

bules de pus, va jusqu'au phlegmon diffus en passant par l'infiltration purulente des canaux, la périlymphite avec abcès multipliés ou grosses collections purulentes, enfin phlegmon par diffusion et phlegmon diffus. Nous avons quelques droits de nous demander si à ces divers degrés ne correspondent pas simplement des inoculations plus ou moins graves.

Les détails qui précèdent nous dispensent d'entrer dans de longs commentaires pour expliquer l'étiologie de la lymphangite. Les plaies des extrémités, superficielles et peu profondes, sont de toutes celles qui peuvent le plus facilement la produire.

Et sans considérer les cas très douteux où le réseau lymphatique s'enflamme spontanément, nous admettons, à l'exemple de la plupart des auteurs, que la plaie cutanée est une cause nécessaire. Nous admettons encore que l'inoculation des principes septiques peut se faire à travers la peau dépouillée de son revêtement corné, sans érailler le derme comme il semble que cela ait lieu quelquefois chez les anatomistes. Le contact répété ou prolongé des virus cadavériques suffirait pour amener des accidents locaux et généraux infectieux.

D'autre part, il serait faux de considérer les lymphangites comme soumises à des causes fixes toujours capables de produire des effets certains quand elles agissent dans le réseau lymphatique. Il y a dans cette affection des influences générales, des questions de terrain qui s'imposent à chaque instant. Tel sujet résistera sans peine à l'action la plus nuisible ou ne sera que très légèrement frappé, tandis que tel autre, en raison d'une tare qui diminue sa résistance organique, subira dans les mêmes circonstances les plus graves atteintes. Le surmenage, comme nous le voyons chez certains étudiants à la veille des épreuves qui décident de leur avenir, les maladies générales comme le diabète, l'albuminurie, établissent les plus fâcheuses conditions pour résister à une inoculation septique.

Et, pour ne plus employer cette expression d'inoculation septique qui paraît toujours marquer une cause précise dans l'étiologie de la lymphangite, nous dirons aussi que les simples irritations mécaniques portées sur les extrémités, bien qu'elles s'accompagnent aussi d'inoculation légère, grâce à la malpropreté, au défaut de soins de certains sujets, nous dirons que ces irritations engendrent d'autant mieux des accidents sur les rameaux lymphatiques que les blessés y sont mieux préparés par des privations ou une extrême fatigue. Tels les soldats en marche dont les pieds ont des écorchures ou les voyageurs qui font de longues étapes et se nourrissent peu.

La symptomatologie de cette affection est de toute nécessité proportionnée à l'intensité des causes. L'état général du malade est en rapport avec celui des phénomènes locaux. Il existe entre une lymphangite légère et un cas accentué autant de différence qu'entre une inflammation circonscrite du tissu cellulaire sans fièvre et un phlegmon diffus capable d'entraîner la mort.

Entre les deux formes, il y a toute la distance d'un état général à la réaction fébrile la plus vive et les phénomènes nerveux les plus intenses se présentent. De l'une à l'autre existent des degrés qu'il est inutile de décrire, mais que l'expérience indique encore mieux que ne le ferait une description.

Voyons donc les signes de la lymphangite telle qu'elle se voit au lit du malade avec ses deux types : réticulaire et tronculaire.

L'inflammation du réseau et celle des gros troncs est bien souvent confondue sur le même sujet, mais on les voit également séparées, et il paraît toujours que la lymphangite réticulaire simple offre moins de gravité.

Rougeur de la peau qui prend un aspect luisant avec léger empâtement du tissu conjonctif. Rougeur tirant plutôt sur le rose et ne ressemblant pas à la teinte sombre du phlegmon diffus. Cette couleur va bientôt s'effaçant vers la racine du membre et peu à peu laisse à la peau sa coloration normale en même temps que l'œdème léger déjà signalé disparaît. Presque toujours les ganglions voisins subissent le contre-coup de cet état inflammatoire.

