

vrir une voie le plus promptement possible, on évite ainsi les fusées purulentes dans le tissu cellulaire, le décollement, l'amincissement et la mortification de la peau, qui donnent lieu à des cicatrices difformes, étendues, irréparables. S'il existait plusieurs foyers, les incisions devraient être multiples. Une pulvérisation d'éther ou de chloréthyle suffira pour insensibiliser le champ opératoire.

2° ADÉNITE CHRONIQUE. — Ces adénites se rattachant d'ordinaire à un mauvais état général, celui-ci doit être combattu par l'usage des toniques, des amers et d'une bonne hygiène, etc.

Le traitement local comprend l'application à la surface des ganglions malades de pommade résolutive (à l'iodure de plomb, à l'onguent mercuriel), de teinture d'iode, d'emplâtre de Vigo, de vésicatoires volants; on a même essayé l'application des courants constants. Quand ces moyens ont échoué, on peut recourir à une intervention chirurgicale qui consiste dans les injections interstitielles, le broiement, l'écrasement ou bien mieux encore l'extirpation de la glande malade.

Quand l'adénite chronique a suppuré, il vaut bien mieux intervenir que d'attendre l'ouverture spontanée de l'abcès. On pourra alors le râcler avec la curette de Volkmann et le saupoudrer d'une poudre antiseptique (iodoforme, salol, iodol, acide borique) et mieux encore pratiquer l'extirpation, pres- que toujours possible.

#### TUBERCULOSE DES GANGLIONS LYMPHATIQUES <sup>1</sup>.

La tuberculose des ganglions est une maladie très fréquente de la seconde enfance et de la jeunesse.

Trois conditions sont nécessaires à son développement, la prédisposition (terrain de culture), le germe, la porte d'entrée du germe.

1. Au point de vue clinique, il n'existe guère de différences entre l'adénite scrofuleuse et les adénites chronique et tuberculeuse; habituellement consécutive à des altérations cutanées ou muqueuses, ces adénites peuvent se développer d'emblée.

Les ganglions scrofuleux se terminent habituellement par la suppuration (*humeurs froides*), cependant ils peuvent devenir caséux et s'incruster de sels calcaires.

*Prédisposition.* — Elle consiste dans une déchéance vitale héréditaire (tuberculose ou tares diverses, alcoolisme, syphilis des parents) ou acquise (alimentation insuffisante, surmenage, froid humide).

Le germe est le bacille tuberculeux.

La porte d'entrée est souvent visible. Ce sont toutes les lésions du tégument externe ou interne, plaies, écorchures mal soignées, altérations de la peau, du cuir chevelu, lésions dentaires, maladies de la bouche, de la gorge, des bronches, de l'intestin.

Mais, fait important, on observe la tuberculose des ganglions lymphatiques chez des sujets en apparence sains et vigoureux, sans qu'une inspection minutieuse puisse faire retrouver dans le territoire lymphatique des ganglions malades ou, dans d'autres organes, la moindre trace d'une porte d'entrée à l'infection. On est forcé cependant d'admettre qu'il y a eu une inoculation dont la trace a disparu.

Les tubercules se présentent dans les ganglions avec les mêmes caractères que dans les autres organes: ce sont des granulations grises demi-transparentes ou opaques, disposées en général le long des vaisseaux, dont le contenu se coagule et dont les parois sont le siège d'une prolifération très active; sur le pourtour de la granulation tuberculeuse existe une zone de congestion remarquable par le gonflement des cellules et la prolifération de leurs noyaux.

Ces granulations, disposées d'abord sous forme de foyers isolés, se réunissent, se ramollissent: le ganglion présente un aspect caséux; parfois cette matière caséuse se liquéfie, la coque ganglionnaire se perfore, et il s'établit des fistules qui laissent écouler un liquide granuleux et purulent.

Un autre mode de terminaison consiste dans la transformation fibreuse ou crétacée du ganglion.

