

CHAPITRE V
NÉOPLASMES DES GANGLIONS

Il est une variété de tumeur, fréquemment développée sur les ganglions, qui porte le nom de *lymphadénome*. A l'heure actuelle les opinions sont partagées sur cette affection ; on discute pour savoir s'il s'agit à proprement parler d'une tumeur, d'un néoplasme, ou si ce n'est pas une tuméfaction de nature inflammatoire, l'expression d'une infection généralisée. Pierre DELBET, en France, s'est fait le champion de la théorie infectieuse du lymphadénome. La question est étudiée en détails à propos des tumeurs¹.

En dehors du lymphadénome, on rencontre encore au niveau des ganglions une série de tumeurs de natures différentes. Ce sont des épithéliomes, des sarcomes, des chondromes, des myxomes, etc. Suivant que le néoplasme a débuté au niveau d'un ganglion ou que, né dans un autre organe, il s'est ensuite propagé au ganglion, on distingue d'emblée les *néoplasmes primitifs* et les *néoplasmes secondaires*.

A. NÉOPLASMES PRIMITIFS. — Les néoplasmes primitifs des ganglions ne sont rien moins que démontrés. Les sarcomes ont été souvent confondus avec le lymphadénome, et leur étude est peu avancée. Quant aux épithéliomes ganglionnaires primitifs, longtemps admis sans conteste (O. WEBER, COYNE, VERNEUIL, COLRAT et LÉPINE, NICAISE), ainsi qu'en témoignent les travaux de HUMBERT² et de CHAMBARD³, leur existence a été fort discutée dans

¹ Voir t. II des Tumeurs, par le professeur DUPLAY et Maurice CAZIN.

² HUMBERT. Thèse d'agrégation, Paris, 1878.

³ CHAMBARD. Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, 1880, n° 2, et Progrès médical, 1889, n° 22, p. 403.

ces derniers temps. C'est à peu près exclusivement au cou qu'on les a signalés ; or il est possible, comme le suppose V. VEAU⁴, que tous ces faits d'épithéliomes ganglionnaires primitifs soient des épithéliomes branchiaux d'origine congénitale.

B. NÉOPLASMES SECONDAIRES. — Les néoplasmes ganglionnaires secondaires sont au contraire extrêmement fréquents, ce qui ne doit pas nous surprendre, étant donnée la fréquence du cancer et le mode de propagation de la variété la plus importante des néoplasmes, c'est-à-dire des épithéliomes, par la voie lymphatique. Les sarcomes, chondromes, tendent à se généraliser en utilisant de préférence la voie sanguine, aussi atteignent-ils beaucoup moins souvent les ganglions et toujours d'une façon plus tardive.

L'épithéliome ganglionnaire se présente avec les caractères du cancer dont il est le reflet, c'est-à-dire que suivant le siège du néoplasme primitif, on trouve dans le ganglion de l'épithéliome pavimenteux lobulé ou de l'épithéliome cylindrique.

On a discuté pour savoir au bout de combien de temps survient l'adénopathie secondaire ; elle est en général plus précoce qu'on ne pense. GUSSENBAUER a fait à ce sujet des recherches très intéressantes dans le cancer du sein. Il a montré que, lors même que les ganglions axillaires ne paraissent pas envahis cliniquement, le microscope permet déjà de révéler la présence des cellules néoplasiques.

Cliniquement l'adénopathie néoplasique secondaire se présente avec les caractères suivants : les ganglions correspondant au territoire occupé par le néoplasme primitif sont augmentés de volume dans des proportions généralement modérées, ils sont *durs* et c'est là leur principal caractère, mobiles les uns sur les autres, et indolents. Si une infection secondaire est venue se greffer sur l'adénite néoplasique, le tissu cellulaire péri-ganglionnaire s'enflamme, il se produit une sorte de phlegmon. Les ganglions sont plus tuméfiés, leur consistance se modifie, ils devien-

⁴ V. VEAU. Revue de chirurgie, 10 mars 1900, p. 347, et Thèse de doctorat, Paris, 1900, n° 204.

ment rénitents, élastiques, finissent même par se ramollir et donner la sensation de fluctuation. Des abcès se produisent autour de la greffe épithéliale intra-ganglionnaire. Th. ANGER¹ a fort bien décrit ces adénites suppurées consécutives aux cancers de la langue avec cancer secondaire des ganglions sus-hyoïdiens.

Dans d'autres circonstances, on peut rencontrer à côté d'un épithéliome évident, une adénite inflammatoire simple qui, par ses caractères torpides, en impose pour une dégénérescence cancéreuse secondaire. En sorte que bien souvent le microscope seul permet d'établir un diagnostic absolument certain, et encore devra-t-on faire un examen très attentif et *répété* avant de se prononcer d'une façon définitive.

L'adénopathie épithéliale secondaire se propage progressivement aux territoires lymphatiques voisins puis à distance. TROISIER², BELIN³ ont eu le mérite d'attirer l'attention sur la présence d'un empâtement dans le triangle sus-claviculaire gauche, correspondant à une adénopathie de la région, secondaire à un néoplasme abdominal. De même l'adénite axillaire symptomatique du néoplasme mammaire se propage aux ganglions sus-claviculaires et aux lymphatiques intra-thoraciques. D'autre part, l'adénopathie peut évoluer vers la peau. Elle devient adhérente à la face profonde des téguments, puis peu à peu ceux-ci sont ulcérés, détruits; une plaie plus ou moins profonde, plus ou moins irrégulière, se produit à la hauteur de l'adénite et sécrète un liquide sanieux, fétide.

Il est un point de l'adénopathie néoplasique secondaire qu'il est utile de faire ressortir, c'est le défaut de proportion qui existe parfois entre le néoplasme primitif et la dégénérescence ganglionnaire secondaire. VERNEUL a jadis attiré l'attention sur ces petits épithéliomes latents du pharynx, de la base de la langue qui s'accompagnent d'une volumineuse adénopathie cervicale, au point que si l'on n'était pas averti de ces faits, on méconnai-

¹ Th. ANGER. Thèse d'agrégation, 1872.

² TROISIER. Bull. Soc. méd. des Hôpitaux, 1886, p. 394 et 1888, p. 21. Archives générales de médecine, 1889, p. 129.

³ BELIN. Thèse de doctorat, Paris 1888.

trait fréquemment l'affection primitive pour ne voir que la lésion ganglionnaire; et on commettrait l'erreur de considérer cette dernière comme l'unique localisation du néoplasme.

Je n'insisterai pas sur le traitement des néoplasmes ganglionnaires: l'extirpation précoce et large est la seule thérapeutique qui leur convienne, ils ne constituent une contre-indication opératoire que lorsqu'ils s'accompagnent de phénomènes inflammatoires qui les rendent adhérents aux tissus voisins; dans ce cas, en effet, leur ablation est impossible et toute tentative devient extrêmement dangereuse. Cette thérapeutique ne s'applique qu'aux ganglions dégénérés voisins du cancer primitif, toute extension aux loges ganglionnaires éloignées, et, à plus forte raison l'adénopathie sus-claviculaire, imposent l'abstention.