Le doigt qui passe sur la partie enflammée y provoque une douleur assez vive et son empreinte y persiste un certain temps. Outre la douleur provoquée, les malades ressentent encore une gêne permanente, une sensation de brûlure accompagnée de quelques élancements qu'augmente toujours la position déclive.

Dès le début, avant même que la rougeur apparaisse, il y a souvent quelques frissons, de la fièvre, un état gastrique variable, et quand les signes locaux surgissent, l'état fébrile continue pour cesser à mesure que tout rentre dans l'ordre. Une lymphangite simple peut aussi se produire sans la moindre réaction générale et parcourir ses différents états sans préjudice pour la santé du sujet.

Telle est la forme la plus simple ; indiquons les variations qu'elle subit : la rougeur peut n'être pas uniforme et se présenter alors sous l'aspect de plaques ondulées, dont plusieurs se réunissent bientôt et dont les plus excentriques se trouvent étagées de proche en proche dans la direction des gros troncs lymphatiques. Ailleurs, du centre de la zone enflammée partent des traînées rosées, rouges, qui suivent exactement la direction des lymphatiques de la région et aboutissent au groupe ganglionnaire le plus voisin. Ces traînées s'accompagnent d'une zone d'œdème, sont douloureuses et saillantes sous la peau. Autour d'elles l'empâtement du tissu conjonctif peut dans quelques circonstances revêtir tous les caractères du phlegmon circonscrit : longue induration, fluctuation et un abcès est formé, donnant issue à une quantité de pus plus ou moins notable.

On ne saurait trop comparer dans ses caractères immédiats primitifs cette lymphangite réticulaire à celle qui accompagne les rapides pro-

pagations des accidents phlegmoneux. A part les frissons intenses du début, la fièvre et un haut degré de température, à part l'extension rapide de la rougeur et du gonflement qui gagnent bientôt tout le membre après être restés localisés, existent la même trainée rouge, la même douleur et le même gonflement. Il y a certes, dans ce rapprochement, tout ce qu'il faut pour établir entre ces deux affections un lien qui certainement les unit.

Nous ne croyons pas devoir faire des lymphangites réticulaires et tronculaires deux variétés absolument distinctes. C'est la même maladie et souvent les deux sont confondues. On a décrit une autre variété dite *oscillante*, parce qu'elle se manifeste d'une manière intermittente, offrant en peu de temps des alternatives d'apaisement et de réapparition de la rougeur, des trainées rouges et de la fièvre. Ce serait surtout la lymphangite des anatomistes.

Ceci nous conduit naturellement à parler de la forme très grave que nous avons tenu dans tout le cours de la description à rapprocher du phlegmon diffus. Elle peut en effet lui donner naissance, et pour les auteurs qui veulent encore conserver une délimitation nette entre les deux affections, il est de bonne clinique de considérer que la lymphangite grave peut donner naissance à un phlegmon diffus. Ajoutons avec eux que la lymphangite simple, c'est-à-dire simple dans sa cause, peut arriver au même résultat si le terrain général est mauvais.

Frisson unique mais de longue durée, ou frissons de courte durée mais violents et répétés, suivis de chaleur vive, de sueurs profuses : tel est le début ordinaire. Déjà avant ces frissons, mais sûrement après eux, douleur de tête, vertiges, nausées, insomnies, rêvasseries ou hallucinations, soif, douleurs contusives : tous ces signes marquent les débuts de cette maladie grave.

Bientôt sur le point inoculé une douleur apparaît, rapidement intolérable; les ganglions se tuméfient et un large réseau rouge ne s'est pas encore montré, que déjà de nombreuses trainées se dessinent sous la peau jusqu'au groupe ganglionnaire, comme si la matière septique avait rapidement envahi les voies lymphatiques. Du reste, n'est-il pas certain que tous ces troubles généraux sont un avertissement de l'irruption foudroyante du virus dans l'économie tout entière? Il a fallu douze heures, vingt-quatre tout au plus pour qu'ils se produisent, c'est tout ce qu'il faut pour que la lympe ait eu le temps de transporter les germes jusque dans le torrent circulatoire, où ils se multiplient à l'infini.

