

§ II. — Adénite chronique.

L'adénite chronique est plus fréquente que l'adénite aiguë, car elle succède souvent à cette dernière, et, plus souvent encore, elle est chronique d'emblée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Par suite de l'infiltration plastique dont ils sont d'abord le siège, les ganglions lymphatiques sont plus gros et plus durs qu'à l'état normal; mais, par la même raison, ils sont devenus plus friables. A un degré plus avancé de la maladie, lorsque la vascularisation est augmentée, ils sont plus rouges et ont l'aspect de la chair musculaire. Quand l'altération est plus profonde et que les vaisseaux sont oblitérés, les ganglions prennent une coloration grise, ils se décolorent complètement et offrent l'aspect de la chair de veau cuite et lavée; c'est alors surtout que leur tissu est friable, quoique dur. D'autres fois, ce tissu, d'un blanc mat et comme nacré, se coupe en criant sous le scalpel. Enfin, quand il y a suppuration, on trouve tantôt des vacuoles pleines de pus, et tantôt, les cloisons ayant disparu, un kyste à parois résistantes et rempli d'un pus blanchâtre à odeur fade.

SYMPTOMATOLOGIE. — Nous avons vu que le passage à l'état chronique est un des modes de terminaison de l'adénite aiguë. Dans ce cas, la douleur, la rougeur et la chaleur de la glande enflammée diminuent, tandis que le gonflement et l'induration persistent. Mais quand la maladie est chronique d'emblée, le début en est obscur, la tuméfaction marche lentement, la douleur est presque nulle, et le malade ne s'aperçoit guère de son affection que par la gêne mécanique qu'il en éprouve. Il existe, en effet, des tumeurs dures, ordinairement multiples, isolées ou réunies, et, dans ce cas, irrégulières, au niveau desquelles la peau conserve sa mobilité, son aspect et sa couleur accoutumés.

Ces tumeurs déforment les régions où elles siègent, ce qui constitue un accident fâcheux, chez les femmes surtout, pour les adénites parotidiennes, sous-maxillaires ou cervicales; elles peuvent dans ce cas entraîner des accidents de voisinage, tels que l'atrophie de la parotide et la gêne de la mastication (adénite parotidienne), être douloureusement froissées par les cols, et, ce qui est plus grave, comprimer la trachée ou l'œsophage, quand l'inflammation siège dans les ganglions situés profondément sous le sterno-mastoïdien qui les bride.

La marche de l'affection est extrêmement lente; parfois des douleurs sourdes indiquent une exacerbation subaiguë; d'autres fois, à l'occasion d'un coup, d'un courant d'air froid, etc., il y aura exacerbation aiguë et tendance rapide à la suppuration. Quand celle-ci doit avoir lieu, des douleurs lancinantes se manifestent, le tissu glandulaire diminue de consistance, le tissu cellulaire s'infiltré de produits plastiques, et la tumeur devient immobile. La peau rougit peu à peu, la fluctuation se produit lentement, et enfin le pus s'écoule au dehors, sous la forme d'un liquide

séreux, blanchâtre et quelquefois caillebotté. Cependant la résolution s'observe souvent chez les enfants aux approches de la puberté; d'autres fois, au contraire, l'affection se termine par induration, et persiste alors indéfiniment.

DIAGNOSTIC. — Il est parfois bien difficile de distinguer l'adénite chronique de la *tuberculisation ganglionnaire*, car toutes deux se voient chez des sujets lymphatiques, le plus souvent scrofuleux, et il n'y a guère que la marche de la maladie qui puisse les différencier: « Les gangliites chroniques simples, dit Guersant (1), sont toujours moins dures, moins pesantes, plus douloureuses à la pression et diminuent plus promptement sous l'influence des moyens thérapeutiques, tandis que les adénites scrofuleuses (tuberculeuses), qui ne diminuent que très-rarement par l'action des mêmes moyens, ne reviennent jamais à leur volume primitif. » Ce sont là toutefois des signes différentiels sur lesquels on ne peut guère absolument compter.

