Dr Gaboriau (de Groix) a bien voulu nous communiquer une note à ce sujet. Groix est située à 15 kilomètres au nord de Belle-Isle et possède 5 000 habitants. Les recherches faites à notre intention par Gaboriau ont amené la découverte d'environ 250 ganglionnaires suppurés ou non suppurés, en possession de fistules ou de cicatrices. Il connaît plusieurs familles où père, mère et enfants ont au cou des cicatrices plus ou moins apparentes. La maladie serait beaucoup plus commune chez les filles. Ici encore l'influence du climat marin est contre-balancée par d'autres conditions déplorables : les hommes sont presque tous alcooliques ou syphilitiques et les femmes issues de ces hommes, hystériques renforcées. De plus, les enfants sont tous nourris au lait de vaches, et ces vaches, privées de pâturages qui n'existent pas dans l'île et nourries d'une façon défectueuse, sont très souvent phtisiques. Dès les premiers temps de leur existence, les enfants sont assis à la table de famille et partagent la soupe au lard et les pommes de terre. La méningite tuberculeuse est remarquablement fréquente; la tuberculose osseuse, exceptionnelle à ce point que Gaboriau n'en a pas vu depuis deux ans. En revanche, il fait au point de vue de la phtisie la même observation que Calmette. « Les tuberculoses pulmonaires que j'ai eu occasion de soigner, m'écrit-il, paraissent résister beaucoup plus longtemps que celles que je soignais à Nantes : j'en ai vu qui avec les deux poumons en état de ramollissement presque complet ne présentaient pas cette consomption que j'avais l'habitude d'observer et pouvaient exister plusieurs mois, une année même, avec un excellent appétit. Je me souviens entre autres



d'une jeune fille dont les poumons n'étaient que cavernes et qui cependant croyait jouir d'une excellente santé.

« Il n'en est plus ainsi, ajoute-t-il, des tuberculeux du dehors qui viennent ici sous prétexte de respirer un air pur. J'en ai vu plusieurs qui étaient emportés avec une extrême rapidité. »

**Les irritations locales.** — Le col militaire chez les conscrits, la contusion chronique par le port du fusil, les traumatismes professionnels jouent le rôle de causes localisatrices, de même qu'après une inoculation de tuberculose chez l'animal on détermine une tumeur blanche en contusionnant une articulation (expériences de Max Schüller).

**Les fièvres éruptives.** — Rougeole, scarlatine, sont suivies quelquefois d'engorgements ganglionnaires et même de suppurations ganglionnaires.

Rilliet et Barthez estiment que, sur onze rougeoles primitives environ, il y en aurait une à la suite de laquelle se développeraient des tubercules. « Le plus ordinairement, disent-ils, la phtisie tuberculeuse suite de rougeole est générale; mais il existe presque constamment une prédominance de la tuberculisation ganglionnaire, surtout bronchique[1] .» Ils expliquent ces faits par l'irritation des bronches pour les ganglions bronchiques, et pour le nombre plus grand des tuberculisations générales « par une impulsion spéciale que donne à toute l'économie la fièvre éruptive; impulsion spéciale d'où résulte une modification intime et générale ».

1. Rillet et Barthez, t. II, *Maladies des enfants* : *Rougeole.*

Grisolle trouve cette proportion 1 pour 11 extrêmement exagérée, mais constate les engorgements ganglionnaires fréquents.

Grâce aux travaux de Babes et de Cornil, nous entrevoyons une explication beaucoup moins vague de ces complications scarlatineuses et rubéoliques.

Sur 14 cas de mort après la scarlatine, Babes a constaté dix fois une tuberculose des ganglions médiastinaux et bronchiques.

Dans tous ces cas, à côté du bacille de la tuberculose, on trouvait soit le streptococcus, soit le staphylococcus, soit des bacilles encore mal définis.

Dans la plupart des autopsies de pneumonies rubéoliques on trouve des ganglions bronchiques très hypertrophiés et tuberculeux.