En peu de temps la lymphangite disparaît sous les signes du phlegmon diffus qui gagne la surface du membre et sa profondeur : la peau se recouvre de phlyctènes remplies de sérosité brunâtre, le tissu cellulaire infiltre sa masse, s'abcède et se sphacèle en masse. Dans d'autres circonstances, tandis que l'inflammation reste modérée autour de la plaie, de la piqûre d'inoculation, les phénomènes graves se concen-

trent autour de la zone ganglionnaire la plus voisine, dans l'aisselle par exemple, et de là par une diffusion rapide s'étendent aux nappes cellulaires.

Inutile d'insister sur la marche ultérieure de cette grave affection, qui trouve sa place dans la description des maladies virulentes et de la septicémie. Nous devons simplement faire savoir par une vue d'ensemble comment, parties d'un principe toujours le même, la plaie septique, les inflammations lymphatiques suivent bientôt une voie d'autant plus grave et plus prompte qu'elles ont trouvé dans la plaie des germes de plus mauvaise nature.

On comprend maintenant quel doit être le pronostic, combien il varie suivant les causes et suivant le terrain depuis longtemps préparé. La mort est trop souvent la conséquence de lymphangites provoquées par des piqûres anatomiques; la guérison rapide obéit au moindre traitement quand le mal est resté limité.

L'observation clinique nous fait voir tous les jours dans la lymphangite des caractères assez nets pour qu'il soit facile de la distinguer des érythèmes, de l'œdème, des simples abcès du tissu conjonctif et même de l'érysipèle. Cependant cette dernière affection présente assez de traits communs avec elle pour qu'il soit souvent nécessaire de prêter toute son attention pour ne pas les confondre. L'érysipèle procède plus franchement par un frisson et apparaît bientôt sur des points reconnus lieux d'élection, comme la face, où la lymphangite ne se produit presque jamais. L'érysipèle est caractérisé par des bords élevés et tranchés sur les tissus sains qui contrastent simplement avec les bords irréguliers et diffus de l'angioleucite. Au surplus nous croyons qu'il est des cas où la distinction serait difficile, tant quelquefois les deux affections paraissent se confondre. Mais alors la logique n'y perd pas ses droits et l'attention du clinicien à éviter une erreur fait qu'il suit pour choisir un traitement rationnel les moyens qui le conduisent quand même au but qui est la guérison.

Plus facile encore est le diagnostic différentiel de la phlébite et de la lymphangite toujours éclairé par une marche plus lente de la phlébite, par des connaissances anatomiques exactes et par des antécédents sur lesquels nous ne croyons pas nécessaire d'insister ici.

Quant au phlegmon diffus, nous avons déjà signalé sa marche et ses principaux symptômes. Disons que s'il naît d'emblée avec ce caractère de rapide propagation, il semble souvent être un degré plus accentué de la maladie qui nous occupe, qu'il soit superficiel ou profond, et que depuis longtemps quelques chirurgiens, comme en particulier Gosselin, ont fait justice cependant de l'erreur où étaient tombés certains auteurs qui, dans leur désir de voir partout l'influence du système lymphatique, voulaient que les synovites graves ne fussent que des lymphangites.

Traitement. — Nous ne signalerons du traitement que les points

précis où le chirurgien doit toujours obéir aux mêmes lois, aux mêmes nécessités.

L'antisepsie dans le pansement des plaies et la position à donner au membre, pour faciliter la circulation de retour, sont des préceptes de rigueur. Les émoullients et les préparations internes pour calmer la douleur sont de bons moyens qu'on devra toujours associer aux toniques destinés à soutenir les forces dans une maladie qui procède souvent d'une dénutrition. On a quelquefois employé avec succès les émissions sanguines sur les ganglions enflammés, placés au delà de la région primitivement envahie, ou encore des vésicatoires sur les mêmes points. Signalons cette pratique sans lui donner une valeur que l'expérience n'a pas assez confirmée et arrivons en terminant à formuler nettement l'obligation pour tout praticien de porter sans hésitation le bistouri sur une zone lymphangite, sur des traînées tronculaires qui rappellent de trop près le phlegmon diffus; incisions larges et multipliées, pansement et lavages antiseptiques, bains locaux antiseptiques, antiseptiques à l'intérieur sous forme d'injections sous-cutanées d'acide phénique souvent répétées tant que l'état des urines ne vient pas commander d'encesser l'emploi : telle est la pratique aujourd'hui recommandée.

