

subite, par syncope, et l'on peut invoquer dans ce cas le mécanisme du réflexe bulbaire déterminé par la lésion du pneumogastrique (Baréty).

Quelle que soit la forme clinique de la tuberculose des ganglions, et même dans les formes devenues latentes et en apparence guéries, on peut toujours voir survenir, sous l'influence d'une maladie infectieuse ou sans cause apparente, une tuberculose aiguë granuleuse, généralisée si le sujet a un certain âge, et surtout méningée s'il s'agit d'un enfant.

Diagnostic. — Nous venons de décrire les principaux types cliniques de malades, en présence desquels peut se poser le double diagnostic : 1° *existe-t-il de l'adénopathie trachéo-bronchique?* 2° *cette adénopathie est-elle tuberculeuse?*

A la première de ces questions, la constatation chez un enfant de *signes physiques souvent bien caractérisés, et nettement localisés*, permet de répondre. L'existence dans l'espace interscapulaire, soit d'un seul côté, soit des deux, d'une matité ou d'une résistance au doigt à la percussion, limitée à la zone ganglionnaire, accompagnée d'un souffle expiratoire bronchique au même niveau, la matité de la zone du manubrium sternal, enfin l'affaiblissement unilatéral du murmure vésiculaire, avec conservation de la sonorité normale à la percussion, sont des signes précis de la présence de masses ganglionnaires hypertrophiées entourant la trachée et l'origine des grosses bronches. On peut y ajouter le *signe de Smith* que nous avons décrit plus haut. Ces signes n'ont toutefois pas une valeur absolue, ils ont besoin d'être contrôlés les uns par les autres, et vérifiés par des examens répétés; leur valeur diagnostique est subordonnée à leur persistance et à leur localisation. Les auteurs sont d'ailleurs loin d'être unanimes sur l'importance de chacun d'eux. Rilliet et Barthez insistent sur la fixité des symptômes de percussion surtout à la région interscapulaire, qu'ils opposent à la mobilité des signes stéthoscopiques, très infidèles dans le diagnostic de l'adénopathie. Les modifications respiratoires, à l'auscultation de la région interscapulaire, peuvent exister avec le même caractère de variabilité qu'elles présentent dans l'adénopathie, sans aucune lésion ganglionnaire chez des enfants très maigres, chez lesquels le retentissement des bruits laryngés peut être tantôt éclatant, soufflant, tantôt faible, entre les deux épaules. On peut ajouter que, souvent, chez les enfants atteints d'hypertrophie des amygdales, la respiration gênée et bruyante peut à l'auscultation retentir au même niveau. L'auscultation devra donc toujours être pratiquée en ayant présent à l'esprit les causes d'erreur, pouvant être dues aux bruits du nez, de la bouche et du pharynx. Widerhofer fait remarquer que la respiration est normalement plus forte, chez l'enfant, au niveau de la bronche droite, ce qui donne plus de valeur, pour le diagnostic d'adénopathie, à la respiration bronchique siégeant à gauche. En général, à l'étranger, on n'attribue pas aux signes physiques de l'adénopathie trachéo-bronchique la valeur que, depuis Guéneau de Mussy, les cliniciens français leur ont reconnue, et Widerhofer, Biedert, Henoch sont assez sceptiques à leur égard. Neumann reconnaît une valeur incontestable à la respiration bronchique.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'on retrouve à plusieurs examens répétés, chez

un enfant, un ou plusieurs des signes que nous avons décrits, nettement limités et fixes dans les zones ganglionnaires, on peut affirmer l'existence de ganglions hypertrophiés dans le médiastin, et attribuer à leur présence les troubles fonctionnels, toux coqueluchoïde, accès de dyspnée, modifications de la voix, etc., qui pourraient faire diagnostiquer la coqueluche, l'asthme, une laryngite, un polype du larynx (J. Simon). Le diagnostic pourra être contrôlé par *l'examen radioscopique et radiographique* (Bèclère, Bertherand).

La localisation de la matité à la région du manubrium, avec intégrité complète de l'espace interscapulaire, sera parfois d'une interprétation difficile, les tumeurs de la région antérieure du médiastin pouvant avoir leur point de départ dans le thymus, hypertrophie simple ou tumeur maligne de cet organe. Dans ces cas, les troubles fonctionnels par lésions nerveuses, toux, accès de dyspnée, troubles de la voix, qui appartiennent aux tumeurs du médiastin postérieur, seules en rapport intime avec les troncs et plexus nerveux, sont nuls, ou effacés devant les phénomènes de compression vasculaire et d'asphyxie avec tirage et cornage par compression.