On y constate à la fois, d'une part, la propagation lente du processus tuberculeux et, de l'autre, une invasion bien prononcée du streptococcus du pus dans les petites bronches.

Dans tous ces cas il y a donc probablement association bactéridienne, et dans les ganglions déjà tuberculeux à l'état latent, une pénétration de bactéries nouvelles qui en déterminent l'évolution rapide.

Pour ce qui est des adénopathies externes consécutives aux fièvres éruptives, on accepte volontiers l'idée d'un semblable mécanisme : des ganglions contenant quelques bacilles, ce que nous savons fréquent, évoluant vers l'état caséeux et la suppuration sous l'influence de nouveaux germes infectieux, notamment du streptococcus du pus.

La coqueluche est surtout suivie d'adénopathies trachéo-bronchiques.



**Races.** — Il serait intéressant d'avoir une statistique comparative des tuberculoses locales suivant les différentes races et les différents pays; mais nous n'avons aucun document précis et récent à ce sujet. Ch. Leroux cite d'après Bergeron une statistique déjà ancienne de Philipps :

En Angleterre, d'après cette statistique, le nombre des scrofuleux serait de 24 p. 100;

A Amsterdam, 25 p. 100;

A Munich, 33 p. 100;

A Berlin, 53 p. 100;

A Pétersbourg, 40 p. 100;

A Moscou, 8 p. 100.

De tels écarts s'expliquent mal, et nous n'attachons qu'une faible importance à ces chiffres.

Tout ce qu'on peut dire c'est que dans les pays froids et surtout humides, comme l'Écosse, la Bretagne, la Hollande, les humeurs froides sont plus fréquentes que dans les pays chauds et secs, l'Algérie, par exemple, ou le midi de la France.

L'influence des climats se fait surtout sentir sur les individus qui, habitués aux climats chauds et secs, sont transportés dans les pays humides et froids. Les Indiens ou les nègres transportés en Angleterre, par exemple, sont vite emportés par la tuberculose ou contractent des adénites tuberculeuses.

A un autre point de vue étiologique, les adénopathies tuberculeuses doivent être divisées en :

### 1° ADÉNOPATHIES PRIMITIVES

Si on n'a égard qu'à la clinique, les adénopathies primitives, celles qui semblent indépendantes de toute

lésion tuberculeuse antérieure, les adénopathies primitives d'emblée semblent les plus fréquentes.

Il est rare en effet qu'on puisse surprendre la lésion cutanée, muqueuse ou viscérale qui est la porte d'entrée de la tuberculose : elle a passé inaperçue au début ou elle est guérie quand on constate l'adénopathie qui se développe et paraît une affection primitive.

L'absence de la lymphangite, si ordinaire quand il s'agit d'adénite inflammatoire, vient encore en imposer ; elle est très rare en effet. L'agent infectieux qui s'arrête dans le ganglion circule dans le réseau lymphatique sans l'enflammer et sans l'altérer.

Mais l'expérimentation, la clinique, nos idées modernes sur le germe-contage démentent bien vite les apparences.

Le fait cité partout de Tchernîng, dans lequel les ganglions axillaires furent pris à la suite d'une coupure par un crachoir de tuberculeux, et mille autres semblables dus à la clinique ou à l'expérimentation, montrent bien la source ordinaire de l'adénopathie et sa nature secondaire.

Si la lésion initiale est difficile à saisir, c'est que l'effraction est très minime dans beaucoup de cas.

Ce sera une simple pharyngite avec desquamation épithéliale (König) ;

Un purigo du cuir chevelu (Koch, Strümpell) ;

Un lupus, un tubercule anatomique, un érythème fessier, un eczéma. Il n'est pas nécessaire que la lésion initiale soit elle-même tuberculeuse, il suffit qu'elle crée une porte d'entrée (H. Martin[1]).

1. Martin, *Revue de Médecine*, 1884, t. IV, p. 773.



Barth[1] considère l'angine tuberculeuse comme un mode fréquent d'invasion ganglionnaire.

