

Première étape. — Localisation monoganglionnaire. — Dans une des régions citées plus haut, on constate la présence d'un ganglion dur, à peu près indolent, ganglion dont l'existence n'est établie que par hasard et quand il est déjà assez gros. Le volume du ganglion augmente soit rapidement, en quelques mois, soit très lentement, en plusieurs années (six à sept ans).

Il peut acquérir le volume d'une mandarine; alors, ou il reste dur sans adhérence, ou il se ramollit et forme un pseudo-abcès donnant naissance à un ulcère néoplasique.

C'est surtout au cou, et principalement dans les ganglions situés sous le sterno-mastoïdien, qu'on observe les tumeurs malignes

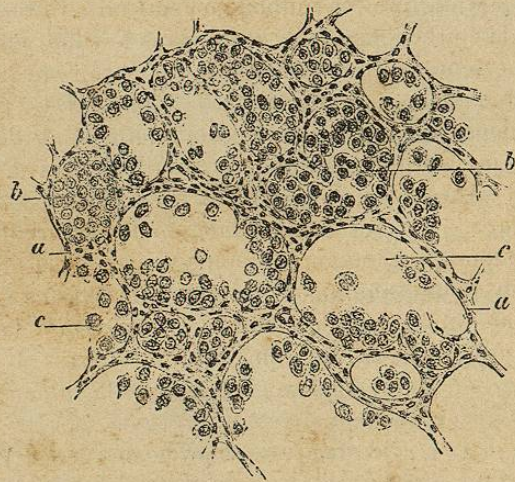


Fig. 27. — Sarcome alvéolaire des ganglions lymphatiques. — a, stroma; — b, stroma, flot de cellules; — c, alvéoles avec cellules libres. (ZIEGLER, *Anatomie pathologique*.)

primitives ganglionnaires. Il est fréquent de voir débiter l'affection par une simple gêne dans les mouvements du cou, puis des douleurs frontales surviennent (elles sont d'ailleurs fréquentes dans les tumeurs du corps thyroïde, dans celles de la partie antérieure de la région temporale); le malade ressent parfois des bruissements dans l'oreille, soit que la carotide subisse une légère compression, soit qu'il s'agisse d'un trouble nerveux. La tumeur peut, en se développant, déjeter le larynx en dehors, déterminer des troubles de la digestion, de la phonation et de la respiration, puis adhérer aux parties molles, détruire le sterno-mastoïdien ou se fixer aux parties voisines du squelette du cou. En général, la néoplasie ganglionnaire forme une masse homogène, une tumeur lobuleuse unique.

Le Dentu divise les tumeurs ganglionnaires du cou en *tumeurs dures* et en *tumeurs molles*; les premières sont des épithéliomas, les secondes des sarcomes. Il n'est pas toujours facile d'établir le siège

ganglionnaire de la tumeur; il existe en effet des tumeurs molles et des tumeurs dures du corps thyroïde. Les sarcomes du corps thyroïde, masses molles, forment ordinairement un demi-cylindre pré-laryngo-trachéal, ils se développent très rapidement, ils s'accompagnent souvent de douleurs aiguës et parfois de fièvre. Les squirres du corps thyroïde, masses dures, ressemblent parfois à certains goitres durs, ligneux, mais il y a un signe capital pour diagnostiquer les tumeurs du corps thyroïde, c'est le déplacement léger de la tumeur dans les mouvements d'ascension du larynx; toutefois ce n'est pas un signe pathognomonique, puisqu'on peut le rencontrer dans d'autres tumeurs cervicales, et par exemple dans le cas d'épithélioma ganglionnaire plaqué sur le larynx, que cet épithélioma soit primitif ou secondaire à une ulcération épithéliomateuse située dans le sillon intermédiaire entre le repli aryéno-épiglottique et le bord postérieur du cartilage thyroïde, comme dans une observation de Le Dentu.