Et maintenant quand une lymphangite a pris, comme cela arrive quelquefois sur des natures débilitées, chez des hommes âgés ou usés, une tournure chronique; que la suppuration s'est lentement établie, quand des poussées lentes accompagnées de fièvre hectique ont toujours une tendance à se produire, alors nous n'hésiterons pas, comme L. Labbé l'a souvent fait avec succès, à porter hardiment le fer rouge partout où des clapiers existent et où les réseaux ou les troncs lymphatiques ont été envahis ou menacent de se laisser envahir par la suppuration.

B. — Adénite.

L'adénite ou *lymphadénite* a une évolution étroitement liée à celle de la lymphangite, mais tandis qu'on n'observe guère d'inflammation des rameaux lymphatiques sans que les ganglions présentent un degré notable de tuméfaction douloureuse, il arrive assez souvent que l'adénite reste indépendante de la lymphangite.

Cette étroite solidarité entre les deux affections s'explique par une communauté d'origine longuement expliquée dans le précédent paragraphe. L'inflammation primitive, essentielle dirons-nous, est ici fort rare et les auteurs admettent que presque toujours elle est due à l'introduction d'un principe septique dans les voies lymphatiques ou à une irritation répétée qui après avoir agi sur les radicules se propage de proche en proche jusqu'aux ganglions.

Il peut donc arriver que l'agent irritant septique introduit dans les lymphatiques les traverse sans les altérer beaucoup et s'arrête dans

les ganglions pour y déterminer un processus irritatif, inflammatoire. C'est ce que l'on voit dans certains adéno-phlegmons, dans les adénites chancreuses comme aussi dans nombre d'adénites simples qui suppurent sans que jamais le membre ou la région correspondante aient présenté la moindre plaque, la moindre traînée de lymphangite. L'élément septique est venu alors aux ganglions par sa généralisation complète ou partielle dans l'économie.

Essentiellement soumise dans sa marche à l'intensité ou à la nature du principe qui l'a déterminée, l'inflammation des ganglions aura naturellement deux formes : elle sera aiguë ou chronique et, comme la lymphangite, elle revêtira toujours des caractères plus accentués selon la nature du terrain sur lequel elle se sera développée.

Ajoutons enfin que deux grandes variétés d'adénites doivent être reconnues : les unes externes appartenant au domaine de la chirurgie et justiciables d'opérations ou d'actions externes, les autres internes provoquées sur les groupes glandulaires profonds par les maladies aiguës ou chroniques des viscères ou des os : ces dernières reviennent à la pathologie interne.

Il est essentiel, au point de vue clinique, de s'inspirer, pour bien apprécier la nature d'une adénite, des connaissances anatomiques exactes touchant la répartition des courants lymphatiques : à tel groupe correspond telle région.

Examinons maintenant quelles lésions subit un ganglion enflammé, pour nous rendre compte de la marche spéciale que suit une adénite et des signes spéciaux qu'elle peut quelquefois revêtir.

Les ganglions lymphatiques sont superficiels ou profonds, les uns sous-cutanés, les autres sous-aponévrotiques. Entre ces deux variétés il y a quelques différences non pas de structure intime, mais de rapport avec les parties voisines, qu'il est important de connaître.

