

LYMPHADÉNOMES

Définition. — Les *lymphadénomes* sont des tumeurs constituées par une néoformation de tissu adénoïde de His ou tissu conjonctif réticulé, tel qu'on l'observe à l'état normal dans les ganglions lymphatiques, dans les corpuscules de la rate, dans les follicules clos de l'intestin. Cette structure est absolument caractéristique et permet de ne confondre les lymphadénomes avec aucune autre tumeur.

Nous pouvons ajouter, avec BRAULT, que les termes de *lympho-sarcome* et de *lympho-carcinome* doivent être rejetés comme inutiles et capables d'entretenir la confusion. Quant aux diverses variétés de sarcomes qui peuvent se développer dans les ganglions, on doit les désigner simplement sous le nom de sarcomes ganglionnaires.

On a signalé depuis longtemps les relations étroites que présentent les lymphadénomes avec la *leucémie* ou *leucocythémie*, découverte en 1843 par BENNETT et VIRCHOW.

HODGKIN, le premier, en 1832, décrit une affection à marche progressive, caractérisée par une hypertrophie de la rate et des ganglions lymphatiques.

DONNÉ, en 1839, dans un cas de BARTH, constata une augmentation notable du nombre des globules blancs, coïncidant avec une hypertrophie de la rate et du foie, et le même observateur, en 1844, indiquait nettement, dans son cours de microscopie, l'existence d'un certain nombre de faits dans lesquels le sang présentait un excès de globules blancs qu'il fallait distinguer des globules de pus avec lesquels on les confondait généralement.

BENNETT, en 1843, publia deux observations qu'il considérait

comme deux cas d'affections de la rate où la mort avait été déterminée par une production de globules de pus dans le sang. La même année, VIRCHOW étudiait un cas du même ordre, mais il montrait que la modification du sang, à laquelle il donnait le nom de « sang blanc », consistait en une augmentation numérique des globules blancs et non pas en une formation de globules de pus dans le sang, et il insistait sur le rôle de la rate dans cette hyperproduction de globules blancs. Considérant l'hypertrophie de la rate et des ganglions comme secondaire, il regardait cette modification du sang comme le phénomène essentiel, et, en 1847, il proposa, pour désigner l'affection, le nom de *leucémie* (*leucémie*), en distinguant les variétés splénique et lymphatique.

Quelques années plus tard, BENNETT, contestant à VIRCHOW la priorité de la conception de la maladie nouvellement étudiée, renonçait définitivement à assimiler les globules blancs observés dans le sang aux globules de pus, et proposait de substituer au terme de *leucémie* celui de *leucocythémie*. Le même auteur fit d'ailleurs faire un nouveau pas à la question en montrant (1851) que l'hypertrophie de la rate peut exister sans leucocythémie, et bientôt ISAMBERT et ROBIN (1853) établissaient également que des hypertrophies ganglionnaires peuvent se produire sans augmentation du nombre des globules blancs du sang.

Devant ces faits, la leucocythémie, considérée par VIRCHOW comme le phénomène essentiel, devenait donc secondaire. C'est cette forme d'hypertrophie ganglionnaire sans leucocytose que WUNDERLICH désigna sous le nom de *pseudo-leucémie* et que TROUSSEAU décrit comme une affection particulière, sous la dénomination d'*adénie*.

Pour CORNIL et RANVIER, la leucocythémie et l'*adénie* ne constituent que deux variétés d'une même espèce morbide : « les lésions essentielles des organes sont en effet les mêmes dans ces deux maladies ; ce sont des tumeurs reproduisant la structure du tissu adénoïde de His, des lymphadénomes. »

Il convient toutefois de dire que, lorsque l'*adénie* se montre

sans leucocythémie, et sans hypertrophie de la rate et du foie, elle peut être confondue avec des adénites infectieuses. A ce point de vue le rôle des bactéries vulgaires, streptocoque, pneumocoque, comme celui des différentes bactéries décrites par KELSCH et VALLARD, PAWLOWSKI, DELBET, est encore indéterminé (BRAULT).