L'existence d'une hypertrophie ganglionnaire du médiastin étant constatée, quelle est la nature de l'altération des ganglions? Nous ne ferons que rappeler qu'on peut observer les signes de l'adénopathie trachéo-bronchique comme un phénomène surajouté au cours de la leucémie ou de l'adénie, ainsi que dans la syphilis héréditaire. Nous répéterons aussi que lorsqu'on observe chez un enfant jeune un état cachectique qui ne s'explique ni par la syphilis, ni par des troubles gastro-intestinaux, ni par aucune autre cause évidente, on peut soupçonner la tuberculose sous sa forme diffuse, et que, dans ce cas, l'existence des signes physiques de l'hypertrophie des ganglions du médiastin permet d'affirmer la tuberculose.

Dans les formes graves à symptômes de compression bien accusés, à évolution progressive, quoique irrégulière dans sa marche, le diagnostic de ganglions tuberculeux et caséux s'impose. Il n'en est pas de même dans les formes légères, et le diagnostic entre l'hypertrophie ganglionnaire inflammatoire simple et la tuberculose des ganglions doit être discuté. Chez un enfant qui vient d'être atteint de rougeole ou de coqueluche, on voit persister la toux sous une forme plus ou moins quinteuse; on voit apparaître d'une façon intermittente des accès de dyspnée, des troubles de la voix, des poussées répétées de bronchite; l'examen du thorax fait constater les signes physiques d'une adénopathie trachéo-bronchique, et ces signes persistent, malgré l'amélioration des signes fonctionnels et l'état général satisfaisant; puis ils disparaissent à leur tour, soit définitivement, soit pour reparaitre sous l'influence d'un refroidissement, d'une bronchite. Cet enfant est-il un tuberculeux? Il existe des adénopathies bronchiques qui présentent cette évolution, et qui finissent par guérir complètement, sans que jamais plus tard aucun accident pathologique dans la vie du sujet vienne faire soupçonner la tuberculose chez lui. Cette évolution permet d'admettre des hypertrophies inflammatoires chroniques, non tuberculeuses, consécutives à la rougeole ou à la coqueluche, et ne laissant aucune trace. Mais il est un

nombre considérable d'enfants qui, après une évolution semblable et une guérison apparente, finissent par mourir de méningite tuberculeuse ou de tuberculose pulmonaire, parfois des années plus tard, ou bien chez lesquels, s'ils viennent à succomber à une affection aiguë, non tuberculeuse, on trouve à l'autopsie des ganglions caséux ou crétaqués. Les ganglions sont trop souvent un foyer latent de tuberculose, d'après les autopsies, pour que tout malade présentant des signes persistants d'adénopathie trachéo-bronchique ne puisse pas être considéré comme suspect de tuberculose. « Bien que j'aie vu mainte et mainte fois des signes d'adénopathie trachéo-bronchique indépendante de toute lésion tuberculeuse, consécutive, par exemple, à une pharyngite glanduleuse ou à une autre lésion du tégument respiratoire, quand ces signes persistent, dit Guéneau de Mussy, ils ont quelque chose de suspect et doivent éveiller la vigilante attention du médecin. » *Le diagnostic ne pourra donc se faire que par l'évolution à très longue échéance.* Il pourra être aidé dans une large mesure par l'examen complet des antécédents personnels et héréditaires du malade, par la recherche des manifestations discrètes de la tuberculose au niveau des os, des articulations, de la peau, mais surtout par la constatation de lésions ganglionnaires sus-claviculaires ou axillaires qui accompagnent souvent la tuberculose thoracique (Fernet, Allard).

Pronostic. — Le pronostic de l'adénopathie trachéo-bronchique en général est subordonné à sa cause et à la gravité des lésions. A ce double point de vue, la tuberculose des ganglions bronchiques est d'un pronostic sévère, par la nature de l'infection générale dont elle est une des localisations, par le volume considérable que peuvent atteindre les masses ganglionnaires caséuses et par les altérations profondes qu'elles déterminent dans les organes du médiastin. Cependant, si pour la tuberculose le pronostic est beaucoup plus grave que pour les adénopathies simples aiguës ou chroniques, il n'est pas absolument fatal, comme pour le lymphadénome et l'adénie. *A son double titre de tuberculose ganglionnaire et de tuberculose à forme lente et torpide (scrofulo-tuberculose), l'adénopathie trachéo-bronchique doit être considérée comme appartenant aux formes de la tuberculose qui peuvent guérir, lorsqu'elles sont traitées par une hygiène appropriée.* Toutefois, cette guérison est rarement assez complète pour que le danger d'une généralisation rapide pulmonaire ou méningée disparaisse entièrement. Il s'agit rarement de guérison, à proprement parler, mais de trêves dans l'évolution de la tuberculose, de passage à l'état latent des lésions ganglionnaires; la disparition des troubles fonctionnels est liée à la disparition de la péri-adénite qui, dans les adénopathies tuberculeuses, joue un grand rôle comme dans les adénopathies simples, et à la diminution de volume des ganglions, qui subissent la transformation fibreuse et crétaquée, sans pour cela perdre toute virulence. Suivant la remarque de Widerhofer, combien sont rares les cas de ganglions crétaqués qu'on retrouve dans les cadavres d'adultes, par rapport à la grande fréquence des ganglions caséux trouvés à l'autopsie des enfants morts de maladies quelconques; c'est donc que bien peu ont dépassé l'âge de la puberté. Le pronostic est

