

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

ou difformes par leur volume et qu'elles ont résisté au traitement, l'*extirpation* devient la seule ressource. Elle est, d'ailleurs, réclamée quelquefois par les malades eux-mêmes, qui craignent de passer pour scrofuleux. Cette opération est souvent pratiquée avec succès et elle est d'une exécution facile, car ces ganglions peuvent s'énucléer aisément à l'aide des doigts dès qu'on les a découverts convenablement et qu'on a incisé la gaine celluleuse qui les entoure.

ARTICLE III.

1° ALTÉRATION CIREUSE DES GANGLIONS LYMPHATIQUES. 2° DÉGÉNÉRESCENCE AMYLOÏDE DES GANGLIONS.

1° Nous n'avons guère, sur l'altération cireuse des ganglions, que des notions d'anatomie pathologique, car elle ne s'annonce point par des symptômes évidents, et de plus elle est assez rare. Cette altération s'observe ordinairement avec une lésion semblable de la rate, et beaucoup plus rarement avec la même altération dans le corps thyroïde.

Un des faits les plus remarquables d'altération cireuse des ganglions est celui publié par Guyon et Robin (1). Il s'agissait là d'un homme de quarante-trois ans, qui depuis vingt ans avait de petites tumeurs au cou, aux aisselles et aux aines. Celles de la région sous-maxillaire gauche s'enflammèrent et suppurèrent. Il en sortit à l'incision un pus rougeâtre, concret, sanguinolent. On ne vit d'abord là rien qui dût particulièrement appeler l'attention, mais la santé du malade s'altéra de plus en plus, et il succomba dans un état cachectique, avec de la diarrhée et un épanchement pleurétique. L'autopsie a montré une altération singulière des ganglions.

Il y avait un développement exagéré de tous les ganglions lymphatiques du corps, surtout des ganglions de la région sous-hyoïdienne. Ils offraient l'aspect d'un tissu compacte, homogène, d'une couleur uniformément jaunâtre avec une légère nuance rosée, lisse et un peu brillant sur la coupe, se laissant facilement entamer par le grattage, et se réduisant en une pulpe molle, tenace, qui, par la consistance, l'aspect et la couleur, rappelait beaucoup la cire. Le canal thoracique n'avait rien de particulier.

Les coupes minces de ces ganglions, examinées au microscope, présentaient une trame de tissu cellulaire lâche, à fibres rares et écartées; trame presque réduite à rien, comparativement à celle offerte par les ganglions lymphatiques normaux; çà et là se voyaient des épithéliums nucléaires sphériques. Ces divers éléments, accompagnés de quelques capillaires sanguins, ne formaient pas le dixième de la masse du produit morbide; tout le reste du tissu était constitué par des corpuscules

(1) *Gazette médicale*, 1856, p. 217.

qui se présentaient sous forme de masses polyédriques le plus souvent ovoïdes, quelquefois aussi de formes variées, à contours sinueux; ils avaient un diamètre de 1 à 8 centièmes de millimètre, et étaient remarquables par leur transparence, leur teinte complètement incolore ou légèrement bleuâtre, leur pouvoir réfringent assez fort, ce qui faisait toujours paraître leurs contours foncés.

L'aspect le plus remarquable de ces concrétions était dû à leur mode d'entassement, de juxtaposition, de compression réciproque. Ces corps, complètement dépourvus de granulations étaient insolubles dans l'eau, l'alcool, l'éther; l'acide acétique et la potasse les rendaient transparents et les gonflaient.

Ces données d'anatomie pathologique pure ne peuvent être signalées dans un traité de chirurgie que pour appeler sur ce point l'attention des lecteurs; car la symptomatologie, le diagnostic et le traitement de l'altération cireuse des ganglions nous sont tout à fait inconnus.

2° Les ganglions peuvent aussi, quoique très-rarement, être le siège d'une *dégénérescence* dite *amyloïde*, qu'on trouve plus souvent dans le foie, la rate et les reins. Ces organes sont alors indurés par une matière particulière de consistance lardacée, et qui, au contact de l'iode et de l'acide sulfurique, change de couleur. L'iode et l'acide sulfurique colorent en effet cette substance en bleu sombre avec tendance au vert et au rouge pâle, ou bien cette matière amyloïde devient tout de suite d'un rouge brun. Nous n'avons point à discuter si cette matière est une forme de cholestérine, comme l'a soutenu Henri Meckel, ou bien si, comme l'a prétendu Virchow, c'est une espèce de cellulose d'amidon. En signalant la dégénérescence amyloïde des ganglions qu'on voit coïncider avec l'hypertrophie scrofuleuse, nous n'avons voulu que mentionner un fait d'anatomie pathologique intéressant que nous ne pouvons pas encore reconnaître sur le vivant.