Les carcinomes branchiogènes de Volkmann sont des tumeurs beaucoup plus petites que les tumeurs ganglionnaires, à développement rapide et situées beaucoup plus en dedans que celles-ci.

Deuxième étape. — Diffusion régionale. — Il est rare que la localisation reste monoganglionnaire; le plus souvent à la mono-adénite succède la polyadénite régionale, les ganglions voisins se prennent peu à peu et plus ou moins rapidement; il en résulte la formation d'une masse polyganglionnaire adhérente à la peau, et souvent le derme s'infiltré de nodules de même nature que la tumeur ganglionnaire.

Troisième étape. — Généralisation ganglionnaire. — Les ganglions d'une région étant dégénérés, les voies lymphatiques charrient des embolus néoplasiques qui peuvent, soit se greffer sur la paroi même des lymphatiques, soit déterminer des adénites néoplasiques profondes et viscérales qui entraînent rapidement la mort par cachexie.

Le *diagnostic* de néoplasme primitif des ganglions du cou ne doit être porté qu'avec beaucoup de réserve, car il existe des dégénérescences secondaires tardives à siège ganglionnaire anormal, des dégénérescences de ganglions n'ayant aucune corrélation anatomique avec l'organe primitivement lésé, témoin les cas d'adénites cervicales secondaires dans certains cancers de la prostate et du rectum. Pour éviter les causes d'erreur, il faut explorer avec soin tous les territoires lymphatiques et, pour les adénites néoplasiques cervicales, en particulier, il faudra examiner les fosses nasales, l'arrière-cavité naso-pharyngienne, la partie inférieure du pharynx et la partie la plus élevée de l'œsophage, le sillon entre le repli aryéno-épiglottique et le cartilage thyroïde, le frein de la langue, la lèvre inférieure, où peuvent exister des ulcérations épithéliales de un à quelques millimètres de diamètre.

Traitement. — Le seul traitement est l'ablation ganglionnaire

quand la tumeur est bien circonscrite et n'adhère pas trop aux parties profondes; on a réséqué des segments de veine jugulaire et de carotide qui adhéraient aux ganglions. L'extirpation ne doit pas seulement être sous-capsulaire, il faut enlever l'atmosphère conjonctive périganglionnaire, de façon à éviter les récidives.

Lorsque la tumeur est volumineuse, adhérente, quand elle se généralise, l'extirpation ne peut plus être faite. Roger a, dans un cas de sarcome ganglionnaire du cou, injecté des toxines de *Micrococcus prodigiosus*. Nous avons observé, en 1896, dans le service du professeur Le Dentu, un homme de soixante-deux ans, atteint de néoplasme primitif des ganglions du cou. Cette tumeur était inopérable; on soumit le malade aux injections de sérum de Marmorek qui amenèrent une légère amélioration et même une diminution de la tumeur; mais l'amélioration ne fut pas de longue durée. Bref, quand le traitement chirurgical ne peut être appliqué, il reste comme unique ressource la *sérothérapie*.

Adénites néoplasiques secondaires. — Les adénites néoplasiques secondaires sont toujours de même nature que la dégénérescence primitive viscérale ou cutanée.

Les néoplasmes qui s'accompagnent le plus rapidement de dégénérescences ganglionnaires voisines, sont l'épithélioma et le carcinome. Le sarcome, le fibrome et l'enchondrome n'ont presque pas de retentissement ganglionnaire, l'adénite enchondromateuse a été observée par Weber (1 cas sur 257), Virchow, Förster, Paget et Davré; l'adénite fibromateuse par Billroth et Th. Anger (adénite poplitée fibromateuse, dans une observation de fibrome du creux poplité).

Chaque fois qu'il existe un néoplasme, les ganglions de la région voisine *sont toujours suspects*; le ganglion primitivement atteint est celui qui reçoit directement l'embolus néoplasique; d'autres ganglions se prennent vite et bientôt existe une masse ganglionnaire quelquefois très considérable avec une lésion primitive très petite. Mais il faut tenir compte de l'élément inflammatoire parfois surajouté.