encore aggravé par la possibilité des accidents multiples, rapidement mortels, d'ulcération des bronches, des vaisseaux, de la plèvre, du péricarde, et par l'évolution parallèle d'une lésion tuberculeuse pulmonaire, antérieure, contemporaine ou consécutive à la tuberculose ganglionnaire; enfin, par les infections secondaires auxquelles le poumon est exposé.

Traitement. — La thérapeutique, dans l'adénopathie trachéo-bronchique, se propose une triple action, prophylactique, curative, enfin palliative dans un grand nombre de cas où les troubles fonctionnels violents sont pénibles pour le malade et demandent à être soulagés immédiatement.

La prophylaxie de l'affection consiste à éviter le passage à l'état chronique des adénopathies accompagnant les inflammations broncho-pulmonaires aiguës, en traitant ces bronchites, ces broncho-pneumonies de façon qu'elles ne se prolongent pas. Il en est surtout ainsi des catarrhes bronchiques de la rougeole et de la coqueluche, et, dans la convalescence de ces deux maladies, l'appareil respiratoire demande à être surveillé attentivement, toutes les mesures hygiéniques doivent être prises pour éviter à l'enfant la contagion tuberculeuse, et mettre son organisme, affaibli par la maladie, en état de résister à l'infection bacillaire. C'est en assurant au malade l'isolement individuel à l'hôpital, en le soustrayant le plus tôt possible à l'encombrement hospitalier ou au milieu confiné et malsain qu'est le plus souvent l'intérieur familial dans la population qui alimente les hôpitaux, en l'envoyant, par conséquent, dans un asile de convalescence à la campagne, qu'on réalisera ces conditions hygiéniques. Dans la clientèle de la ville, on recommandera le changement d'air, un séjour dans des climats marins du Midi, Méditerranée ou golfe de Gascogne. On veillera à l'alimentation de l'enfant dans de bonnes conditions, en assurant la pureté et la stérilisation du lait qui aura la première place dans la suralimentation. On y joindra les toniques médicamenteux. Ces mesures hygiéniques seront particulièrement importantes si les antécédents héréditaires ou personnels de l'enfant font craindre pour lui l'éclosion plus facile d'une tuberculose.

C'est encore en agissant sur l'état général de l'enfant qu'on obtiendra des résultats curatifs dans les cas d'adénopathie trachéo-bronchique, confirmée par les troubles fonctionnels et les signes physiques, et cette thérapeutique sera la même, qu'il s'agisse d'adénopathie simple ou tuberculeuse, toute adénopathie qui se prolonge et qui s'accompagne de trouble de la santé générale devant être soupçonnée de nature tuberculeuse. C'est donc le traitement général de la tuberculose chez l'enfant qu'on appliquera en pareil cas, séjour au bord de la mer, dans les hôpitaux marins, suralimentation, quand elle est possible, vie au grand air et au soleil. (Voir le chapitre : *Traitement*, dans l'article *Tuberculose pulmonaire* de ce traité.)

Un certain nombre de moyens curatifs donnent des résultats particulièrement favorables dans les affections ganglionnaires, quelle que soit leur nature, probablement en agissant sur les phénomènes inflammatoires périganglionnaires subaigus qui accompagnent les lésions chroniques des ganglions, et en amenant ainsi la disparition des troubles fonctionnels. Tels sont la révulsion, l'usage des préparations iodées et iodurées. L'huile de foie

de morue. Il faut y joindre certaines cures d'eaux. La révulsion sera pratiquée entre les deux épaules ou au niveau du sternum, à l'aide de badigeonnages de teinture d'iode, d'applications de coton iodé, de crayon Limousin à l'huile de croton (J. Simon), de frictions au savon noir (Biedert), à l'essence de térébenthine, à la pommade iodo-iodurée. L'essentiel est d'agir d'une façon permanente et non douloureuse (J. Simon).

L'huile de foie de morue doit être donnée à doses croissantes, en commençant par 4 cuillerée à café pour arriver progressivement à 6 ou 8 cuillerées à soupe par jour. Le secret du succès est dans cette façon de procéder, commencer par une très petite dose pour arriver à des doses très élevées, de façon à obtenir la tolérance du médicament (Grancher).

