farde, à grosses lèvres, à tissus mous, à cheveux roux ou blonds, aux *vénitiens*. Ces individus ne sont pas tuberculeux et peuvent ne le devenir jamais, mais en raison même des excoriations, des fissures, des ecthymas, des impetigos, des solutions de continuité de toutes sortes auxquelles ils sont sujets, ils sont plus aptes que les autres à se laisser envahir par la tuberculose, à la recevoir par inoculation.

Chez eux l'adénopathie tuberculeuse est commune, mais elle est souvent indolente, de caractère un peu spécial et, chose remarquable sur laquelle nous reviendrons, la tuberculose a peu de tendance chez eux à dépasser le groupe ganglionnaire infecté; il est assez rare de la voir se généraliser et la tuberculose pulmonaire n'est pas commune, au moins pendant une longue période.

Les victimes ordinaires de la gangliophymie tuberculeuse sont les enfants qui sont presque tous des lymphatiques; elle est plus rare mais plus grave chez l'adulte, surtout quand l'adulte n'a plus les qualités spéciales du scrofuleux.

Confondre ces deux mots scrofuleux et tuberculeux est donc une erreur: la scrofule c'est l'aptitude morbide à recevoir l'agent infectieux; la tuberculose c'est la présence des éléments caractéristiques dans les tissus. Un scrofuleux devient tuberculeux comme le deviendrait un diabétique.

Les nombreux scrofuleux qui deviennent phtisiques, dit le professeur Bouchard [1], ne démontrent qu'une chose, c'est que la scrofule est une des manières de viciation organiques qui mènent à la tuberculose; c'est que le milieu humoral scrofuleux est un de ceux qui font cesser l'immunité tuberculeuse; c'est que le milieu scrofuleux présente des analogies avec toutes les maladies bradytrophiques précédemment citées, avec le diabète par exemple, qui, pour le dire en passant, crée un milieu bien autrement favorable encore à la tuberculose que la scrofule. En dépit de cette fréquence de la phtisie au cours du diabète, il ne viendrait à personne l'idée, retrouvant le nodule tuberculeux avec ses caractères typiques dans le poumon ou le rein d'un diabétique, il ne viendrait à l'idée de personne de faire du tubercule la lésion anatomique du diabète, et pourtant cette pétition de principe qu'on ne commet pas en matière de diabète on la fait en matière de scrofule, quand on dit que la scrofule c'est la tuberculose, puisque dans la première on retrouve identiquement la même lésion que dans la seconde.

1. Bouchard, *Les microbes pathogènes*, p. 270.

Pour nous donc une adénopathie n'est jamais scrofuleuse, elle est toujours tuberculeuse, et il est en effet regrettable d'employer le mot de scrofuleuse associé au mot d'adénite. Il faudrait dire, pour faire cesser cette confusion de langage qui n'a peut-être pas de très gros inconvénients chez les gens bien informés : adénite tuberculeuse survenant chez un scrofuleux.

3° LYMPHADÉNOME

M. le professeur Verneuil, au dernier Congrès de chirurgie, a émis cette hypothèse que le lymphadénome pourrait bien être un hybride de la scrofule et de l'arthritisme; mais nous ne savons rien de bien précis sur cette grave et singulière affection.

Les éléments du diagnostic sont les suivants :

L'*âge*. — Le lymphadénome est plus commun chez l'adulte ; la tuberculose ganglionnaire plus commune dans l'enfance. (Rien d'absolu, bien entendu.)

Les *commémoratifs*, c'est-à-dire la coexistence ou les antécédents de scrofulides, éruptions cutanées, ophtalmies, blépharites, facies spécial.

Les *symptômes*. — Généralement le lymphadénome n'a pas la même tendance à la suppuration que l'adénopathie tuberculeuse ; les tumeurs lymphadéniques n'adhèrent pas à la peau, ou tout au moins n'y adhèrent et ne s'ulcèrent que tardivement quand le volume est devenu considérable. L'adénite scrofulo-tuberculeuse est *généralement* moins mobile et entourée d'une périadénite inflammatoire.

L'*examen du sang*, si le nombre des globules blancs est très augmenté (leucocythémie), servira au diagnostic ; mais ce phénomène manque parfois et son absence n'a pas une valeur absolue (adénie).

La marche éclairera tardivement la nature lymphadénique de la maladie. Le volume souvent énorme, la généralisation des tumeurs ganglionnaires aux différentes régions axillaires, inguinales, etc., la cachexie profonde, les hémorragies, la diarrhée, les vomissements, les fièvres à paroxysmes, dénonceront un lymphadénome, mais au début dans certaines formes à localisations multiples et à évolution froide, le diagnostic des adénopathies sera très difficile et l'erreur sera possible.