Daremberg[2] a vu plusieurs fois les adénopathies consécutives aux amygdalites tuberculeuses contractées par la cohabitation et les embrassements de parents tuberculeux ; — dans les amygdales très gonflées il a pu retrouver le bacille spécifique.

Je considère les engelures ulcérées des doigts, des oreilles, de la face, comme une porte d'entrée fréquente chez les enfants, qui de plus, à cette époque de l'année, vivent dans une atmosphère confinée.

L'impétigo de la face et du cuir chevelu ne donne souvent que des adénites suppurées aiguës non bacillaires ; mais chez les enfants strumeux qui ont l'apanage de cette affection, les adénites longtemps simplement hypertrophiées peuvent devenir caséeuses et franchement tuberculeuses.

Lehmann, Hofmokl, Eve et Elsenberg ont signalé la circoncision comme cause de ganglions inguinaux dont la nature spécifique a été constatée par Weichselbaum[3].

Mais n'insistons pas sur les portes d'entrée, qui sont extrêmement variées et parfois inattendues.

D'une façon générale, les lésions bacillaires des muqueuses retentissent plus vivement sur les ganglions que les lésions cutanées : c'est ainsi que le lupus non suppuré n'a pas toujours de retentissement sur les ganglions correspondants.

1. Barth, Thèse de Paris, 1880, *De la tuberculose du pharynx*.
2. Daremberg, *Congrès de la tuberculose*, 1887.
3. Duplay et Reclus, *Traité de Pathologie*, t. I, p. 726.

Cornet[1] (de Reichenhall) et avec lui bien d'autres expérimentateurs ont inoculé à des chiens des bacilles de Koch dans le but d'étudier le mécanisme de l'infection qui produit l'adénopathie chez l'homme. Les inoculations ont réussi non seulement sur une muqueuse ulcérée naturellement ou artificiellement, mais encore, quand on opérait par simple friction sur une muqueuse intacte, les ganglions correspondants se prenaient aussitôt. Non seulement cela, mais des crachats tuberculeux ou des cultures pures déposées dans les fosses nasales, dans le cul-de-sac conjonctival inférieur, sur les gencives, dans le conduit auditif externe ou dans le vagin, ont produit des adénopathies tuberculeuses, alors même qu'on avait bien pris soin de ne pas éroder la muqueuse.

Le professeur Cornil[2] a présenté au Congrès de la tuberculose (1888) le résultat de ses études à ce sujet : « Après une seule injection de quelques gouttes de culture pure dans l'intestin, on a toujours de la tuberculose, et les bacilles se rencontrent de 5 à 6 jours après dans les ganglions lymphatiques du mésentère. »

Il en est de même pour l'utérus : « Les bacilles pénètrent, et, les follicules tuberculeux se manifestent dans le tissu conjonctif situé au-dessous de l'épithélium sans que celui-ci soit tombé. »

Drobroklonsky[3] a eu des résultats analogues sur

1. Cornet, xviii^e *Congrès des chirurgiens allemands*, 1889, et *Centralblatt fur Chir.*, n° 29, p. 7, 1889.
2. Cornil, *Tuberculose des muqueuses considérées comme portes d'entrée du virus tuberculeux : Congrès de la tuberculose*, 1888, p. 259.
3. Droboklonsky, *Annales de l'Institut Pasteur*, 1890.



l'intégrité de la muqueuse intestinale, malgré l'injection ganglionnaire.

L'entérite tuberculeuse est du reste une rareté chez l'enfant (Aviraguet), et les ganglions tuberculeux mésentériques sont au contraire très fréquents.

Il en est vraisemblablement de même pour les voies respiratoires, et cliniquement on a trouvé des adénopathies trachéo-bronchiques sans lésion viscérale (Queyrat, Aviraguet, Pascal).

Ces faits infirmeraient la loi de Parrot d'après laquelle toutes les adénopathies tuberculeuses trachéo-bronchiques étaient accompagnées de lésions similaires (Parrot, Barety, Hervouet).

