

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.

pronostic grave, parce qu'elles indiquent l'imprégnation cancéreuse de l'organisme et qu'elles contre-indiquent souvent l'opération. L'adénopathie sus-claviculaire se montre en général trois mois avant la mort, c'est donc presque toujours un signe de mort à bref délai.

**Traitement.** — Dans les tumeurs malignes de certaines régions, il est de règle d'enlever systématiquement le paquet ganglionnaire voisin; c'est ainsi que beaucoup de chirurgiens, le professeur Le Dentu entre autres, recommandent dans toute ablation de tumeur du sein d'explorer le paquet cellulo-graisseux qui s'étend de l'angle externe et supérieur de la mamelle aux vaisseaux axillaires externes, que les ganglions qui y sont plongés soient ou non augmentés de volume.

Dans toute tumeur avec néoplasie secondaire circonscrite cantonnée dans la région voisine, il faut extirper la masse ganglionnaire avec la tumeur. Le professeur Le Dentu fait cependant une distinction, suivant que l'on se trouve en présence d'un cancer de la peau et des muqueuses, ou d'un cancer profond.

Quand les néoplasies secondaires sont très étendues, il est inutile d'enlever la masse primitive quand elle est opérable, car c'est souvent hâter la marche des lésions.

Lorsqu'après une extirpation, un ganglion se prend de nouveau, il faut l'enlever le plus tôt possible, et largement.

Quant à enlever ces ganglions dégénérés en respectant la lésion viscérale, il n'y faut pas songer, sauf des cas tout à fait exceptionnels comme celui de Troisier que j'ai rapporté plus haut.

#### VI. — ADÉNITES INFANTILES STREPTOCOCCIQUES. FIÈVRE GANGLIONNAIRE.

La fièvre ganglionnaire, étudiée par Pfeiffer, Starck, Hoerschelmann, Comby, Gourichon (1), est une maladie infectieuse de la première enfance caractérisée par une inflammation aiguë des ganglions angulo-maxillaires avec fièvre vive et symptômes généraux très marqués.

**Pathogénie.** — D'après Comby et Neumann, cette adénite aiguë, passagère, serait due à une infection streptococcique se faisant au niveau de la cavité buccale et probablement à la surface des amygdales. A cette fièvre ganglionnaire il faut rattacher les *adénites infantiles par auto-intoxication* de Séjournet et certains faits d'*adénites infantiles épidémiques*.

**Symptomatologie.** — Tantôt après un léger malaise, tantôt brusquement, l'enfant est atteint d'une fièvre vive avec anorexie et constipation; la température est de 38°8, 39° ou 40°. Quelquefois on

(1) STARCK, *Revue des mal. de l'enf.*, 1891. — SÉJOURNET, *Union méd. du Nord-Est*, 1891. — LESAGE et PASCAL, *Arch. de méd.*, 1893. — A. MOUSSOUS, *Revue des mal. de l'enf.*, 1893. — HOERSCHELMANN, *Revue des mal. de l'enf.*, 1895. — GOURICHON, thèse de Paris, 1895.

observe de la rougeur dans la bouche et le pharynx; après deux jours, l'enfant remue difficilement la tête et est gêné pour déglutir; on trouve alors, à l'exploration manuelle, une masse ganglionnaire, ordinairement unilatérale, plus ou moins volumineuse, dure, douloureuse, sans réaction inflammatoire apparente et siégeant au niveau de l'angle de la mâchoire.

La douleur est très vive au niveau de la nuque et la tête déviée comme dans le torticolis, le début du mal de Pott cervical ou d'un abcès rétro-pharyngien.

La température persiste quelques jours; la fièvre se fait parfois par poussées successives, elle cesse en général au bout de quatre à cinq jours; mais la tuméfaction ganglionnaire existe encore, bien que moindre. L'adénopathie disparaît complètement en trois semaines environ. Cependant l'état général de l'enfant peut influencer l'évolution de cette adénite qui, fait curieux, suppure rarement malgré sa nature streptococcique; c'est ainsi que la résolution peut se faire seulement après plusieurs mois, ou que le bacille de Koch peut se greffer sur ces ganglions pour donner lieu à la variété de *tuberculose lymphatique* décrite chez l'enfant par Lesage et Pascal.

D'autres ganglions cervicaux peuvent être affectés (Comby, Gourichon); les deux côtés de l'angle de la mâchoire peuvent être le siège d'adénites soit simultanées, soit successives; la dysphagie est quelquefois très marquée.

**Formes.** — D'après Hoerschelmann, on peut distinguer une forme légère, une forme moyennement grave et une forme grave.

La première (10 sur 16) est caractérisée par la fièvre et l'engorgement douloureux des ganglions lymphatiques situés sous le sternomastoïdien et en arrière de lui.