Au point de vue pratique, on peut, avec BRAULT, résumer la question à deux séries de faits :

« Il existe, d'une part, tout un groupe d'observations dans lesquelles l'altération initiale étant dans la rate, les ganglions, les amygdales, les follicules clos de l'appareil digestif et certains organes, comme le testicule, la peau ou la moelle osseuse, il se produit ultérieurement des néoformations réticulées dans le foie, les reins, le poumon, etc., avec ou sans leucocythémie concomitante.

« Dans un autre groupe, nous assistons à l'envahissement de chaînes ganglionnaires, sans qu'il y ait leucémie ou production de nodules lymphadénoïdes dans les organes. Dans ce dernier cas, toutes les hypothèses ayant trait à l'origine infectieuse de la maladie sont autorisées.

« Dans le premier groupe, au contraire, que les formes soient isolées ou associées, il s'agit de lymphadénie véritable, puisqu'il existe des productions réticulées dans divers organes. Ce sont des tumeurs reproduisant la structure du tissu adénoïde de His (BRAULT). »

Les néoformations de ce genre doivent être seules envisagées dans une étude générale des tumeurs.

Siège. — Les ganglions lymphatiques peuvent être inscrits en première ligne parmi les sièges de prédilection des lymphadénomes.

La rate et le foie sont, avec une égale fréquence, atteints par la néoplasie lymphadénique, mais, dans la majorité des cas, il s'agit de lésions secondaires; le lymphadénome primitif de la rate peut être considéré comme très rare, et celui du foie comme tout à fait exceptionnel, bien que l'on en trouve quelques exemples, notamment dans une observation publiée par

SUCHARD et TEISSIER en 1897, dans les comptes rendus de la Société anatomique.

Mais, indépendamment des lésions lymphadéniques que le foie et la rate peuvent présenter, on observe, dans la lymphadénie, des augmentations de volume de ces organes qui sont dues, non pas à une néoformation de tissu adénoïde, mais à d'autres altérations, telles que congestion avec dilatation des vaisseaux, apoplexie diffuse de globules blancs.

Cette dernière altération a été décrite par CORNIL et OLLIVIER, établissant ainsi que ces « ilots blanchâtres qui, dans le foie, ont été regardés par tous les auteurs comme causés par une hyperplasie du tissu conjonctif, résultent, dans la leucocythémie, d'une accumulation de leucocytes. Les capillaires laissent sortir, avec ou sans déchirure de leur tunique, une grande quantité de globules blancs qui se répandent entre les cellules hépatiques. Celles-ci subissent la transformation granulo-graisseuse et ne tardent pas à être détruites. On a affaire alors, non à une production de tissu adénoïde, mais à une véritable apoplexie de globules blancs (CORNIL et RANVIER). »

On peut en dire autant pour le rein, qui ne paraît guère être atteint que secondairement dans le lymphadénome. « Il peut s'y produire des hémorragies de globules blancs et des accumulations de ces éléments dans les capillaires, telles que l'organe semble être infiltré de pus, ou bien on y observe de véritables tumeurs lymphadéniques. »

D'après CORNIL et RANVIER, le thymus, même à l'âge où il a subi une atrophie presque complète, peut, sous l'influence de la leucocythémie ou de l'adénie, reprendre sa forme et acquérir un volume considérable. Dans plusieurs faits observés par ces histologistes, on constatait au microscope la structure du tissu adénoïde; il s'agissait bien d'une néoformation lymphadénique dans le thymus et non de ganglions péritrachéaux hypertrophiés, attendu qu'on y rencontrait les globes particuliers appartenant à cet organe.

Le lymphadénome peut être rencontré dans les différentes parties du tube digestif, si riche en tissu adénoïde. On l'observe au niveau des amygdales, où il est relativement fréquent, à la

base de la *langue*, où se trouve l'amas de tissu adénoïde qu'on désigne sous le nom d'amygdale linguale ; rare dans le *pharynx*, il est, au contraire, fréquent dans l'estomac et l'intestin.