Il y aurait bien l'examen bactériologique et histologique sur un fragment de la tumeur, mais la minime opération qui serait nécessaire pour se procurer ce

fragment ne serait pas sans inconvénient sur la marche du lymphadénome qu'elle pourrait activer (Cornil).

4° TUMEURS MALIGNES DES GANGLIONS

Les dégénérescences cancéreuses des ganglions sont presque toujours secondaires.

Ces dégénérescences ne pourront faire errer le diagnostic que quand la lésion primitive est très profonde ou relativement très minime.

Chez les vieillards il faudra se défier des adénites et, avant de les déclarer tuberculeuses, bien s'enquérir si elles ne sont pas plutôt secondaires à des carcinomes latents de l'estomac, de l'intestin, de l'utérus, etc. On sait que ces adénopathies à distance bien connues maintenant sont souvent le premier signe d'un carcinome qui ne se révèle qu'ultérieurement. Il faudra donc toujours rechercher dans la sphère d'origine du ou des ganglions malades s'il n'existe pas de néoplasmes latents capables de les produire, en se rappelant que les ganglions cervicaux et surtout le ganglion sus-claviculaire peuvent refléter à une grande distance une lésion initiale de mauvaise nature[1].

Quand le cancer primitif est extérieur ou accessible à l'examen, il peut y avoir encore confusion :

Si le cancer est très petit : c'est ainsi qu'on a signalé des ganglions cervicaux cancéreux méconnus dans de petits épithéliomas de la langue, de l'œsophage, du larynx.

Si la lésion initiale est elle-même méconnue : c'est

1. Thèse de Belin, Paris, 1884.

ainsi que j'ai observé de gros ganglions inguinaux iliaques dès le début d'un épithélioma de la région onguéale du gros orteil pris pour un ongle incarné. En revanche, un ulcère tuberculeux de l'amygdale et du voile du palais s'accompagnant de l'hypertrophie des ganglions correspondants puis des ganglions du côté opposé, enfin des ganglions sus-claviculaires, a pu être pris pour un épithélioma avec dégénérescence carcinomateuse secondaire (Sevestre).

Si la lésion initiale a été enlevée, n'a laissé qu'une cicatrice minime et que les ganglions ne sont apparus qu'assez longtemps après l'opération.

Le carcinome primitif des ganglions, très mal étudié encore, très rare, suivant du reste la marche des tumeurs malignes, sera peu souvent en parallèle avec les adénopathies tuberculeuses. Son ulcération profonde, saignante, à bords indurés, calleux, souvent très douloureuse, ne ressemble guère à celle d'une gangliophymie qui subit la dégénérescence caséeuse et s'ouvre au dehors.

5° ADÉNOPATHIES SYPHILITIQUES

1. *Les adénites primitives* ne peuvent prêter à l'erreur que longtemps après la cicatrisation du chancre; il est vrai qu'elles se présentent souvent dans ces conditions et qu'elles persistent souvent bien des années après la guérison de la lésion initiale. Leur siège spécial, l'absence de toute suppuration et surtout les commémoratifs mettront sur la voie.

2. *Les adénites secondaires* ne suppurent également que dans des cas exceptionnels alors qu'elles ont reçu

l'infection tuberculeuse et alors il n'y a pas lieu de faire le diagnostic différentiel absolu. C'est l'hybride scrofulo-syphilitique que nous avons étudiée et dont nous rappellerons tout à l'heure les caractères symptomatiques. Autrement son indolence, son siège (nuque), son ancienneté, sa mobilité; et encore ici les antécédents de plaques muqueuses, d'ecthyma spécifique, etc., fourniront les éléments nécessaires pour distinguer l'adénite syphilitique secondaire.

3. *L'adénite tertiaire* reste généralement limitée aux ganglions correspondants d'une région malade.

Quand elle suppure, elle est très susceptible d'imiter les adénites scrofulo-tuberculeuses; mais ses bords cuivrés, taillés à pic, décollés, frangés, à fond irrégulier, anfractueux, déchiqueté, pulpeux, recouvert de débris jaunâtres semblables aux bourbillons de l'anthrax, mettront sur la voie de la syphilis.

D'autre part, l'âge du malade, les manifestations tuberculeuses similaires, le volume plus considérable, la tendance à la suppuration, le siège cervical ou sous-maxillaire ferait penser à la tuberculose.

Enfin la pierre de touche du traitement spécifique sera d'un grand secours.

Voici la description que Mauriac fait des hybrides scrofulo-tuberculeux-syphilitiques.