Chez les individus fortement scrofuleux, il est beaucoup plus probable qu'on a à traiter une tuberculisation glandulaire qu'une adénite chronique.

L'*hypertrophie* ganglionnaire est également fréquente chez les scrofuleux, mais elle est toujours indolente. Le *cancer* primitif des ganglions est très-rare, il s'observe à la période moyenne ou avancée de la vie; quand les douleurs se sont manifestées, elles sont beaucoup plus vives que dans l'adénite, et alors la marche particulière aux affections cancéreuses ne tarde pas à se montrer.

PRONOSTIC. — Le pronostic de l'adénite chronique est fâcheux, en ce sens que la résolution est rare, que la suppuration marche à la façon des abcès froids, que l'affection tend à se perpétuer par l'envahissement successif des ganglions voisins de ceux qui avaient été primitivement affectés, et enfin, parce que cette maladie indique une mauvaise disposition de l'organisme.

TRAITEMENT. — Au moment des exacerbations aiguës, lorsqu'il y a douleur, les antiphlogistiques sont indiqués; on peut donc avoir recours aux sangsues, dont il ne faut d'ailleurs employer qu'un petit nombre. A la période chronique, on mettra en usage les résolutifs, tels que les frictions à l'iode de potassium, les onctions mercurielles, l'application d'emplâtres de Vigo, de diachylon, de vésicatoires volants répétés, et enfin la compression. Il est bon d'employer aussi les modificateurs généraux, les toniques et les amers (vin, alimentation animalisée, quinquina), les bains salés ou sulfureux.

Quand ces moyens ont échoué et que la tumeur n'a point encore suppuré, on peut avoir recours à l'une des trois opérations chirurgicales suivantes: l'*écrasement*, le *broiement* ou l'*extirpation*.

C'est en vue d'éviter la cicatrice résultant de l'extirpation que l'on a

(1) Dictionnaire de médecine en 30 vol., t. XXVIII, p. 216.

imaginé l'écrasement, qui ne peut guère se pratiquer que dans les points où les ganglions reposent sur des parties assez résistantes pour offrir un point d'appui. On comprime énergiquement ces ganglions avec les pouces ou à l'aide d'un corps dur, jusqu'à ce qu'on sente la tumeur céder, et l'on répète la même opération sur les fragments de celle-ci. Cette opération, très-douloureuse, ne peut être généralisée et ne donne guère de résultats satisfaisants.

Le broiement se pratique par la méthode sous-cutanée : on glisse, sous un pli de la peau, un ténotome, à l'aide duquel on fragmente en tous sens la tumeur jusqu'à ce qu'on l'ait réduite au morcellement le plus complet. Cette opération expose à la lésion de parties importantes, et comme elle a été peu employée, on ne peut pas la juger définitivement.

L'extirpation est plus en faveur parmi les chirurgiens, qui l'ont souvent pratiquée, surtout au cou et parfois à l'aisselle. Elle est indiquée quand la déformation est considérable et que les troubles de voisinage (dyspnée ou dysphagie, gêne des mouvements, etc.) sont très-pénibles.

Quand l'adénite chronique finit par suppuration, il vaut beaucoup mieux intervenir que d'attendre l'ouverture spontanée de l'abcès, qui est très-lente à se faire, s'accompagne d'un grand amincissement avec décollement de la peau, et produit le plus souvent des cicatrices étendues et difformes. Mais, au lieu d'ouvrir l'abcès avec le bistouri, dont l'incision laisse toujours des traces désagréables, surtout au cou, mieux vaut, à l'exemple de Guersant, employer les petits sétons. On traverse la tumeur de part en part, à l'aide d'une aiguille courbe armée d'un fil double; on laisse celui-ci à demeure quelques jours, et le pus s'écoule le long du fil, à travers les piqûres, qui s'agrandissent un peu. La tumeur vidée, on retire le fil, et il ne reste souvent pas trace de l'opération qui a encore l'avantage d'être extrêmement peu douloureuse et de ne point effrayer les malades.

ARTICLE II.