L'adénopathie chez le cobaye précède toujours une infection générale ; l'adénopathie en d'autres termes est toujours un jalon entre le point inoculé et la tuberculose viscérale, par exemple.

Il n'en serait pas toujours ainsi chez le lapin, d'après Arloing ; chez cet animal la tuberculose inoculée frapperait souvent inopinément le poumon sans laisser de traces dans les ganglions lymphatiques.

Chez l'homme, les ganglions situés sur le passage de l'infection paraissent toujours un organe d'arrêt retenant quelques bacilles.

### 2° ADÉNOPATHIES SECONDAIRES

Les adénopathies tuberculeuses sont donc toujours secondaires comme l'avait du reste fait remarquer Velpeau à une époque où la science était bien moins avancée que maintenant au sujet de la tuberculose.

Elles sont secondaires à une tuberculose cutanée, mais surtout à une tuberculose cutanée suppurée (lupus exedens).

Elles sont secondaires à une tuberculose locale ostéo-articulaire; Gangolphe a recueilli un grand nombre de faits d'ostéites ou de tumeurs blanches dans lesquels les ganglions efférents étaient tuberculeux, et si on recherche attentivement les adénopathies secondaires à la coxalgie, au spina ventosa, à la tumeur blanche du genou, on les trouvera presque toujours, mais elles sont parfois si petites, si peu en rapport avec la gravité de la tuberculose locale qui leur a donné naissance qu'elles échappent à un examen superficiel.

Le mal de Pott n'échappe pas à la loi commune et Lannelongue a signalé l'adénopathie du cou dans le mal sous-occipital et celles de l'angle rentrant de la déviation rachidienne dorsale; de là les adénopathies gagnent de proche en proche.

Elles sont secondaires enfin à une tuberculose viscérale, et ces tuberculoses viscérales paraissent pouvoir se diffuser très loin, tandis que les tuberculoses superficielles ou ostéo-articulaires bornent leur action aux ganglions les plus proches.

C'est ainsi que la tuberculose pulmonaire s'accompagnera d'adénopathies axillaires cervicales, sous-maxillaires.

Les altérations intestinales peuvent de même avoir un retentissement ganglionnaire très lointain, comme cela a été constaté surtout pour le cancer de l'estomac ou de l'intestin, qui donne lieu à des adénopathies



sus-claviculaires ou cervicales (Troisier [1], Belin [2], Raymond, Poirier, etc.).

Nicaise a même signalé, au Congrès pour l'avancement des sciences (1889), une adénite cervicale à la suite d'une entérite que l'entérite seule paraissait expliquer.

L'envahissement se borne souvent tout d'abord à un seul ganglion; c'est la tuberculose *mono-ganglionnaire* des auteurs.

Cette adénopathie peut rester longtemps unique, être le premier et le dernier terme d'une tuberculose qui s'éteindra sur place ou y restera longtemps, sinon toujours, à l'état latent.

Mais souvent aussi la bacillose se propage aux ganglions voisins, suivant généralement le cours naturel de la circulation lymphatique, passant des ganglions sous-maxillaires et parotidiens aux régions cervicales latérales, puis gagnant de proche en proche les ganglions claviculaires, présternaux, mammaires internes, médiastinaux antérieurs, les ganglions axillaires, etc.

Ces ganglions disposés de cette sorte, échelonnés sur le parcours lymphatique, ont reçu le nom classique de chaîne ou de grappe polyganglionnaire.

L'infection se fera de même des ganglions superficiels aux profonds.

Toutefois l'envahissement peut très bien être rétrograde; on verra par exemple les ganglions médias-

1. Troisier, *Rapport à la Société médicale des hôpitaux*, 1886, et *alias*.
2. Belin, Thèse de Paris, 1888. *Adénopathies externes à distance*.

tinaux provoquer la tuberculose des ganglions axillaires et — réciproquement — les ganglions axillaires peuvent à leur tour infecter les ganglions sus-claviculaires, puis cervicaux, puis sous-maxillaires, puis parotidiens. C'est ainsi encore que pour le cancer (Troisier) on a pu voir l'envahissement des ganglions lombaires ou même iliaques à l'autopsie de cancers de l'estomac, du foie ou du pancréas.