ARTICLE IV.

TUBERCULISATION DES GANGLIONS LYMPHATIQUES.

Les ganglions lymphatiques sont un des tissus du corps où se développe le plus souvent de la matière tuberculeuse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le tubercule s'y rencontre sous les deux formes de granulation grise demi-transparente et de tubercule miliaire jaune, par points isolés ou à l'état d'infiltration. Au bout d'un temps assez court, la granulation grise devient jaune et caséuse, mais elle reste pendant longtemps entourée d'une zone grisâtre, demi-transparente, quand elle a existé primitivement à cet état de granulation grise. La glande envahie est notablement plus vasculaire, bien que la vascularité s'arrête aux limites des dépôts tuberculeux. Ces dépôts, d'abord multiples et indépendants, finissent par se réunir, en même temps que le ramollissement s'en opère. Tantôt ce dernier marche vers une liquéfaction, qui

transforme le produit morbide en une masse granuleuse, sans forme distincte, et tantôt il s'accompagne d'un travail de suppuration. Dans ce cas, l'inflammation gagne les tissus ambiants, la peau devient adhérente par les ganglions superficiels; elle s'ulcère et livre passage au pus tuberculeux, qui est ordinairement assez lié, point séreux ni caillotté, et renferme, par contre, des fragments jaunes, friables, de consistance caséuse, s'écrasant facilement sous le doigt et se délayant dans l'eau sous forme grumeleuse. Ce pus, examiné au microscope, contient des globules de pus et les corpuscules du tubercule: les premiers disparaissent sous l'influence de l'acide acétique, tandis que les seconds restent intacts avec les caractères qui leur sont propres. Les tubercules peuvent passer à l'état crétacé, et l'on retrouve alors des granules au milieu de concrétions calcaires et de cristaux de cholestérine.

Les tubercules envahissent de préférence les ganglions internes, mais la tuberculisation des ganglions bronchiques (*phthisie bronchique*) et celle des ganglions mésentériques (*carreau*) étant du ressort de la pathologie interne, il ne sera question ici que de la tuberculisation glandulaire externe. Celle-ci existe dans plus du tiers des cas sans aucune complication, avec scrofules dans la même proportion, et avec tuberculisation pulmonaire dans une proportion beaucoup moindre. Les régions envahies sont, par ordre de fréquence, les parties latérales du cou, la région sous-maxillaire, la région parotidienne, l'aisselle et l'aîne.

ÉTILOGIE. — On peut dire d'une manière générale que la constitution scrofuleuse prédispose aux affections des glandes lymphatiques, qui sont plus souvent encore frappées de tuberculisation que d'hypertrophie ou de phlogose chronique. Comme, d'ailleurs, la scrofule se montre surtout dans l'enfance ou la jeunesse, on comprend que la tuberculisation ganglionnaire soit plus fréquente à ces deux périodes de la vie. Vers l'âge de vingt ans, elle devient de plus en plus rare. Le sexe ne paraît avoir aucune influence. Les affections syphilitiques sont parfois le point de départ ou de récurrence de la tuberculisation glandulaire, qu'on observe alors à la région de l'aîne.

SYMPTOMATOLOGIE. — La tuberculisation des glandes lymphatiques peut passer par les trois périodes: 1° d'indolence, 2° d'inflammation, 3° de suppuration et d'élimination.

Dans la période d'indolence, essentiellement latente et chronique, la tumeur ganglionnaire, ordinairement bien circonscrite, unique et ovoïde, ou multiple et inégale, présente une consistance assez ferme sans avoir complètement perdu son élasticité; elle est mobile, et la peau reste intacte à son niveau. Puis la tumeur augmente de volume et de dureté, et sa consistance se rapproche alors de celle d'un marron cuit. Cela peut durer des semaines, des mois et même des années, au bout desquels la tumeur se ramollit et prend la consistance d'un kyste sébacé. Il est rare qu'à cet état, la matière tuberculeuse se résorbe, et bien plus fréquent qu'elle arrive à suppurer.