Quand, dit-il, l'adénopathie devient mixte, elle participe à la fois des deux maladies constitutionnelles. Les ganglions sont plus volumineux, plus agglomérés, réunis par une gangue périphérique pâteuse, en masses lobulées plus considérables. Les fistules y prédominent plus que l'ulcération. Il y a des clapiers au lieu des cavernes gommeuses franches; ou bien à côté de ces dernières on trouve des

collections d'un pus équivoque, séreux, granuleux, dans le tissu cellulaire sous-cutané avec amincissement et teinte violacée de la peau. Dans ces adénopathies hybrides, il est presque toujours fort difficile de savoir au juste quelle est la part respective qui revient à la syphilis et à la scrofule. Cette dernière l'emporte sur la première pour deux raisons : parce qu'elle semble s'emparer d'un plus grand nombre de ganglions et qu'une fois qu'elle s'en est saisie, elle s'y perpétue indéfiniment. Ajoutons à cela que le traitement antisyphilitique améliore l'adénopathie mixte sans la guérir complètement et a beaucoup moins de prise sur elle que dans les cas d'adénopathies d'un type franchement syphilitique.

4. *Adénopathie de la syphilis héréditaire.* — Le professeur Fournier a décrit sous le nom de fausse scrofule ganglionnaire des adénopathies dont le siège est le même que pour la tuberculose. Pour lui beaucoup de ces adénites ne sont cependant pas tuberculeuses et s'en distinguent par les caractères suivants; elles sont olivaires ou globuleuses, lisses et unies de surface, consistantes, fermes, élastiques, mobiles sous la peau et sur les parties profondes, indolentes au palper et généralement multiples. Comme volume, elles varient entre les proportions extrêmes d'une noisette ou d'un abricot sans atteindre jamais les dimensions exagérées des tumeurs ganglionnaires d'une autre nature.

Elles restent, et c'est là, dit Fournier, leur caractère le plus spécial, ce qu'elles sont, immobiles comme volume, immobiles comme évolution. Elles restent ce qu'elles sont, non pour des mois, mais pour des années.

Elles peuvent enfin suppurer, s'abcéder à la façon

des adénites vulgaires, mais sans aboutir jamais à constituer ces foyers de suppuration chronique et fistuleuse qui sont le propre de la scrofule.

Remarquons qu'il n'y a jusqu'ici rien de très spécial; certaines adénopathies bacillaires se comportent identiquement.

La vraie preuve de la nature spécifique de ces adénopathies est encore à faire et c'est l'anatomie pathologique seule qui peut la donner. Il est positif cependant, Fournier en donne un exemple et nous avons pu nous-mêmes assister au même fait, que le traitement spécifique fait disparaître ces adénopathies.

Les antécédents, l'habitus, l'état des dents, tous les signes enfin qui ont été donnés de la syphilis héréditaire forment un ensemble symptomatique qu'on arrive assez vite à reconnaître par l'habitude.

Les hybrides tuberculeux-syphilitiques ne sont pas rare dans la syphilis héréditaire.

La polyadénite primitive des enfants du premier âge se distinguera de l'athrepsie et de la syphilis héréditaire qui comme elle produisent une cachexie profonde par l'existence des petits ganglions multiples et disséminés dans toutes les régions qui font l'essence même de cette tuberculose généralisée à tout le système lymphatique.

Pascal cependant nous met en garde contre une cause d'erreur.

Un enfant, nourri insuffisamment, maigrit, se cachectise, ne présente aucune lésion viscérale et, dans ce cas, le système lymphatique peut parfois présenter un développement anormal passager, qui dure ce que dure l'*insuffisance*

alimentaire. Ce gonflement du système lymphatique présente en tous points les caractères de la poly-adénite tuberculeuse. Au premier abord on peut croire que cette saillie anormale des ganglions est due au relief provoqué par l'amaigrissement du tissu cellulaire sous-cutané; les ganglions, dans l'espèce, ne seraient pas plus gros, mais ils le paraissent parce que les tissus adjacents ont maigri. Or, suivant le malade, on voit que réellement il y a une *hypertrophie ganglionnaire;* cette hypertrophie augmente pendant la période d'amaigrissement; puis quand on nourrit l'enfant d'une façon convenable au point de vue de la quantité des aliments, tout rentre dans l'ordre; en sorte que, si l'on n'est pas prévenu de cette turgescence des ganglions pendant la période de jeûne, on portera le diagnostic faux de poly-adénite tuberculeuse [1].

Suivant la région qu'ils occupent, les adénopathies tuberculeuses prêtent à des erreurs de diagnostic.

1° A la *région inguinale* des ganglions tuberculeux profonds ont pu faire croire à de la coxalgie (observation de Berger)[2].