Ces faits de transport rétrograde des produits néoplasiques dans les lymphatiques qu'avait déjà décrits Recklinghausen[1] dès 1885, expliquent beaucoup de propagations étonnantes au point de vue physiologique; ils expliquent par exemple, sans faire intervenir des lésions pleurales, les adénopathies axillaires dans la tuberculose pulmonaire par l'intermédiaire des ganglions cervicaux et sus-claviculaires.

Une troisième forme clinique enfin est la *masse* ou le *paquet ganglionnaire*. On croirait au premier abord à un unique ganglion énorme, mais la dissection fait bien voir qu'il s'agit d'un grand nombre de ganglions agglomérés, les uns suppurés, les autres caséeux, d'autres enfin seulement infiltrés. Dans ces cas, l'infection, au lieu de se faire sur les ganglions lymphatiques échelonnés à distance, s'est faite sur les ganglions immédiatement voisins. Ils ont pris un gros volume, ont adhéré les uns aux autres par leur périadénite et ont constitué cette masse unique volumineuse.

Il nous reste à étudier rapidement à quelles régions

1. Recklinghausen, *Ueber die Venose embolie und retrograden in den Venem und in den Lymphgefassen. Virchow's Archiv*, Bd C, 1885.



répond chacun des groupes ganglionnaires cervicaux, inguinaux, axillaires qui sont le plus souvent envahis par la tuberculose. Il n'est pas non plus sans intérêt de voir leur disposition anatomique et leurs rapports. Ce chapitre ne nous a pas paru devoir être omis dans une monographie, il est nécessaire au reste pour la parfaite intelligence de l'étiologie, de la clinique et du traitement; au courant de cette description se trouveront des particularités qui ne trouveraient pas aussi bien leur place ailleurs.

I. **Région cervicale.** — Elle se divise anatomiquement en différentes régions :

1° *Région sus-hyoïdienne latérale.* — Cette région contient les ganglions dits sous-maxillaires, ils sont situés dans la loge fibreuse même de la glande et en contact immédiat avec le tissu glandulaire, fait important à connaître pour le diagnostic et pour l'énucléation des ganglions sans porter atteinte à l'intégrité de la glande quand cela n'est pas nécessaire.

Ils recoivent des lymphatiques provenant de la peau du front, du nez, de la joue, des lèvres et des gencives inférieures.

2° *Région sus-hyoïdienne médiane.* — Un ou deux ganglions sous-aponévrotiques reçoivent les lymphatiques de la partie moyenne de la lèvre inférieure et du menton.

3° *Région sous-hyoïdienne.* — Les ganglions sont peu nombreux et rarement pris; mais les ganglions les plus inférieurs, ceux qui confinent le sternum peuvent, bridés en avant par le feuillet moyen fortement tendu de l'aponévrose cervicale, comprimer la trachée (Tillaux). C'est également un de ces gan-

glions devenus caséeux qu'on a pu voir s'ouvrir dans la trachée, déterminant une asphyxie mortelle avant qu'on pût faire la trachéotomie, le diagnostic avait été : diphtérie laryngée (Poupon)[1].

4° *Région carotidienne.* — Les ganglions de cette région sont les plus nombreux et les plus importants de tous. Sous-aponévrotiques ils forment une chaîne continue qui s'étend des ganglions parotidiens et mastoïdiens aux ganglions sus-claviculaires et médiastinaux. La plupart sont groupés autour de la veine jugulaire interne et bridés quand ils sont hypertrophiés par le sterno-cléido-mastoïdien. De là, le danger de leur énucléation et la blessure possible de la jugulaire ou même de la carotide.

