

IV

MALADIES DES GANGLIONS

I. — ADÉNITES.

1° Adénites aiguës.

Nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit à propos des phlegmons du cou ; nous renvoyons en particulier au paragraphe relatif à l'adénite idiopathique.

2° Adénites chroniques.

On peut les diviser en primitives et secondaires, suivant qu'elles sont ou non consécutives à une lésion des téguments ou de la muqueuse ; cependant, nous verrons que les deux groupes ont plus d'un point de contact.

a. Adénites primitives. — 1° Adénite chronique simple. — L'existence de cette forme n'est pas universellement reconnue, au moins dans certaines de ses manifestations. Il est incontestable cependant que l'on peut rencontrer au cou, comme ailleurs, des adénites primitives qui ne sont pas des tumeurs ni des altérations et que les Allemands appellent *lymphome hyperplasique simple*. Il suffit, pour le produire, d'une lésion chronique quelconque du tégument ou des muqueuses. Mais on ne trouve pas parfois de cause bien nette à certaines hypertrophies ganglionnaires et l'on éprouve alors le plus grand embarras à les classer entre l'hypertrophie simple et la tuberculose. L'adénite cervicale chronique des militaires est, à vrai dire, le point le plus important de la discussion.

Les médecins militaires ont depuis longtemps signalé l'existence de ces engorgements indolents, stationnaires, qui seraient, paraît-il, particulièrement fréquents dans l'armée française. On n'admet plus guère l'opinion de Kiener et Poulet qui affirmaient leur nature constamment tuberculeuse. Il semble donc qu'un certain nombre de ces adénites soient des lésions banales consécutives à une irritation chronique ; mais comme la lésion initiale n'est pas toujours facile à mettre en évidence, on en a été réduit, comme Larrey, à admettre l'influence pernicieuse du col, et cette opinion pourra paraître rationnelle si l'on songe que Larrey n'a jamais observé l'adénite chez les zouaves et les tirailleurs dont l'uniforme ne comporte pas de col, qu'il l'a vue disparaître après la suppression du col, et que Riedel (cité par Walther) ne l'a rencontrée, pendant la guerre de 1870, que chez les

prisonniers français. Nous retiendrons donc de cette courte discussion que toutes les adénites chroniques des jeunes gens et surtout de militaires ne sont pas forcément tuberculeuses. On cherchera la cause qui les produit pour la supprimer ou en atténuer l'effet ; on ordonnera, à tout hasard, l'huile de foie de morue ; quant à extirper toute tumeur suspecte, c'est là une conduite qui nous paraît irrationnelle.

2° Tumeurs primitives des ganglions. — *α.* Le lymphadénome et le lymphosarcome sont des tumeurs affectant plusieurs ganglions, aboutissant souvent à la généralisation à plusieurs territoires ganglionnaires et en particulier à l'aisselle. Mais c'est là une affection dont l'étude a été faite ailleurs.

β. On voit par contre d'autres tumeurs malignes dont le caractère type est de n'intéresser qu'un seul ganglion et de se développer sur lui, comme elles le feraient sur un autre organe. La glande grossit rapidement, envahit les organes voisins, muscles, nerfs, vaisseaux ; la peau s'amincit, de grosses veines la sillonnent ; elle finit par s'ulcérer en laissant la tumeur apparaître au dehors ; celle-ci provoque des dépôts métastatiques dans le poumon, la rate, le foie, la peau, etc. Il s'agit en un mot d'une tumeur nettement maligne qui emporte rapidement le malade.

L'accord est encore loin d'être fait sur ces tumeurs. Histologiquement, ce sont presque toujours des sarcomes à cellules rondes ou fusiformes ; d'autres fois, la tumeur a les apparences d'un carcinome avec des cellules épithéliales remplissant les espaces alvéolaires.

Bien obscure encore est l'origine de ces tumeurs. Sans doute il s'agit parfois de tumeurs vraiment ganglionnaires ; mais bien souvent il s'agit de ces tumeurs malignes de la gaine des vaisseaux dont Carl Regnault a pu rassembler vingt observations (1) ; d'autres fois, la lésion porte sur la glande intercarotidienne (Paltauf) (2) ; enfin, on sait que les carcinomes épithéliaux du cou sont surtout d'origine branchiogène ou dermoïde ou bien siègent dans les glandes thyroïdiennes aberrantes. On voit combien cette pathogénie est encore confuse ; nous aurons à revenir plus loin sur ces cas.

b. Adénites secondaires. — Elles peuvent être *néoplasiques, syphilitiques, tuberculeuses*.