L'apparence extérieure était la même : boiterie, abaissement de l'épine iliaque, immobilisation relative par la contracture des muscles, demi-flexion de la cuisse et abduction, — l'absence de douleur dans l'*articulation même* quand on presse sur les deux trochanters, quand on frappe sur la plante du pied, quand le malade marche, servirait à éviter une erreur qui s'est produite surtout pour les adénopathies de :

2° *La région iliaque*. — Les masses ganglionnaires de cette région dont nous avons décrit les caractères

1. *Loco citato*, p. 52.
2. *France médicale*, 1874.

un peu spéciaux, produisent souvent des *pseudo-coxalgies* ayant toutes les apparences d'une coxalgie vraie, mais l'issue de la maladie prouve que l'articulation même était indemne. Le siège précis de la douleur et et un examen attentif permettront, avec la constatation de la tumeur iliaque, de distinguer ces deux affections l'une de l'autre.

Dans le cas de Berger il y avait en même temps ganglions iliaques et ganglions inguinaux.

On n'oubliera pas, en présence de masses ganglionnaires dans la fosse iliaque, que l'adénopathie peut être consécutive à un cancer. L'erreur serait impossible s'il s'agissait toujours de cancer des organes génitaux ou du membre inférieur, mais elle serait plus excusable s'il s'agissait de ces adénites à distance que Belin a étudiées et dans lesquelles des adénopathies iliaques peuvent survenir à la suite de cancer du rectum, de l'ovaire, du péritoine.

L'ostéo-sarcome de la fosse iliaque est accompagné de douleurs très vives. Ces douleurs précèdent l'apparition de la tumeur et souvent leur début a été brusque et d'une intensité qui ne s'observe généralement pas dans les adénopathies.

La tumeur dure, adhérente au bassin, bosselée, donne quelquefois la crépitation parcheminée et de véritables battements avec mouvements d'expansion.

La tumeur n'est pas toujours limitée à la fosse iliaque interne, et l'externe et même le petit bassin sont envahis.

L'état cachectique rapide, l'œdème du membre, le volume plus considérable de la tumeur seront à une période plus avancée les éléments d'un diagnostic

difficile. Nous signalons seulement, car ils ont vraiment leurs caractères propres bien distincts : la psoitis, l'appendicite, le phlegmon du ligament large, les abcès ossifluents, l'ostéo-myélite des os du bassin (LANNELONGUE).

3° A la *région cervicale*, en dehors des kystes sébacés que leur consistance uniforme et leur siège sous-cutané différencient suffisamment, nous ne voyons point, en dehors du lymphadénome et des autres dégénérescences ganglionnaires que nous avons signalées, d'autres tumeurs qui puissent en imposer. Nous avons vu cependant un myxome parotidien pris pour une adénopathie tuberculeuse, et l'erreur était excusable dans le cas particulier.

L'hypertrophie du ganglion sus-claviculaire dont Behier[1] et quelques auteurs ont voulu faire un signe quasi pathognomonique du cancer pulmonaire n'est point aussi caractéristique et c'est seulement quand les autres signes du cancer : âge, cachexie et marche rapide, dyspnée violente, etc., se trouveront réunis, que la présence de ce ganglion pourra faire pencher la balance et faire penser plutôt au cancer qu'à la tuberculose.

4° A la *région rétro-pharyngienne* les adénopathies suppurées ne seront pas prises pour des abcès par congestion ; le mal de Pott sous-occipital s'accompagne de douleurs au niveau des vertèbres et d'immobilisation de la tête et d'un cortège symptomatique bien différent. Il peut y avoir, il est vrai, concomitance de lésion vertébrale et d'adénopathie rétro-pharyngienne.

1. *Leçons cliniques sur le cancer du poumon (Gazette des hôp.*, 1867).

Gilette a bien donné les règles qui permettent de constater la fluctuation dans ces adénopathies et cette constatation a une grande importance puisqu'elle est l'indication très nette d'intervenir chirurgicalement.

On peut arriver à sentir la fluctuation avec un seul doigt, l'index introduit au contact de la tumeur et retiré brusquement a bien la notion de la résistance et du choc en retour de la collection purulente.

Avec la main restée libre on peut également faire des pressions sur le côté correspondant du cou et obtenir ainsi la même certitude.

Mieux vaut enfin, quand il s'agit d'enfants et que la gorge n'a pas une très grande profondeur, se placer derrière le sujet, appuyer l'occipital contre sa poitrine et chercher avec les deux index introduits et recourbés en crochets la sensation vraie de la fluctuation.

En cas de doute, il sera possible de faire une ponction exploratrice avec l'appareil de Potain ou de Dieulafoy.

5° La *région poplitée* n'offre guère que les kystes qui pourraient être confondus, en l'absence de la lésion tuberculeuse initiale, avec les adénopathies tuberculeuses. Leur consistance, leur lenteur à se développer, leur plus grande fréquence sur les côtés de la région et surtout au côté interne (TILLAUX) seront, avec l'aspect général, l'âge, les antécédents, les éléments du diagnostic.