De là, aussi, au point de vue clinique, la possibilité d'une ulcération de la jugulaire suivie d'une hémorrhagie mortelle. On a encore signalé, comme autres conséquences rares de ces rapports, la formation d'une thrombose qui peut s'étendre aux tissus de la dure-mère (Tillaux) ou la formation par ralentissement de la circulation (Grenet) de concrétions sanguines dans les sinus longitudinal supérieur, latéral et occipital. Ces ganglions reçoivent les lymphatiques de la cavité buccale, lèvres, langue, pharynx, œsophage, larynx, trachée, corps thyroïde.

5° *Région sous-occipitale.* — Deux, quelquefois trois ganglions reçoivent les lymphatiques d'une partie du cuir chevelu. L'aponévrose cervicale superficielle les applique contre le grand complexus au-devant du trapèze, au-dessous du muscle occipital. Tous les

1. Poupon, *Bulletin de la Société anatomique*, 1883, p. 466.



auteurs font cette juste remarque que leur hypertrophie, fréquente dans la syphilis, ce qui s'explique par la fréquence des lésions tégumentaires de cette région, est rare dans la tuberculose. Disons rare, car elle est possible, nous l'avons observée.

6° *Région mastoïdienne.* — Il existe dans cette région deux groupes de ganglions :

Un premier inférieur recouvert par les attaches du sterno-mastoïdien ;

Un second en rapport avec le pavillon de l'oreille et recouvert par une lame fibreuse qui le fixe sur la partie mastoïdienne du temporal.

7° *Région parotidienne.* — Les ganglions sont très nombreux et situés dans l'épaisseur même de la glande, profonds par conséquent. Celui qui se trouve au-devant du tragus mérite une mention spéciale à cause de son volume et de la fréquence de son hypertrophie.

8° *Région péritrachéo-laryngée profonde.* — Gouguenheim et Piquechef[1] ont enfin décrit sous le nom de ganglion péritrachéo-laryngiens des ganglions lymphatiques profondément situés dans la région cervicale autour des premiers segments des voies aériennes, vers la partie inférieure et postérieure du larynx dans le voisinage immédiat de la trachée, de l'œsophage et du nerf récurrent. Ces ganglions, forment trois amas ou groupes qui peuvent se réunir et former une chaîne commune le long du larynx. Lorsque le nerf récurrent est comprimé par la dégénérescence tuberculeuse de ces ganglions on observe, soit de la paralysie, soit du spasme de la glotte, plus

1. *Académie de médecine*, t. XIII.

ou moins longtemps ou même à l'état permanent.

9° *Région prélaryngée.* — Poirier [1] a décrit un ganglion prélaryngé situé au-devant de la membrane crico-thyroïdienne dans le V formé par les muscles, recevant les lymphatiques du larynx. Il n'est pas constant, mais peut-être double une fois sur six. Il est bon d'en connaître la possibilité pour éviter des erreurs de diagnostic.

10° *Région génienne.* — Rappelons également les adénites géniennes signalées par Poncet [2] au niveau de la joue dans des ganglions qui n'avaient point échappés anatomiquement à Mascagni. Paul Vigier possède 13 observations d'adénites de ces ganglions, 8 ont trait à des dégénérescences tuberculeuses. De nouvelles recherches de Debierre (de Lille) et de Jaboulay (de Lyon) ont permis de retrouver par la dissection ces ganglions dont la disposition existe dans l'atlas de Mascagni, mais qui avaient été oubliés et que la clinique a remis en évidence. Au nombre de deux ou trois, en avant du masséter, le long de l'artère faciale, ils reposent sur le buccinateur et sont recouverts par la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Ils reçoivent les lymphatiques des lèvres, de la muqueuse buccale et peut-être des fosses nasales et des paupières. Leur connaissance évitera des erreurs de diagnostic avec les lipomes, les kystes sébacés, les gommes.

Vigier dans sa thèse reconnaît dans la joue deux groupes de ganglions :

1. Poirier, *Soc. anatomique*, 1887.
2. Poncet (de Lyon), *Adénites géniennes. Gazette hebdomadaire*, p. 401, 1883.



1° Les superficiels (massétériens), commissuraux et sous-orbitaires ;

2° Les profonds sous l'aponévrose du buccinateur.