LES ADÉNOPATHIES CERVICALES NÉOPLASIQUES peuvent succéder à un sarcome ou à un chondrome de la parotide : c'est fort rare. On les a observées à la suite de sarcomes de la parotide et du corps thyroïde, du testicule, du poumon. Virchow a vu l'adénopathie chondromateuse à la suite du chondrome de l'omoplate, Poncet à la suite du chondro-sarcome du testicule (3). Mais, dans la plupart des cas, le

(1) CARL REGNAULT, *Arch. für klin. Chir.*, B. XXXIV, 1887, p. 51.

(2) PALTauf, anal. in *Revue des sc. méd. de Hayem*, t. XLI, p. 641.

(3) PONCET, *Mercredi méd.*, 3 janvier 1894.

néoplasme ganglionnaire est consécutif à un épithéliome ou à un carcinome.

Quelquefois la lésion primitive siège dans les organes voisins. Le cancer des lèvres et de la langue surtout, celui de la face, ceux du larynx et du pharynx s'accompagnent souvent d'adénopathie sus-claviculaire.

D'autres fois, la tumeur siège dans le thorax. On sait depuis longtemps que l'on peut observer l'engorgement des ganglions sous-maxillaires dans le cancer du sein, bien que le fait soit cliniquement assez rare. Galliard (1) l'a noté en même temps qu'une tumeur épithéliale qu'il croit pouvoir rattacher au thymus; il est assez fréquent dans le cancer du poumon et de la plèvre (2). Mais les adénopathies les plus intéressantes sont celles qui succèdent aux cancers de l'abdomen; elles sont bien connues depuis que Troisier a attiré l'attention sur elles (3). C'est surtout à la suite du cancer de l'estomac et de l'utérus qu'on les observe; mais Troisier les a vues aussi coïncider avec un néoplasme du duodénum, du pancréas, du rein, des capsules surrénales, de l'ovaire; le plus souvent le ganglion engorgé est à gauche, ce qui est en rapport avec le siège du canal thoracique; il peut être contemporain d'autres engorgements ganglionnaires de l'aisselle ou de l'aîne; le fait est même assez fréquent (5 fois sur 25, Troisier). Cet envahissement ganglionnaire peut se faire de diverses façons. Quelquefois les glandes lymphatiques sont prises de proche en proche, comme dans l'adénopathie ordinaire des cancers; d'autres fois, l'engorgement est l'indice d'un noyau secondaire dans le poumon; enfin il semble que, dans certains cas, les cellules cancéreuses puissent être charriées par le canal thoracique et arriver ainsi aux ganglions du cou sans avoir provoqué d'adénite intermédiaire sur leur passage.

La *symptomatologie* des adénopathies est bien connue. C'est d'abord un seul ganglion qui est envahi, puis les voisins se prennent à leur tour; ils forment sous la peau des corps durs, arrondis, indolents; parfois cependant, comme le fait remarquer Spinelli (4), ils peuvent provoquer par compression des douleurs irradiées dans le membre supérieur.

La *marche* est le plus souvent rapide; Th. Anger a depuis longtemps insisté sur ces adénopathies énormes, nullement proportionnées à une lésion épithéliale légère en apparence de la langue; au bout d'un temps plus ou moins long et si la lésion primitive leur en laisse le temps, ils envahissent la peau et l'ulcèrent, créant ainsi une plaie bourgeonnante et envahissante, plus ou moins analogue à l'ulcération causale.

(1) GALLIARD, *Soc. méd. des hôp.*, 29 décembre 1893.

(2) BOURCY et COMBY, *Soc. méd. des hôp.*, 14 décembre 1893.

(3) TROISIER, *Soc. méd. des hôp.*, 1886, et *Arch. de méd.*, 1889, 1893.

(4) SPINELLI, *Revue des sc. méd. de HAYEM*, t. XLIII, p. 444.