BOETICHER a décrit des tumeurs adénoïdes dans le *poumon*, sans donner des renseignements bien précis sur leur structure ; mais, d'après les faits observés depuis, BRAULT pense qu'il s'agit certainement, dans beaucoup de cas, non pas d'une apoplexie de globules blancs ou de noyaux de pneumonie catarrhale, comme on pouvait le supposer, mais bien d'une néoformation de tissu adénoïde.

Dans la *moelle des os*, le lymphadénome est presque toujours secondaire, d'après BROUSSES et GÉRARDIN.

Enfin on peut aussi rencontrer la néoplasie lymphadénomateuse dans le *corps thyroïde*, le *pancréas*, les *capsules surrénales*, l'*ovaire*, le *testicule* où MALASSEZ l'a décrit en 1874, dans les *séreuses* (plèvre, péricarde, péritoine), dans le *tissu conjonctif* sous-cutané ou intermusculaire, dans le *cerveau*, etc.

CORNIL et RANVIER ont insisté sur une forme singulière de lymphadénie qui débute dans la *peau*, et que BAZIN et ALIBERT avaient désignée sous le nom de *mycosis fongöide*. « Cette affection est caractérisée par des tumeurs de volume très variable, dont quelques-unes subissent à un moment donné une régression complète, tandis que d'autres restent stationnaires ou qu'il s'en développe de nouvelles. »

Une semblable particularité ne semble guère permettre de considérer cette affection cutanée comme devant rentrer dans le cadre des tumeurs, qui, suivant la définition classique, diffèrent des productions inflammatoires en ce qu'elles ont une tendance absolue à persister ou à s'accroître.

Anatomie pathologique. — Les caractères *macroscopiques* des lymphadénomes sont résumés dans ces termes par CORNIL et RANVIER : leur *volume* varie depuis celui d'une granulation miliaire jusqu'à celui d'une tête de fœtus ; les tumeurs lymphadéniques, qui sont en général *multiples*, sont presque toujours *mal limitées* au milieu des organes, et, dans les ganglions lymphatiques notamment, elles semblent ne constituer qu'une

hypertrophie simple ; elles en diffèrent cependant en ce que, dans le cas où plusieurs ganglions voisins sont envahis, on les voit se fondre en une masse commune. Ces tumeurs ont un aspect franchement encéphaloïde ; elles sont *molles*, *grisâtres*, avec des points ou des îlots rouges correspondant à des dilatactions vasculaires ou à des foyers hémorragiques ; quelquefois on y trouve des parties opaques, caséeuses, lardacées. Elles donnent, par le raclage, un *suc* laiteux très abondant, exactement comme les carcinomes.

Les lymphadénomes de l'estomac ont un aspect assez caractéristique pour qu'on puisse déjà soupçonner leur nature à l'œil nu. Ils forment, en effet, des tuméfactions bosselées, grisâtres, uniformément colorées ou tachetées d'ecchymoses. Celles-ci sont souvent très étendues en surface et assez épaisses pour qu'on puisse les confondre avec d'autres tumeurs, et en particulier avec les cancers épithéliaux, en raison de leur mollesse, de leur tendance aux ulcérations, et du suc qu'elles donnent ; l'examen histologique seul permet de distinguer ces lymphadénomes volumineux des autres tumeurs malignes de l'estomac.

« Les lymphadénomes de l'intestin grêle et du gros intestin offrent la plus grande analogie avec ceux de l'estomac. Les plus volumineux n'en diffèrent pas à l'œil nu ; mais on trouve aussi dans l'intestin de petites tumeurs acminées ressemblant beaucoup aux follicules hypertrophiés de la fièvre typhoïde, légèrement ulcérées à leur centre qui présente alors un point déprimé. On pourrait croire qu'il s'agit là simplement de l'hypertrophie d'un follicule isolé, mais il n'en est rien. Sur des coupes, on voit, au microscope, dans ces petites tumeurs, les glandes de LIEBERKÜHN séparées par un tissu réticulé de nouvelle formation, et, au-dessous d'elles, le même tissu qui remplace le chorion de la muqueuse (CORNIL et RANVIER). »

Les caractères *microscopiques* des lymphadénomes sont identiques à ceux du tissu des ganglions lymphatiques ; il convient de rappeler brièvement la structure de ce tissu.