Tous ces ganglions, depuis ceux de la tête jusqu'à ceux de la région sous-claviculaire, communiquent entre eux par de nombreux vaisseaux lymphatiques.

Au niveau de la région claviculaire, ce vaste plexus communique très largement avec les ganglions axillaires et les ganglions thoraciques et se jette par une ou deux branches seulement directement dans le canal thoracique et la grande veine lymphatique, ou plus rarement dans les veines sous-clavière ou jugulaire interne.

Cette communication entre les ganglions thoraciques, axillaires, cervicaux, se fait au niveau des ganglions sous-claviculaires. Dans sa thèse Sanchez Toledo publie deux planches où le fait de ces communications des ganglions sous-claviculaires avec les axillaires et les médiastinaux est rendu plus manifeste encore par les anastomoses lymphatiques augmentées de volume et dégénérées.

En d'autres termes encore, car on ne saurait trop insister sur cette disposition qui donne la clef de certaines infections, le groupe ganglionnaire volumineux qui se trouve en arrière de l'articulation sterno-claviculaire est un vaste confluent commun aux ganglions cervicaux, axillaires et médiastinaux.

Un de ces ganglions, celui qui paraît en arrière et un peu au-dessus de la clavicule, entre les deux faisceaux du sterno-cléido-mastoïdien, mérite une men-

tion spéciale à cause de l'importance diagnostique qu'on a voulu lui faire jouer.

Béhier [1] avait déjà écrit que dans la tuberculose pulmonaire l'engorgement ganglionnaire ne siégeait jamais dans les ganglions sous-claviculaires, tandis que dans le cancer ces derniers seuls seraient affectés.

Depuis, Troisier [2] a présenté des observations qui tendent à faire de la dégénérescence de ce ganglion un signe important de généralisation cancéreuse du poumon ou même de l'abdomen. Le côté gauche serait plus souvent pris que le côté droit et le canal thoracique paraîtrait jouer un rôle important dans le transport des éléments cancéreux jusqu'au ganglion.

Deux autres observations de Comby et Vidal, et d'autres encore, viendraient confirmer cet engorgement fréquent dans les viscéropathies cancéreuses.

La vérité est que l'engorgement de ce ganglion ou de ce groupe ganglionnaire n'est pas particulier aux dégénérescences cancéreuses; il se voit également dans la tuberculose pulmonaire, dans la tuberculose mammaire, et il faut chercher ailleurs des éléments plus certains de diagnostic.

II. **Région axillaire.** — Les ganglions occupant la partie antérieure de l'aisselle, derrière le grand pectoral, sont plus particulièrement ceux qui reçoivent les lymphatiques de la mamelle.

Les lymphatiques de la partie externe du thorax et du tronc jusqu'à la région sous-ombilicale suivent

1. Behier, *Leçons cliniques sur le cancer du poumon. Gazette des hôpitaux*, 1887.
2. *Semaine médicale*, 1893, p. 550.



l'artère et la veine thoracique externe et aboutissent à une partie plus élevée de la cavité axillaire; mais ils sont là confondus avec ceux du membre supérieur et la distinction reste impossible. On ne pourra donc point à coup sûr, comme à l'aine, juger du siège de la lésion initiale d'après la situation de l'hypertrophie ganglionnaire.

Tous ces ganglions sont sous-aponévrotiques, contrairement à l'illusion qu'on pourrait se faire, quand devenus volumineux ils paraissent à fleur de peau; il n'en existe pas de sous-cutanés.

Les lymphatiques efférents se jettent dans le canal thoracique ou dans la grande veine lymphatique, mais après avoir traversé la plupart du temps, sinon toujours, les ganglions sous-claviculaires, ce qui met les ganglions axillaires en communication avec les ganglions thoraciques (Cruveilhier, Kirmisson [1]).