Des complications peuvent survenir et raccourcir encore la vie du malade. Les ganglions peuvent s'enflammer et produire de véritables phlegmons dont il a déjà été parlé. Par leur développement progressif, ils peuvent produire des phénomènes de compression des voies aériennes et digestives; enfin ils peuvent ulcérer les vaisseaux et produire des hémorragies mortelles.

Le *diagnostic* est facile; on ne peut confondre les ganglions néoplasiques avec une autre lésion locale, dit Troisier. Mais leur constatation nécessite l'exploration minutieuse des organes du cou et de la face d'abord, de l'abdomen ensuite, pour trouver la lésion originelle. « Toute adénite cervicale, dit Peyrot, portant sur un ou deux ganglions, caractérisée par une augmentation de volume, et une induration notable, indolente, surtout si elle survient vers cinquante ans, doit donner l'éveil au chirurgien. »

Le *pronostic* est grave: d'une part en effet l'adénopathie sus-claviculaire est l'indice d'une lésion ordinairement mortelle; d'autre part, d'après Troisier, elle montre que cette lésion est déjà arrivée à un stade avancé de son évolution.

Quant au *traitement*, il est purement palliatif; on se bornera à remédier aux complications: abcès, hémorragies, compressions.

LES ADÉNITES CERVICALES SYPHILITQUES sont primitives, secondaires ou tertiaires.

L'adénopathie primitive succède le plus souvent à un chancre des lèvres; elle diffère du bubon de l'aîne en ce qu'elle s'accompagne assez souvent de rougeur et d'œdème et peut simuler un phlegmon; elle occupe surtout la région sous-maxillaire.

L'adénopathie secondaire siège surtout à la nuque. Sans rechercher si elle peut être causée par l'infection syphilitique seule ou si elle succède à des irritations du cuir chevelu, nous dirons seulement qu'elle occupe surtout la région mastoïdienne et cervicale postérieure. On trouve partout citée cette phrase de Ricord: « C'est là qu'il faut tâter le pouls à la vérole. »

L'adénopathie tertiaire est rare; elle peut cependant exister sous les formes scléreuse ou gommeuse.

c. **Adénopathie tuberculeuse du cou.** — L'usage n'est pas de faire un chapitre particulier des adénites tuberculeuses cervicales, qu'on décrit ordinairement avec les adénites chroniques. Nous avons cru devoir faire autrement. En traitant de l'adénopathie tuberculeuse du cou, nous ne ferons qu'esquisser le tableau de cette affection, renvoyant pour ce qui a trait à l'adénite tuberculeuse en général, au tome IV de ce *Traité* (voy. p. 496). Nous insisterons simplement sur certaines considérations étiologiques, cliniques et thérapeutiques propres aux ganglions tuberculeux du cou.

Ces derniers représentent la majorité des adénites tuberculeuses, les huit dixièmes environ.

Cette affection se développe surtout durant la seconde enfance et la jeunesse, de huit à vingt ans, d'après la plupart des statistiques. Les filles payent un plus lourd tribut que les garçons à l'adénite tuberculeuse (les deux tiers environ) et l'on ignore pourquoi.

Les causes générales sont les mêmes que celles qu'on trouve au début des affections tuberculeuses. Hérité, mauvaise hygiène, surmenage.

Les causes locales, au contraire, présentent certaines particularités propres aux ganglions tuberculeux du cou. Par où pénètre le bacille? Voilà la question. Et ici il faut distinguer trois ordres de faits.

1° L'adénite succède à une ulcération spécifique qui correspond au vaste territoire des ganglions du cou. Ce sera en général une des multiples manifestations de la scrofule que la recherche du bacille de Koch a permis de ranger dans le cadre de la tuberculose :

Eczéma impétigineux du cuir chevelu ou de la face; ulcération tuberculeuse de la bouche, de la langue ou du pharynx, otite externe ou moyenne, coryza ulcéreux; blépharo-conjonctivite, dacryocystite.