*Symptômes.* — S'il s'agit de ganglions profonds, les symptômes sont ceux du carreau ou de la phthisie bronchique (*Voy. Pathologie interne*). Si la dégénérescence frappe des ganglions superficiels, on reconnaît aisément qu'il s'agit d'une adénite chronique, mais on ne peut affirmer que ces ganglions sont



tuberculeux que si les organes d'où partent les vaisseaux lymphatiques afférents sont tuberculeux eux-mêmes (testicules, etc.) ou par l'examen microscopique ou par le résultat des cultures faites sur des cobayes avec une parcelle de ces ganglions ou une goutte de son liquide.

Le traitement doit s'adresser à la lésion première; quant à celui du ganglion malade, on agira comme pour les adénites chroniques (incision, curettage ou extirpation)

Il nous est difficile de distinguer l'adénite scrofuleuse de l'adénite chronique ou de la dégénérescence tuberculeuse des ganglions que nous venons de décrire.

HYPERTROPHIE DES GANGLIONS. — LYMPHOME. —  
LYMPHO-SARCOME. — CARCINOME.

Dans ces derniers temps, on a regardé l'hypertrophie simple des ganglions, l'adénite, les lymphomes, la leucocythémie, comme autant de phases ou du moins de variétés d'une même maladie, ayant toutes comme caractère le plus appréciable l'hypertrophie et la prolifération des éléments qui constituent le tissu lymphoïde, mais présentant au point de vue de la clinique et du pronostic des différences considérables, suivant que cette altération se trouve localisée dans quelques ganglions ou généralisée à tout le tissu lymphoïde<sup>1</sup>.

L'hypertrophie ganglionnaire simple ne saurait être décrite à part, elle se confond soit avec les adénites chroniques, soit avec les formes bénignes du lymphadénome.

LYMPHADÉNOME OU LYMPHOME. — C'est une maladie rare observée surtout dans la période moyenne de la vie, et caractérisée par le gonflement indolent et dur d'un groupe de ganglions; les ganglions du cou en sont le siège d'élection.

Le lymphadénome débute sans cause appréciable par le développement indolent d'un ou de plusieurs ganglions du cou (surtout derrière l'angle du maxillaire).

1. On a parfois observé dans les ganglions du cou (Richard) et, plus rarement, dans ceux de l'aîne (Duplay), des kystes à contenu séreux ou colloïde. Leur pathogénie est inconnue, leurs caractères cliniques se rapprochent de ceux de l'adénite chronique.

Ces ganglions augmentent de volume, leurs voisins se prennent et toute la chaîne ganglionnaire qui entoure le sternomastoidien se trouve envahie, à divers degrés. La lésion reste limitée à un seul côté du cou ou s'étend aux deux; elle reste circonscrite dans la région cervicale où elle se généralise.

Les ganglions malades se présentent sous l'aspect de tumeurs dures (parfois molles ou plutôt élastiques), mobiles, indolentes, plus ou moins indépendantes les unes des autres, formant des masses souvent énormes. Mais, et ces caractères les différencient des adénites tuberculeuses, leur consistance est uniforme, elles ne suppurent pas, la peau qui les recouvre est intacte, ou du moins son ulcération est très exceptionnelle et se distingue très aisément de l'ulcération qui accompagne les adénites tuberculeuses.



Fig. 105. — Lymphadénome cervical (d'après ALBERT).

Les autres ganglions, le foie et la rate, sont sains et il n'y a pas, dans le sang, prédominance des globules blancs, ce qui distingue les lymphadénomes de la leucocythémie.

Évolution. — Elle présente de grandes différences. Souvent (surtout dans la forme molle) l'évolution est rapide et, au bout de six mois, un an, deux ans, la malade succombe dans un état cachectique (diarrhée, vomissements, fièvre, anasarque).

Parfois, au contraire, la maladie reste stationnaire pendant de longues années.

Traitement. — L'extirpation n'a pas donné de bons résultats, car la récurrence est la règle. On n'a guère recours qu'à la médication arsenicale administrée sous forme de liqueur de Fowler à très hautes doses (20, 30, 40 gouttes en 24 heures).



atteintes progressivement et diminuées dès qu'apparaissent les signes d'intoxication. On a aidé ce traitement d'injections interstitielles de liqueur de Fowler additionnée d'eau pratiquées dans les ganglions malades avec une seringue de Pravaz.