Dans cette période de suppuration, qui dure environ de six à quinze jours, il survient une douleur légère, un peu lancinante; la peau rougit et adhère à la tumeur; elle s'empâte, devient œdémateuse, et indique, par ce dernier état, l'existence d'une suppuration profonde. Enfin la fluctuation est évidente, puis la peau s'amincit, s'ulcère, et donne passage au pus, dont nous avons indiqué la nature.

Quand la tumeur est multilobée, la même évolution se répète pour chacun de ses lobes, et, comme chacun d'eux constitue un kyste indépendant, il en résulte autant de trajets fistuleux, qui persistent parfois plusieurs mois et davantage.

Si les ganglions voisins sont tuméfiés, leur engorgement peut persister fort longtemps ou spontanément disparaître; mais s'ils sont infiltrés de matière tuberculeuse, ils passeront par les états que nous avons indiqués, ce qui explique les récurrences si fréquentes de cette affection.

Au cas, assez rare, où le tubercule se transforme en matière crétacée, la tumeur reste indolente, mobile, ferme et devient pierreuse par places.

Dans les périodes d'inflammation et de suppuration, la réaction est presque nulle; il n'y a guère que de légers troubles des fonctions digestives. Lebert a soutenu que la suppuration, étant le seul mode d'élimination de la matière tuberculeuse, les individus dont les glandes externes tuberculeuses avaient suppuré, étaient moins exposés à la tuberculisation interne, et, inversement, que la guérison insidieuse d'ulcères glandulaires externes avait lieu quand se préparait ailleurs une maladie plus grave, mais cette assertion n'est pas démontrée.

Les complications scrofuleuses existent dans plus de la moitié des cas, et sont, par ordre de fréquence, les ophthalmies, les maladies des os, les éruptions cutanées, les ulcères et les abcès, les affections articulaires et enfin l'otorrhée.

Les complications tuberculeuses sont la tuberculisation des ganglions bronchiques et mésentériques et la tuberculisation pulmonaire.

DIAGNOSTIC. — A la période d'indolence, on ne peut guère confondre la tuberculisation glandulaire qu'avec l'hypertrophie, l'engorgement inflammatoire des ganglions et les kystes sébacés.

Comme la tuberculisation, l'hypertrophie se rencontre surtout chez les scrofuleux, ce qui complique le diagnostic; mais l'hypertrophie est indéfiniment stationnaire, tandis que la tuberculisation est lentement progressive. L'engorgement symptomatique s'observe surtout à la région cervicale, et il coïncide avec des éruptions du cuir chevelu et de la face; il siège dans les ganglions les plus superficiels et les plus voisins du cuir chevelu et des oreilles, tandis que la tuberculisation ganglionnaire s'observe le plus habituellement aux régions moyenne et profonde ou vers l'angle de la mâchoire inférieure. Les kystes sébacés sont ordinairement uniques et ne choisissent point leurs sujets comme la tuberculisation glandulaire; ils sont d'ailleurs relativement rares dans les régions où l'on trouve d'habitude les ganglions tuberculeux.

A la période d'inflammation, le ganglion tuberculeux se confondrait avec l'adénite chronique, si l'on ne tenait point compte de l'état local antérieur que nous avons signalé à propos de la dernière de ces affections ; quant à la marche ultérieure de la maladie, celle-ci est bien moins rebelle à la thérapeutique que celle-là.

Nous verrons bientôt comment le ganglion tuberculeux diffère du cancer des ganglions.

PRONOSTIC. — Il n'est pas nécessairement fâcheux, en ce sens que l'affection ne fait pas périr les malades ; quand la terminaison funeste a lieu, c'est par suite de complications soit avec des tubercules pulmonaires, soit avec la péritonite ou la méningite tuberculeuses. La suppuration n'aggrave pas le pronostic, car c'est le seul mode d'élimination des tubercules, et l'économie peut ainsi en être débarrassée définitivement.

TRAITEMENT. — Il est général et local, et diffère d'ailleurs suivant les périodes ; enfin l'intervention chirurgicale est parfois nécessaire.

1° Les préparations iodées forment la base du traitement général ; l'iodure de potassium est la plus employée de ces préparations : on peut en porter la dose de 1 à 4 grammes par jour. On continue pendant deux mois ce médicament, qu'on suspend pendant quinze jours, pour le reprendre immédiatement après. Le sirop d'iodure de fer a été prescrit avec avantage aux enfants pâles, faibles, anémiques, et qu'épuisaient d'abondantes suppurations. L'huile de foie de morue a été employée sans effet bien sensible. Les amers et les toniques sont indiqués comme excitants de la digestion et fortifiants.