Les ganglions sous-cutanés sont enveloppés de tissu conjonctif, formé par une couche moins lâche, moins diffuse que les ganglions profonds. Leur proximité de la peau fait qu'ils déterminent rapidement vers elle une altération inflammatoire quand ils sont malades et que rarement ils provoquent une réaction aussi vive et aussi étendue que ceux plus profondément placés. Ces derniers en effet : ganglions axillaires, poplités, sous-maxillaires, sont bridés par des aponévroses et cependant ils glissent dans une couche celluleuse très lâche. Enflammés ils sont souvent un centre duquel l'inflammation se diffusera dans les parties voisines sans trouver une issue immédiate vers les téguments : c'est le cas de l'adéno-phlegmon dont le type s'éloigne par son intensité de la simple adénite.

Enfin certains ganglions profonds occupent des régions où la proximité de vaisseaux, de membranes, d'organes importants constitue des dangers sérieux et détermine assez souvent des difficultés pour le dia-

gnostic. On sait ce qu'est à ce point de vue l'adénite profonde du pli de l'aîne réagissant sur le voisinage du péritoine, sur l'économie tout entière, l'adénite axillaire proche de la cavité pleurale, l'adénite cervicale comprimant quelquefois les voies respiratoires, ulcérant les vaisseaux. En juillet dernier nous avons été témoins d'une mort subite chez un enfant de six mois atteint d'adénite cervicale dont l'abcès s'ouvrit subitement dans la jugulaire externe. Ce fait est loin d'être isolé.

Le ganglion enflammé passe par trois états différents, congestion, hépatisation ou induration, ramollissement ou résolution qui répondent à trois périodes cliniques bien distinctes.

Congestionné il s'offre déjà plus volumineux, rouge, entouré d'une zone œdémateuse assez friable et parsemée de points ecchymotiques.

Au second degré, c'est-à-dire frappé d'induration, existent les mêmes altérations, mais il y a un épanouissement marqué du parenchyme et des sinus qui le forment avec multiplication de cellules épithéliales dans ces canaux. Sur divers points des leucocytes groupés montrent une tendance prochaine à la suppuration. Les groupes augmentent en effet de volume, se réunissent et constituent déjà de petits abcès.

Au troisième degré la suppuration envahit toute l'épaisseur du ganglion qui, réduit à l'état de coque contenant du pus, réunit les conditions d'un abcès ordinaire. La perforation a lieu et le pus s'écoule à travers la peau le plus ordinairement.

L'énoncé rapide de ces lésions offertes par l'anatomie pathologique suffirait presque à lui seul pour éclairer sur les symptômes.

L'adénite simple se présente le plus ordinairement sans caractère fébrile très marqué. Une légère douleur est rencontrée, on trouve bientôt une petite tumeur dure, roulant sous le doigt, douloureuse à la pression. Le volume augmente en peu de temps et la mobilité diminue.

Peu à peu la tumeur fait saillie sous la peau qui rougit légèrement et devient adhérente. La dureté de la petite glande a disparu pour faire place à une sensation de mollesse ou de fluctuation.

Dès lors la première période est établie et la peau usée par les progrès de la suppuration s'ouvre pour lui donner passage. Mais il arrive bien souvent que le ramollissement, après avoir envahi toute l'épaisseur du ganglion et détruit ses parois, s'étend au tissu cellulaire voisin qui déjà se trouvait dur et empâté et qu'un abcès sous-cutané se développe en prenant des proportions assez considérables.

Cette marche simple, cette inflammation limitée ne ressemble que par ses traits principaux à la variété d'adénite que nous avons signalée dans l'anatomie pathologique et qu'on désigne sous le nom d'adéno-phlegmon.

L'adéno-phlegmon revêt un aspect bien plus grave, outre les troubles fonctionnels qu'il amène par sa situation dans des régions complexes.

Il y a de la fièvre, des frissons avant même l'apparition du gonflement, qui font présager une affection inflammatoire sérieuse. L'adénite apparaît, mais si du gonflement, une douleur vive se produisait dans une région précise où de nombreux ganglions sont situés, on ne retrouverait pas dans ce cas cette tumeur roulant sous la peau, isolable, qui fait le premier caractère de l'adénite. C'est une induration dans laquelle le tissu conjonctif envahi d'emblée révèle que la suppuration n'est pas loin. La peau soulevée par la masse est presque aussitôt rouge, tendue, luisante; l'aisselle, le plancher de la bouche, terrains ordinaires de ce genre de lésions, sont tendus et douloureux, mouvements des bras, mastication se trouvent gênés ou impossibles.