HYPERTROPHIE DES GANGLIONS LYMPHATIQUES.

Cette affection, dont les auteurs parlent à peine, et qui se trouve vaguement indiquée par eux sous le nom d'engorgement, a été surtout confondue avec l'adénite chronique et la tuberculisation des ganglions. Cependant elle mérite une description à part, comme l'ont surtout démontré les travaux de Lebert (1).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les glandes lymphatiques hypertrophiées présentent une surface lisse, rouge et vasculaire; l'incision montre qu'elles sont constituées par un tissu fibro-cellulaire riche en vaisseaux sanguins,

(1) Rech. sur l'hypertrophie simple des ganglions lymphatiques (Gaz. hebdom., 1854, p. 265). — Bulletins de la Société anatomique, 1850, p. 473. — Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses, p. 420 et passim.

tandis qu'il l'est peu en vaisseaux lymphatiques. Encore peu volumineuses, ces glandes sont roses et d'aspect homogène; plus tard, elles deviennent d'un jaune rosé, et parfois s'infiltrent d'un suc hyalin un peu rougeâtre, par suite de la présence des éléments du sang. Leur tissu a pour base une trame fibreuse, à fibres fines, formant des faisceaux réguliers ou entrecroisés. A ces éléments s'ajoutent, dans quelques-unes de ces tumeurs, des éléments fibro-plastiques. Enfin, et par le fait même de l'hypertrophie, les globules de la lymphe, et leurs noyaux libres se remarquent en quantité notable; d'autres fois, cependant, ces éléments globulaires font défaut. En général, l'aspect de ces glandes varie suivant que l'hypertrophie a surtout porté sur une de leurs parties constituantes. Ainsi la prédominance de la vascularité augmente leur couleur rouge; quand le tissu fibreux prédomine, l'aspect est fibro-gélatineux; quand c'est au contraire le fibro-plastique, la teinte est jaune rosé; enfin l'abondance de l'élément globulaire leur donne une consistance molle et un aspect jaune pâle et comme gélatiniforme.

SYMPTÔMES. — L'hypertrophie simple des glandes lymphatiques est assez fréquente chez les scrofuleux et se présente sous deux formes. 1^o Dans une première forme, on trouve, surtout à la région cervicale, un grand nombre de petites tumeurs ganglionnaires, du volume d'un haricot, mobiles, élastiques, indolentes, coïncidant souvent avec des complications scrofuleuses, parfois avec la tuberculisation ganglionnaire; qui ne tendent guère à s'enflammer, et moins encore à suppurer, et qui peuvent guérir spontanément par le retour à leur volume normal. 2^o Dans une seconde forme, qui n'appartient point en propre aux scrofuleux ou aux tuberculeux, l'affection est mieux limitée, mais le volume des glandes est plus considérable. Un, deux, quelquefois tout un paquet de ganglions s'engorgent et augmentent lentement de volume; il en résulte une tumeur ovoïde pour une seule glande, irrégulière pour plusieurs, dont le volume varie de celui d'une fève à celui des deux poings, et dont la consistance est élastique, ou plutôt molle; en tout cas, la peau reste intacte. Cette tumeur, qu'on voit surtout aux régions parotidienne, cervicale et axillaire, entraîne de la difformité dans les deux premières régions et de la gêne des mouvements dans la troisième. Elle tend à rester indéfiniment stationnaire.

DIAGNOSTIC. — L'hypertrophie diffère de l'adénite chronique par l'absence de la douleur et des autres signes de l'inflammation chronique: on verra, à l'article TUBERCULISATION DES GANGLIONS, en quoi celle-ci diffère de l'hypertrophie.

Le pronostic n'est pas grave.

Le traitement consiste dans l'emploi des moyens généraux propres à combattre la diathèse tuberculeuse quand cette dernière existe; dans l'application des préparations iodurées, telles que la pommade à l'iode de potassium, ou au deutoiodure de mercure, de l'onguent mercuriel, ou de l'emplâtre de Vigo. Enfin, quand ces glandes sont gênantes