Les bains iodés factices et les bains sulfureux ont une action salutaire comme modificateurs de l'ensemble de la constitution, mais ils n'ont aucune action spéciale sur les tubercules ganglionnaires.

Mais ce qui est préférable à tous les moyens pharmaceutiques, c'est l'alimentation animalisée, l'usage du vin généreux, l'air pur, l'exercice au grand air (jeux, promenades, gymnastique).

2° Les préparations d'iode sont encore le plus souvent employées comme moyens locaux ; cependant elles font plutôt disparaître l'engorgement non tuberculeux qui entoure les tumeurs tuberculeuses qu'elles n'agissent sur ces tumeurs mêmes. On emploie surtout l'iodure de potassium en pommade et la teinture d'iode en badigeonnage. A la période d'inflammation, il faut cesser l'emploi de ces topiques pour les remplacer par les cataplasmes.

3° Quelques chirurgiens ont recommandé d'ouvrir les abcès glandulaires le plus tard possible ; d'autres ont conseillé de ne point les ouvrir du tout. Or, s'il est mauvais d'ouvrir le ganglion ramolli avant que la suppuration ait envahi la plus grande partie de la glande, d'un autre côté il ne faut pas attendre que la peau se décolle dans une trop vaste étendue. Il est évident, d'ailleurs, que dans une tumeur multilobée on ne doit ouvrir que successivement chaque glande suppurée.

Quant à l'extirpation, on ne doit y avoir recours que si les glandes

tuberculeuses compriment les gros vaisseaux du cou ou les organes adjacents, si ces glandes indurées sont une cause de difformité, et semblent être le reste d'une maladie ancienne, sans autre signe d'affection scrofuleuse ou tuberculeuse.

ARTICLE V.

CANCER DES GANGLIONS LYMPHATIQUES.

Les ganglions lymphatiques peuvent être affectés de cancer primitivement et consécutivement ; mais ils le sont beaucoup plus souvent de cette dernière façon que de l'autre.

Le cancer secondaire des glandes lymphatiques est très-fréquent, et les glandes affectées d'abord sont celles qui ont des rapports anatomiques directs avec l'organe primitivement malade ; puis le cancer envahit de proche en proche les glandes lymphatiques voisines. Quant au cancer primitif, on l'observe, par ordre de fréquence, aux régions parotidienne, cervicale, inguinale et axillaire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les caractères anatomiques du cancer des glandes lymphatiques sont partout à peu près les mêmes. Ces glandes présentent une surface inégale, lobulée ; leur consistance est molle et élastique. Incisées, elles offrent l'aspect d'un tissu jaunâtre, pulpeux, d'où s'écoule par la pression un suc cancéreux abondant ; leur vascularité est inégale ; parfois on remarque au milieu de leur trame de petits épanchements sanguins. Le microscope fait reconnaître l'existence d'un stroma fibreux, composé de fibres pâles et fines, de fibres élastiques et de cellules cancéreuses bien caractérisées.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les glandes lymphatiques superficielles, cancéreuses, se présentent sous forme de tumeurs ordinairement multilobées, petites, indolentes et mobiles ; elles s'accroissent d'abord très-lentement, pour prendre ensuite tout à coup et sans cause appréciable un développement rapide. Les douleurs, nulles ou rares au début, sont peu à peu plus fréquentes et plus intenses ; cependant elles peuvent manquer pendant toute la durée de la maladie. La consistance, d'élastique qu'elle était, devient pulpeuse et presque fluctuante. Enfin, la tumeur cesse d'être mobile, elle adhère à la peau, qui rougit et s'ulcère. Dans ce dernier cas, la plaie a l'aspect propre aux ulcérations cancéreuses.

Cependant l'économie s'infecte et la cachexie se manifeste au milieu de vives souffrances, de lésions viscérales diverses, et d'un dépérissement général et progressif, qui conduit à une terminaison fatale. La durée moyenne de la maladie est de deux ans.

Mais outre les symptômes inhérents à la nature cancéreuse des tumeurs ganglionnaires, celles-ci peuvent encore déterminer des accidents de voisinage, en raison de la compression qu'elles exercent sur les organes