Après trois ou quatre jours, la fluctuation apparaît, mais il n'est pas nécessaire à notre avis de constater ces signes de certitude pour affirmer qu'elle existe. Quand la peau rouge sombre repose sur une base solide qui lui adhère dans une grande étendue et qu'elle conserve bien l'empreinte du doigt si l'on vient à presser sur elle, il est à peu près certain que le pus est collecté ou tellement infiltré qu'il ne tardera pas à former une loge justiciable d'une incision.

Tels sont les signes de l'adénite. Les détails que nous avons déjà donnés sur ses variétés nous dispenseront de revenir sur sa description dans telle ou telle région. Cependant, pour ne laisser aucun doute dans l'esprit et établir l'existence de cas qui semblent être une transition entre la clinique interne et la chirurgie, disons que certains phlegmons iliaques, certains phlegmons du ligament large, des abcès rétro-pharyngiens ne sont, ne doivent être que des adénites suppurées ou des adéno-phlegmons consécutifs à des métrites ou encore des lésions du tube digestif consécutives à des angines.

Ajoutons enfin qu'il est nécessaire, tout en tenant compte de l'anatomie clinique, de se tenir en garde contre les surprises que ménagent quelquefois des ganglions isolés dans des régions où normalement il n'en existe pas. Nous avons chez un sujet de l'amphithéâtre de Clamart constaté neuf ganglions disséminés sur le trajet de l'humérale.

L'adénite aiguë abandonnée à elle-même va droit à la suppuration : elle peut cependant se terminer par résolution, surtout chez les jeunes sujets. Le pus déjà formé peut se résorber et disparaître et il ne reste plus qu'une induration qui persiste longtemps. La première période de congestion est ainsi quelquefois brusquement terminée, mais on ne peut considérer l'adénite comme entièrement développée quand il n'existe que l'état congestif.

La suppuration est le cas ordinaire : les foyers tardivement ouverts se vident mal, suppurent indéfiniment et se couvrent de fongosités difficiles à détruire.

L'adéno-phlegmon, rapide dans son évolution, produit de larges nappes de pus qui peuvent au loin décoller la peau et qu'on ne peut laisser

prendre de grandes proportions sans compromettre en certaines circonstances la vie des sujets : témoins les adéno-phlegmons du cou ou de la région du plancher de la bouche.

Le diagnostic de l'adénite et de l'adéno-phlegmon ne sauraient être difficile : les signes sont nets, l'étiologie résidant dans une altération de voisinage en communication lymphatique avec la tumeur inflammatoire est facilement retrouvée. Toutefois certains états inflammatoires tels par exemple que l'hygroma rétro-maxillaire de l'angle de la mâchoire inférieure, une parotidite, une hernie enflammée ou étranglée réclament de la part du clinicien une grande attention, car il ne doit pas les confondre avec des adénites de voisinage. Au surplus l'erreur est ici excusable et jamais elle n'est funeste au patient puisque dans tous les cas le traitement par l'incision est encore la seule conduite à tenir dans tous les cas.

Traitement. — Nous serons brefs sur le chapitre du traitement de l'adénite aiguë, puisque, indiquant les particularités de la marche et du diagnostic, nous avons fait pressentir que le devoir du chirurgien était de se préparer toujours à une intervention active. Sans perdre de vue la résolution possible, il doit, quand il ne l'espère plus, et qu'il a épuisé pour elle les moyens usités, inciser de bonne heure.

Pour notre part, nous avons toujours obtenu d'excellents résultats de l'incision assez prompte suivie d'injections phéniquées fortes dans le foyer purulent. Par elles on évite une extension du mal et surtout une suppuration indéfinie. Injecter après l'incision une quantité d'eau phéniquée telle qu'elle revienne enfin limpide et n'amène plus de pus, est assurément la meilleure pratique.

