez les sujets débiles, auxquels il n'est guère possible de tirer du sang, même localement.

A la période de ramollissement, lorsque, vers le quatrième ou le cinquième jour, le pus commence à se former, on favorise le développement régulier de la suppuration en appliquant matin et soir, sur la tumeur, des cataplasmes émollients.

Plus tard, quand la suppuration est établie, il vaut mieux ouvrir l'abcès que d'en attendre l'ouverture spontanée; car on court risque, dans ce dernier cas, de voir le tissu cellulaire disparaître, la peau se décoller, s'amincir, et perdre à ce point sa vitalité, qu'il faudra plus tard l'exciser largement. Mais un risque bien plus grand encore, c'est, au cas d'adénite profonde, de voir le pus fuser au loin et disséquer les organes avant d'arriver sous la peau. L'incision avec le bistouri est préférable au caustique dans l'adénite aiguë suppurée, non syphilitique. Quant à l'époque où il convient d'ouvrir l'abcès, les mêmes considérations, qui font préférer l'ouverture artificielle à l'ouverture spontanée du foyer, militent également en faveur de l'incision hâtive. Il convient donc d'inciser dès que la fluctuation n'est plus douteuse; on rencontre alors moins de liquide, il est vrai, et le dégorgeement immédiat est moins manifeste, mais la peau reste doublée de son tissu cellulaire, et les ganglions ne se décollent pas. Si l'adénite suppurée est à foyers multiples, il faut inciser chacun d'eux séparément, et non point faire une incision étendue qui relie tous ces foyers entre eux.