La deuxième (5 sur 16) et la troisième (1 sur 16) sont caractérisées par l'intensité et la persistance de l'état fébrile, par l'inflammation d'un plus grand nombre de ganglions, la lenteur de la convalescence.

**Pronostic.** — Il est bénin, la guérison est la règle (Desplats a signalé un cas de mort).

**Traitement.** — Le traitement est exclusivement médical.

#### VII. — ADÉNITE RHUMATISMALE.

L'adénite rhumatismale a été signalée pour la première fois par Kühn; il lui donna le nom de *bubons rhumatismaux*, expression qui fut adoptée par Brissaud en 1885. En 1894, Collignon (de Maubert-Préfontaine) en a publié deux observations personnelles (1).

Il s'agit en général d'adénites multiples coïncidant avec du *rhumatisme articulaire*; les poussées inflammatoires ganglionnaires

(1) BRISSAUD, *Revue de méd.*, 1885. — COLLIGNON, *Union méd. du Nord-Est*, n° 3, 1894. — CHAUFFARD et RAMOND, *Revue de méd.*, 1896.

coïncident avec l'écllosion de douleurs articulaires. Ces deux manifestations disparaissent par l'emploi du salicylate de soude.

Chauffard et Ramond ont signalé des adénopathies dans le *rhumatisme chronique infectieux*. Dans les sept observations publiées, ce qui frappe, c'est la *systématisation des adénopathies*, qui ont toujours été exclusivement *sus-articulaires*.

Les ganglions le plus souvent atteints ont été les ganglions inguino-cruraux, axillaires et épitrochléens. Les ganglions hypertrophiés restent indépendants les uns des autres et ne s'accompagnent pas de périadénite; ils sont légèrement douloureux, soit spontanément, soit à la pression. Toute poussée articulaire entraîne une augmentation de la tuméfaction ganglionnaire. Cette tuméfaction s'accroît également après la marche ou à la suite de fatigues.

Le meilleur traitement de ces adénopathies est la teinture d'iode prise à l'intérieur. Une des malades citées par Chauffard a pris pendant très longtemps cent gouttes par jour de teinture d'iode, les ganglions ont rétrogradé et sont devenus moins douloureux.

#### VIII. — ADÉNITE MORVEUSE.

L'adénite morveuse est mal connue chez l'homme; elle peut être facilement reproduite chez l'âne, où on l'a étudiée. Une observation de Leredde donne l'examen histologique d'un ganglion sous-maxillaire chez un malade de Besnier mort de *farcinose chronique mutilante* de la face; on y voyait un double processus anatomo-pathologique, sclérose et caséification; on trouvait dans le ganglion des cellules géantes, des cellules épithélioïdes, de la sclérose lymphatique; les leucocytes étaient plus abondants et il y avait quelques rares bacilles de la morve. Le tableau clinique de cette adénite disparaît dans celui de la morve.

#### IX. — ADÉNIE.

L'adénie a été étudiée par Hodgkin en 1832, par Bennett en 1845, et quelques semaines après par Virchow; on considérait alors l'altération du sang comme le phénomène principal.

En 1876 paraît l'observation célèbre de Bonfils, qui fait entrer l'étude de l'adénie dans une nouvelle phase (adénie sans augmentation du nombre de leucocytes dans le sang). La leucocytose passe au second plan; c'est à ces hypertrophies ganglionnaires sans leucocytose que Wunderlich donne le nom de *pseudo-leucémie* et Trousseau celui d'*adénie*.

Jaccoud la décrit comme une variété de *diathèse lymphogène*. Ranvier en fit de la lymphadénie et appela les tumeurs ganglionnaires *lymphadénomes*.

Jusque-là on n'avait considéré que les hypertrophies ganglionnaires

généralisées; on étudia ensuite les hypertrophies ganglionnaires localisées, qui, sous le nom de lymphadénomes, étaient seules du domaine chirurgical.

L'adénie n'est donc qu'une variété de *lymphadénie aleucémique*



Fig. 28. — Vue d'ensemble des organes cervicaux et thoracique. Dans la partie supérieure de la figure, on distingue les ganglions lymphatiques hyperplasiés, la trachée et le corps thyroïde. Dans la partie inférieure des ganglions lymphatiques enveloppant également le thymus, le cœur, les trois troncs vasculaires ainsi que les deux poumons (ZIEGLER).

(Gilbert), c'est le type ganglionnaire généralisé improprement dénommé *maladie de Hodgkin* ou encore *lymphadénie de Bonfils*.

**Symptomatologie.** — L'affection débute presque toujours par une augmentation de volume d'un ou de plusieurs ganglions sous-maxillaires ou latéraux du cou; puis les ganglions du creux