Ceci est surtout vrai pour l'adéno-phlegmon.

Il resterait certainement beaucoup de chose à dire sur la manière d'opérer certains abcès d'adénite dans des régions dangereuses, au cou par exemple, mais les règles à tracer regardent surtout la médecine opératoire et nous ne croyons pas devoir insister sur elles. Il nous suffit de rappeler qu'elles existent et qu'on doit s'y conformer d'une façon rigoureuse.

C. — Adénite chronique.

L'adénite chronique est une affection très commune, mais dont les variétés ne sont peut-être pas aussi multipliées que les auteurs le prétendent. On éprouve en effet une certaine peine, quand on lit leurs descriptions, pour bien reconnaître la place qui vraiment appartient aux deux groupes classiques : adénite chronique, scrofulo-tuberculeuse.

Il nous semble qu'il y aurait grand intérêt à réunir dans une même description ces deux formes en faisant remarquer par quelles liaisons ces deux groupes s'unissent entre eux, car nous n'établissons pas la

moindre distinction entre l'adénite tuberculeuse et l'adénite scrofuluse : elles sont identiques.

Tout sujet lymphatique prédisposé par ses antécédents, sa constitution à la tuberculose ou à la scrofule, ce qui est la même chose, a facilement des engorgements ganglionnaires parce que chez lui le système lymphatique trop développé se prête mieux aux retentissements qui, d'une lésion déterminée, se propagent vers les ganglions. Aussi l'adénite qui se trouve souvent provoquée, toujours entretenue par ces petites lésions qu'on voit si souvent sur la peau, sur les muqueuses de ces sujets, constitue-t-elle dans sa forme chronique un terrain tout préparé pour la tuberculose. Le tubercule choisit le point de moindre résistance et il évolue souvent dans le système ganglionnaire.

Il nous paraît que l'adénite chronique et l'adénite tuberculeuse peuvent et doivent être souvent la suite l'une de l'autre et qu'entre elles deux l'adénite scrofuluse disparaît, attendu qu'elle n'est ou bien que de la tuberculose, ou bien de l'adénite chronique chez un sujet voué d'avance à la tuberculose.

Dans la description de l'adénite chronique nous ne ferons entrer ni les dégénérescences cancéreuses, sarcomateuses primitives ou secondaires : elles appartiennent aux tumeurs avec lesquelles elles ont été décrites.

L'adénite chronique vraie a des caractères histologiques mal définis. Le mot hypertrophie résume l'ensemble des lésions et ce que nous avons dit de la première période de l'adénite aiguë en donne encore une idée exacte. Ajoutons qu'à la congestion du tissu il s'ajoute une hyperplasie cellulaire des canaux et du tissu conjonctif ambiant qui donne à la glande une consistance lardacée ou scléreuse et qu'enfin des abcès se forment là comme dans l'adénite aiguë, mais plus lentement.

Les petits foyers caséux qu'on rencontre souvent dans de vieux ganglions, les abcès enkystés de même nature, ne sont dans quelques circonstances que les vestiges d'abcès anciens restés stationnaires ou en partie résorbés, mais il serait bien difficile d'affirmer dans quelques cas qu'ils ne procèdent pas d'une lésion tuberculeuse.

A moins de saisir sur le fait la granulation tuberculeuse, on ne trouve la plupart du temps dans un ganglion tuberculeux que ce que les recherches récentes nous montrent dans le tissu cellulaire ; un petit foyer déjà ramolli à son centre, qui s'est arrêté ou tend à s'étendre. S'il s'étend autour de lui d'autres masses tuberculeuses prolifèrent et suivent les tractus conjonctifs. Mais on ne trouvera pas toujours cette dernière particularité et il est probable que les foyers caséux sont alors le reliquat de la tuberculose, bien qu'on ne voie pas autour d'eux de granulations.

Pourquoi les ganglions chroniques du jeune âge disparaissent-ils souvent tandis que ceux longtemps entretenus par des lésions voisines, chez des sujets plus âgés ou des adultes, restent-ils et réclament-ils