La communication de la plèvre pariétale avec les ganglions axillaires au moyen des lymphatiques est une question très discutée, et très discutable.

Il existe des relations intimes, comme l'a fait remarquer Sanchez Toledo [2], entre la tuberculose pulmonaire, et l'adénopathie axillaire, et cette question si importante, au point de vue traitement et diagnostic, doit nous arrêter.

Ces relations, peu connues ou niées avant Sanchez Toledo, ne peuvent être mises sur le compte d'une coïncidence, les observations recueillies montrent bien qu'il y a une relation de cause à effet.

1. Cruveilhier, *Anatomie descriptive*. Kirmisson, *Bulletin Soc. anatomique*, 1892, p. 453.
2. *Loc. citato.*

La tuberculose des ganglions axillaires peut être, bien entendu, complètement indépendante de toute altération viscérale similaire et le germe contage y être introduit par les lymphatiques du membre supérieur, des parois thoraciques ou par l'intermédiaire des ganglions cervicaux; mais souvent aussi une tuberculose pulmonaire très appréciable, ou au contraire méconnue, peut être l'origine de la dégénérescence secondaire des ganglions.

Dans ce cas les ganglions médiastinaux se sont d'abord pris, puis les ganglions sous-claviculaires, puis enfin les ganglions axillaires. La lésion primitive a été celle du poumon, mais surtout chez les enfants elle peut être légère, alors que l'adénopathie secondaire est considérable.

Dans une seconde catégorie de faits (dit Sanchez Toledo) et ce sont peut-être les plus nombreux, l'individu est d'abord atteint d'adénites sous-maxillaires ou cervicales, de nature dite scrofuleuse; l'affection descend progressivement de ganglion en ganglion, arrive aux ganglions sous-claviculaires et de là envahit les ganglions axillaires et à peu près en même temps les ganglions médiastinaux. Le virus tuberculeux paraît donc suivre jusqu'à la base du cou le cours de la lymphe. Mais à partir des ganglions sus-claviculaires, par quel mécanisme les ganglions axillaires et médiastinaux se trouvent-ils englobés par le processus morbide? Evidemment on doit tenir compte non seulement du développement des voies collatérales dans la circulation lymphatique, de la stagnation et de l'infection de la lymphe dans les vaisseaux afférents et de la contamination secondaire des ganglions situés en amont; mais aussi de ce fait que les ganglions dégénérés et hypertrophiés se mettent en contact avec les ganglions de voisinage qui s'infectent par un simple phénomène de contiguïté.



Il faut admettre enfin une infection directe des ganglions axillaires quand les parois externes elles-mêmes du thorax ont été envahies par la tuberculose consécutivement de proche en proche à une tuberculose du poumon et de la plèvre pariétale.

On doit donc toujours se rappeler le précepte de Trélat[1] : « Quand dans l'aisselle vous verrez survenir sans cause locale une tumeur inflammatoire, pensez à une adénite tuberculeuse pulmonaire, car ces adénopathies tuberculeuses de l'aisselle sont presque toujours des tumeurs de propagation. »

Les ganglions tuberculeux de l'aisselle ont des rapports intimes avec la tuberculose pulmonaire avérée ou seulement à l'état de soupçon, il l'accompagne, la précède ou la suit.

Nous verrons plus tard au point de vue du pronostic et du traitement l'importance qu'a cette relation incontestable.

III. **Région inguinale.** — Felizet[2] a bien étudié classiquement la situation des ganglions qui correspond aux différentes régions. Cette étude avait été faite au point de vue anatomique, mais il était intéressant d'en faire le contrôle clinique. Non seulement il a pu vérifier les notions acquises, mais encore en augmenter la précision.

Voici les résultats de ses recherches, dont tout chirurgien chargé d'un service de tuberculose locale pourra contrôler l'exactitude :

Deux groupes de ganglions :

1. Leçon clinique citée par Sanchez Toledo, 1886.
2. Felizet, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1893, pp. 22, 23, 24.