Le SARCOME des ganglions est rare ; lorsqu'il existe, c'est un produit secondaire et consécutif à une tumeur de même nature siégeant dans la circonscription lymphatique du ganglion malade<sup>1</sup> ; cependant il est beaucoup plus rare que le carcinome des ganglions, car le cancer se propage surtout par la voie des lymphatiques, tandis que le sarcome se généralise par la voie des vaisseaux sanguins, ce qui tient à ce que le cancer présente des alvéoles en rapport avec le système lymphatique, tandis que le sarcome détermine la transformation embryonnaire des vaisseaux qu'il englobe, et végète parfois dans leur intérieur (Ranvier et Cornil).

Le CARCINOME des ganglions est au contraire très fréquent, puisqu'il n'est pas de cancer qui, à une certaine période de son évolution, ne détermine un nouveau cancer dans les ganglions. Comment se développe ce cancer ganglionnaire ? Pour les uns, des éléments cancéreux s'engagent dans les vaisseaux lymphatiques, s'arrêtent dans le ganglion et s'y développent ; pour d'autres auteurs, les éléments lymphatiques du ganglion se transforment en cancer sous l'influence du passage des éléments morbides qui proviennent du foyer cancéreux. D'après Ranvier et Cornil, avant de devenir cancéreux, le ganglion subit la transformation fibreuse.

*Symptômes.* — Les ganglions cancéreux se présentent sous forme de petites tumeurs dures, indolentes, mobiles ; peu à peu elles perdent tous ces caractères ; ainsi, elles augmen-

1. Les tumeurs malignes des ganglions (carcinome, épithéliome, sarcome) sont donc, dans l'immense majorité des cas, consécutives à des tumeurs semblables placées dans leur territoire lymphatique ; on a cependant cité quelques cas de tumeurs ganglionnaires malignes primitives, mais ces tumeurs sont rares.

Ces tumeurs adhèrent aux téguments, se ramollissent et s'ulcèrent, ce qui les distingue des lymphadénomes ou lymphosarcomes qui ne s'enflamment pas et ne suppurent pas.

tent de volume ; elles contractent des adhérences entre elles et avec les téguments ; elles deviennent le siège de douleurs lancinantes, semblables à celles de la tumeur originelle, se ramollissent et s'ulcèrent. En même temps, la cachexie se manifeste avec tous ses signes habituels.

Le seul traitement convenable, c'est l'extirpation, qui ne doit être tentée que lorsque la maladie, peu avancée, permet une extirpation complète.

TRANSFORMATION AMYLOÏDE ET COLLOÏDE DES GANGLIONS. — La transformation amyloïde des ganglions se rencontre en même temps que celle du foie, de l'intestin, des reins, et elle se produit sous les mêmes influences. Le ganglion est hypertrophié et présente, sur une surface de section, de petits blocs transparents et brillants de substance amyloïde, que l'on reconnaît à la teinte acajou qu'elle prend lorsqu'on la traite par une solution iodée.

La transformation colloïde consiste dans un développement, au centre du ganglion, d'une substance gélatiniforme, transparente, assez semblable à celle que l'on a plusieurs fois observée dans le corps thyroïde. Cette altération, sans importance clinique, a été rencontrée chez des vieillards ; elle semble être en rapport avec un arrêt dans le fonctionnement de la glande.

Les CHONDROMES sont fort rares.

La syphilis détermine de nombreuses altérations ganglionnaires (Voy. *Syphilis*).

Les LYMPHADÉNOMES sont étudiés dans la *Pathologie générale*.

#### ADÉNO-LYMPHOCÈLE.

En 1866, Th. Anger appela l'attention sur une maladie des ganglions lymphatiques jusqu'alors peu connue ; elle consiste en une dilatation des vaisseaux lymphatiques et du système de canaux ou sinus qui entrent dans la composition des ganglions<sup>1</sup>.