Le tissu réticulé normal des follicules des ganglions est cons-

titué essentiellement par un tissu conjonctif *réticulé* tout à fait caractéristique, dont les mailles sont remplies de cellules lym-

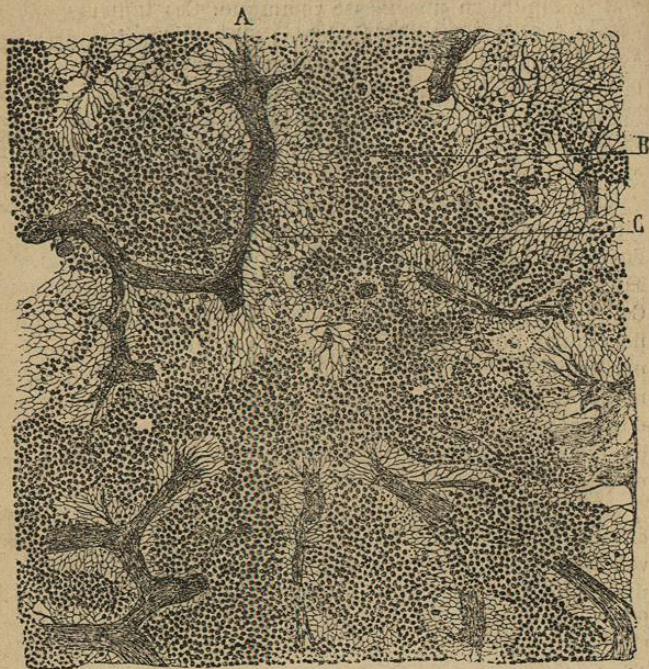


Fig. 85.

Tissu réticulé d'un ganglion préparotidien du mouton traité incomplètement par le pinceau de façon à mettre en évidence le tissu caverneux dont toutes les cellules lymphatiques ont été chassées, et les cordons folliculaires dont le réticulum conjonctif n'a pas été dégagé. (J. RENAUT.)

A, travées fibreuses cloisonnant la substance corticale du ganglion. — B, cordons folliculaires remplis de cellules lymphatiques. — C, tissu caverneux à larges mailles, dégagé par l'action du pinceau.

phatiques. Ce stroma réticulé renferme de nombreux capillaires, autour desquels le tissu conjonctif forme une couche

condensée d'où partent les fibrilles extrêmement ténues du réticulum. Sur les points nodaux formés par l'entrecroisement des fibrilles et sur les fibrilles elles-mêmes, on peut, dans les préparations traitées par le pinceau pour en chasser les cellules lymphatiques, distinguer les noyaux aplatis ou ovoïdes des cellules endothéliales appliquées sur ces fibrilles.

Lorsqu'on veut mettre en évidence, sur des coupes minces d'une tumeur que l'on pense être un lymphadénome, le tissu réticulé caractéristique, qui est le plus souvent difficile à distinguer en raison de l'abondance des cellules lymphatiques remplissant les mailles du réseau, il faut débarrasser les coupes de ces cellules, mais il est assez difficile et assez long d'arriver à ce résultat en traitant par le pinceau les coupes obtenues après durcissement par l'alcool. Pour rendre cette opération plus facile, CORNIL et RANVIER conseillent de recourir au procédé suivant : un fragment de la tumeur est placé pendant vingt-quatre heures dans l'alcool au tiers, puis pendant vingt-quatre heures également dans une solution de gomme légèrement sirupeuse et enfin dans l'alcool fort pour obtenir un durcissement complet. Il est alors plus facile de pratiquer des coupes minces, et, après les avoir mises dans l'eau, de dégager avec le pinceau le stroma réticulé des éléments cellulaires libres qui masquent la structure.

« Sur ces dernières préparations, le tissu cellulaire réticulé partant des capillaires se voit à l'état parfaitement pur. Dans le cas d'adénie, si les préparations ont été faites au moyen de l'alcool seul, les vaisseaux sanguins paraissent vides ou remplis de globules rouges qui ne se colorent pas par le carmin. Dans la leucocythémie, au contraire, les capillaires dilatés contiennent un grand nombre de globules blancs qui se colorent facilement.