Nous avons à dessein laissé de côté dans cette énumération l'hypertrophie des amygdales palatines et pharyngée. On sait que certains auteurs ont prétendu que les végétations adénoïdes du pharynx et les grosses amygdales étaient souvent de nature tuberculeuse et que l'adénopathie cervicale qui coexiste souvent avec ces affections n'était qu'une généralisation aux ganglions d'un processus tuberculeux primitivement amygdalien. En réalité, il n'en est rien; les hypertrophies amygdaliennes ne sont pas tuberculeuses, mais ce sont des lésions qui favorisent l'entrée des bacilles dans les voies lymphatiques. Et nous abordons, avec ces cas, le second ordre de faits que nous devons examiner.

2° L'adénite succède à une lésion non tuberculeuse, ou la tuberculose se greffe sur des ganglions atteints d'adénite chronique.

Ainsi agissent la carie dentaire avec ses poussées de périostite; les angines à répétition; les lésions chroniques quelconques de la face ou du cuir chevelu.

L'irritation directe des ganglions, due aux frottements d'un col d'uniforme par exemple, jointe au surmenage des jeunes soldats, suffit à expliquer l'adénopathie cervicale militaire, sans avoir besoin de recourir aux explications bizarres de certains médecins militaires qui prétendent, entre autres, qu'une des causes de cette affection doit être recherchée dans le courant d'air qui passe par les petites lucarnes latérales des guérites des factionnaires!

3° Le troisième groupe de faits concerne l'adénopathie cervicale primitive. Dans ces cas, on n'aurait pu trouver aucune porte d'entrée au bacille. En réalité, la solution de continuité des téguments aura passé inaperçue. Il y aura eu un de ces microtraumas dont l'observation la plus attentive ne saurait retrouver la trace.

En résumé, à part certains cas de tuberculose aiguë des ganglions lymphatiques (cervicaux et autres) où l'invasion sanguine serait peut-être à discuter, l'adénopathie cervicale tuberculeuse succède toujours à une lésion du département lymphatique de ces ganglions, cette lésion pouvant être tuberculeuse ou non.

L'anatomie pathologique de l'adénopathie tuberculeuse du cou ne présente rien de spécial.

L'aspect clinique est très variable. Tantôt ce sera un ganglion isolé qui, d'abord dur, roulant sous le doigt, arrondi, grossit lentement, puis se ramollit, s'ulcère et se cicatrise. Ces adénites isolées se voient surtout au niveau du ganglion préauriculaire ou des ganglions sus-hyoïdiens. D'ailleurs cette forme monoganglionnaire est assez rare.

En général, c'est à une pléiade ganglionnaire qu'on a affaire; les ganglions se prennent les uns après les autres, en général en suivant le cours de la lymphe, c'est-à-dire qu'ils sont d'abord sous-maxillaires, puis carotidiens, puis sus-claviculaires; quelquefois en remontant le cours de la lymphe. Cette pléiade, tantôt unilatérale, tantôt bilatérale, peut subsister longtemps, toujours même, à l'état de tumeur encapsulée, mobile sous la peau et sur les parties profondes; mais en général l'abcès froid se forme soit intra, soit extraganglionnaire. Une fistule s'établit; une suppuration interminable la suit, et si la guérison arrive, c'est au prix de ces affreuses cicatrices blanchâtres, indélébiles, quelquefois chéloïdiennes.

Dans une autre forme, les différentes glandes se confondent dans une sorte de gâteau tuberculeux, irrégulier, mamelonné, de consistance variable suivant les endroits, adhérent à la peau et aux parties profondes. Des décollements se produisent, des fistules à orifice violacé blafard donnant parfois issue à des lambeaux sphacelés, le tout occupant tout un côté du cou, quelquefois les deux, formant ainsi une sorte de hideux collier.

Tels sont les signes physiques de l'adénopathie tuberculeuse du cou. Les signes fonctionnels sont peu importants, et il est étonnant que les phénomènes de compression soient si rares, avec des tumeurs souvent très volumineuses dans une région si riche en organes de toute sorte.

On cite un cas de paralysie faciale par compression due à des ganglions intraparotidiens (Dodin) ou des accidents de compression du récurrent (Gouguenheim).

Nous ne citerons ici que pour mémoire les formes de tuberculose aiguë des ganglions cervicaux: l'une généralisée, à laquelle Lejars donne le nom de forme granulée; l'autre localisée et ayant l'aspect clinique d'un adéno-phlegmon.

Comme complications, nous citerons trois ordres de faits: les infections secondaires, les ulcérations vasculaires et la généralisation.