On a vu l'adénite secondaire ne se manifester qu'après l'extirpation de la lésion primitive.

Symptomatologie. — Tantôt les ganglions restent durs, mobiles, indolents ou donnent lieu à des douleurs névralgiques, comme on l'observe dans le cancer du sein où se produisent des douleurs axillaires et brachiales dues à la névralgie des nerfs intercostaux et du brachial cutané interne.

Tantôt les ganglions augmentent rapidement de volume, se ramollissent, adhèrent à la peau qu'ils perforent et forment des ulcérations sanieuses, sanguinolentes, qui s'accroissent pour former de véritables tumeurs cancéreuses secondaires; il n'est pas très rare de voir ces dernières acquérir un volume plus grand que celui de la tumeur primitive.

Th. Anger a signalé, dans le cancer de la langue, une polyadénite suraiguë, accompagnée d'œdème diffus; c'est là une forme rare d'adénite secondaire.

La néoplasie peut atteindre d'autres groupes ganglionnaires voisins (cancers successifs, cancers métastatiques de Broca), ou des ganglions très éloignés (adénopathies externes à distance).

Les adénopathies à distance s'observent surtout dans les cancers viscéraux (estomac, intestin, foie, pancréas, rein, capsules surrénales, utérus, ovaires). Godin (1893) a signalé un cas d'adénite sus-claviculaire à la suite d'un cancer du testicule. Ces adénites ont été bien étudiées par Troisier et, tout récemment, dans la thèse de Rousseau (1895).

L'adénopathie sus-claviculaire qui dépend d'un cancer intra-abdominal ne se manifeste ordinairement qu'à une période assez avancée de la lésion (cinq à six mois avant la mort) (1). Cette adénopathie est, au début, rétro-claviculaire, non apparente, mais perçue par une palpation méthodique. Elle augmente ensuite et forme une tumeur plus ou moins volumineuse dans le creux sus-claviculaire; elle y peut rester stationnaire ou s'accroître. Tantôt elle n'est formée que par un ganglion, tantôt elle est composée de plusieurs ganglions durs, bosselés, ordinairement mobiles, parfois adhérents aux parties profondes et non à la peau.

Presque toujours l'adénopathie est gauche, quelquefois elle est bilatérale; elle peut être associée à des adénopathies axillaire et inguinale, et même à l'adénopathie sus-épitrochléenne (un cas de Troisier, dans un cancer stomacal).

Elle peut précéder ou suivre d'autres adénopathies externes.

Si on observe ordinairement l'adénopathie gauche, c'est en raison des connexions anatomiques étroites des ganglions sus-claviculaires avec la terminaison du canal thoracique. Parfois le canal thoracique est dégénéré; s'il ne l'est pas, il sert probablement de transport aux éléments cancéreux qui, du néoplasme abdominal, viennent se greffer dans le système caveux des ganglions sus-claviculaires. Souvent l'adénopathie sus-claviculaire et la lésion viscérale sont reliées l'une à l'autre par une chaîne de ganglions dégénérés. L'adénopathie à distance et l'adénopathie sus-claviculaire en particulier ont donc en général une importance clinique considérable.

Le ganglion dégénéré secondairement peut évoluer comme le néoplasme primitif; rarement il rétrocede; souvent il devient le point de départ de récidives.

Pronostic. — Les néoplasies ganglionnaires étendues sont d'un

(1) L'adénopathie sus-claviculaire peut être due à une généralisation cancéreuse qui, partie du territoire primitivement envahi, gagne les ganglions abdominaux, thoraciques, puis cervicaux; ou elle est la manifestation d'une lymphangite cancéreuse étendue au canal thoracique, ou elle est le résultat d'un embolus cancéreux.