On y joindra les préparations iodurées, iodure de sodium, iodure de potassium, sirop iodo-tannique, sirop d'iodure de fer ou la teinture d'iode. Guéneau de Mussy employait de préférence cette dernière à la dose de 10 à 20 gouttes par jour dans de l'eau rougie ou du vin sucré. On emploiera aussi les solutions arsenicales. A cette médication, continuée longtemps, mais interrompue de temps en temps par un repos, ou alternée quant au choix du médicament employé, on ajoutera utilement une saison à la Bourboule, à Challes (G. de Mussy), au Mont-Dore (J. Simon), aux Eaux-Bonnes s'il existe une affection catarrhale interne (G. de Mussy).

Le traitement *palliatif* s'adresse à la toux, aux accès de dyspnée et d'asthme, aux crises de suffocation. L'emploi des préparations narcotiques et antispasmodiques est ici indiqué¹. L'extrait de ciguë, l'extrait de laitue vireuse (Ley, Rilliet et Barthez), l'eau de laurier-cerise, la belladone en teinture associée à partie égale d'alcoolature de racines d'aconit (J. Simon), le bromure de potassium, le bromoforme, etc., pourront être employés souvent avec succès et procureront quelque repos au malade. Certains accidents provoquent parfois une intervention spéciale. Tels sont les accès de suffocation pour lesquels la trachéotomie a été pratiquée, le plus souvent par suite d'une erreur de diagnostic. Elle ne pourrait être suivie d'une amélioration que si les phénomènes d'asphyxie étaient sous la dépendance d'une paralysie ou d'un spasme laryngés seuls, sans compression étendue de la trachée, ce qui est rare. Elle peut cependant sauver la vie du malade lorsque l'accès de suffocation est dû à l'ulcération de la trachée par des ganglions caséux, et à la pénétration dans les voies aériennes de leurs fragments plus ou moins volumineux. Tel a été le cas de Pétersen, qui pratiqua la trachéotomie chez une fillette de 6 ans 1/2, prise d'étouffement brusque au cours d'une phthisie bronchique. L'enfant expulsa par la plaie trachéale des débris de ganglions caséux et guérit; sa guérison était vérifiée 15 mois après.

⁽¹⁾ Deut. med. Wochenschrift, 1885.

XII

POLYADÉNOPATHIE

PAR LE D^r F. POTIER

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Les réactions ganglionnaires se manifestent chez les enfants avec la plus vive intensité. Le ganglion lymphatique joue, dans la résistance aux maladies infectieuses ou toxiques de l'enfance, un rôle tellement important qu'il nous a semblé qu'un chapitre spécial devait être consacré à l'adénopathie infantile, envisagée en général, à côté de la micro-polyadénie périphérique qui n'est qu'une modalité spéciale de la réaction ganglionnaire. L'adénopathie est habituellement limitée au groupe ganglionnaire correspondant à l'organe primitivement lésé. Dans un certain nombre de cas elle se généralise, atteignant les ganglions centraux et les ganglions périphériques, justifiant alors la dénomination de polyadénopathie. Elle peut être aiguë ou chronique, suivant l'évolution de la maladie causale. Nous décrirons d'abord la forme aiguë, ensuite la forme chronique dans laquelle rentre la micropolyadénie.

FORME AIGUË

Étiologie. Pathogénie. — La polyadénopathie aiguë se rencontre dans la plupart des maladies infectieuses de l'enfance. Elle se rencontre surtout dans les infections où prédominent les manifestations sur les muqueuses ou sur la peau. La diphtérie, l'érysipèle, la scarlatine, la rougeole, la rubéole, la fièvre typhoïde déterminent la polyadénopathie. La peste, dans sa forme bubonique, en réalise un type important. La fièvre ganglionnaire la produit comme manifestation principale.

Le mécanisme des réactions ganglionnaires a pu être analysé dans plusieurs de ces infections, dont les agents microbiens, ou les toxines sécrétées par ces agents, pénètrent rapidement le ganglion.

Les particularités de structure du ganglion lymphatique de l'enfant favorisent l'action de résistance de cet organe devant les agents infectieux.

Chez l'enfant, le ganglion est en pleine période d'activité. Son rôle physiologique paraît surtout se manifester par la formation intensive des lymphocytes et des mononucléaires, qui toujours dérivent du tissu lymphoïde. En vue de cette destination spéciale, les centres germinatifs folliculaires sont très développés dans le ganglion infantile. La moindre irritation accentue les propriétés formatives de ces centres; aussi les agents infectieux et les toxines, apportés à leur contact par les vaisseaux lymphatiques afférents ou par les vaisseaux sanguins, déterminent par leur seule présence une abondante prolifération leucocytaire. Les recherches de Marcel Labbé (*Presse médicale*, 1899 : Étude des ganglions lymphatiques dans les infections aiguës); les