L'adéno-lymphocèle a été surtout observée chez des jeunes gens ;

1. Plus récemment, Georgjevic a ajouté quelques cas nouveaux aux douze observations réunies par Anger dans son mémoire.



la cause intime en est inconnue. Elle a été presque constamment observée dans les *ganglions de l'aîne* ; cependant Virchow l'a vue sur les ganglions sous-maxillaires, Busch dans ceux du cou, etc.

La tumeur peut être double et symétrique, elle est bosselée et peut atteindre les dimensions du poing ; enfouie au milieu d'une grande quantité de graisse, elle est formée par une capsule conjonctive assez épaisse (c'est la coque ganglionnaire très distendue) ; le système caveux du ganglion est extrêmement dilaté, les corpuscules lymphatiques ont presque complètement disparu.

Les lymphatiques qui aboutissent à l'adéno-lymphocèle, ou qui en partent, sont fréquemment atteints d'ectasie ; ils présentent une hypertrophie de leur tunique, causée par une augmentation du nombre des fibres musculaires lisses. Trélat a relaté un cas dans lequel, jusqu'au diaphragme, tous les lymphatiques superficiels et profonds étaient dilatés.

**Symptômes.** — L'adéno-lymphocèle se présente sous l'aspect d'une *tumeur bosselée occupant le pli de l'aîne* ; cette tumeur est dépressible plutôt que réductible, elle donne la *sensation de cordons enroulés*, de noyaux épais, elle peut être nettement circonscrite, mais elle se continue souvent avec des *ectasies lymphatiques*.

L'adéno-lymphocèle n'est pas douloureuse, elle ne gêne que par sa situation et son volume ; sa marche est essentiellement chronique, mais on a vu quelques malades être emportés très rapidement par une *lymphangite phlegmoneuse diffuse*, complication redoutable qui peut survenir spontanément, et qui donne de la gravité au *prognostic* de l'adéno-lymphocèle.

Nélaton et Anger repoussent toute opération, cependant, dans un cas où la tumeur était bien limitée, Billroth l'a extirpée avec succès.

## CHAPITRE X

### MALADIES DES NERFS

**STRUCTURE DES NERFS.** — Un nerf est formé par la réunion d'un grand nombre de tubes semblables les uns aux autres (*tubes nerveux*). L'étude d'un nerf se borne à l'étude d'un seul de ces tubes.

**Tubes nerveux.** — Un tube nerveux est formé d'une partie essentielle, désignée sous le nom de *cylinder-axis*, entourée par deux enveloppes protectrices, emboîtées l'une dans l'autre ; la première de ces enveloppes porte le nom de *myéline*, la deuxième celui de *membrane de Schwann*.

1° Le *cylinder-axis* est la partie fondamentale du tube nerveux ; il possède seul la propriété de conduire les impressions nerveuses : c'est un cylindre homogène, vitreux, vaguement strié en long et de diamètre très variable.

2° La *myéline* entoure le cylindre-axe, c'est une substance oléagineuse, en grande partie formée de graisse. Tous les tubes nerveux ne possèdent pas de myéline, ceux qui en sont dépourvus portent le nom de *fibres de Remak*.

3° La *membrane de Schwann* est la seconde enveloppe protectrice du *cylinder-axis*, elle est anhiste, d'une extrême minceur et présente à distances régulières (de 0<sup>mm</sup> 8 à 1<sup>mm</sup> 3) *des étranglements en forme d'anneaux* qui divisent le tube nerveux en segments ; au centre de chacun de ces segments et sur la face profonde de la membrane de Schwann se trouve un *noyau*.

Les tubes nerveux dont la réunion constitue un nerf sont englobés dans une enveloppe conjonctive désignée sous le nom de *névrilème* ; ce névrilème envoie dans l'intérieur du nerf des cloisons qui divisent la masse des tubes nerveux en un certain nombre de faisceaux dont le diamètre varie de 1/2 à 2 millimètres.

Les vaisseaux sanguins, après avoir serpenté dans l'épaisseur du névrilème, se distribuent aux tubes nerveux.