« Des capillaires pleins de globules blancs se retrouvent alors dans tous les organes, même ailleurs que dans les tumeurs lymphatiques, de telle sorte qu'on peut, par ce seul caractère, arriver à reconnaître après la mort l'existence d'une leucocythémie parfois méconnue pendant la vie, ainsi que cela nous est arrivé plusieurs fois (CORNIL et RANVIER). »

A côté de cette forme de lymphadénome qui constitue ce qu'on peut appeler le lymphadénome *typique*, et dont la structure

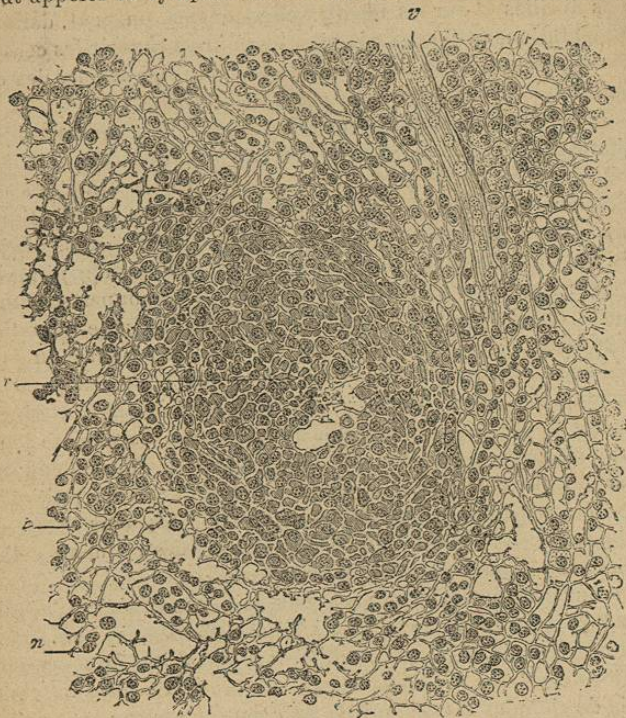


Fig. 86.

Coupe d'un lymphadénome du testicule (Cornil et Ranvier).

r, section d'un tube séminifère dont la paroi très épaisse est transformée en tissu adénoïde. — e, fibres du tissu réticulé. — n, cellules lymphatiques. — v, capillaire sanguin (d'après une préparation de Malassez). Grossissement de 300 diamètres.

est semblable à celle du tissu réticulé normal, on a distingué une forme dite *métatypique* dont la structure s'écarte de celle du tissu lymphoïde normal. BEZANÇON a publié en 1899, avec GRIFFON et CLERC, dans les Bulletins de la Société anatomique,

une description anatomique très complète qui correspond à cette variété.

« Au point de vue histologique, toutes les tumeurs affectent le même type : l'architecture normale des ganglions a disparu ; on se trouve en présence d'une nappe de tissu réticulé, cloisonnée par d'épaisses travées fibreuses qui s'anastomosent entre elles et délimitent ainsi les lobules. Chaque lobule est constitué par un réticulum très apparent qui contient dans ses mailles, à la périphérie, des leucocytes mononucléés, régulièrement disposés, ressemblant aux *plasmazellen*, et, au centre, de très volumineuses cellules, les unes à noyau vésiculeux, comme œdémateux, les autres à noyau mûriforme, comme les cellules de la moelle des os. Beaucoup de ces cellules sont en karyokinèse ; d'autres présentent dans leur intérieur des inclusions cellulaires comme les cellules du carcinome (BEZANÇON et GRIFFON). »

Dans un autre cas de lymphadénome métatypique, examiné par BEZANÇON, les cellules lymphatiques normales, lymphocytes, petits leucocytes mononucléaires, étaient également remplacées par des cellules anormales, telles qu'on n'en rencontre pas dans les ganglions, mais dérivant cependant du tissu lymphoïde, attendu qu'on observe des cellules analogues dans d'autres organes lymphatiques ; c'est ainsi qu'on distinguait, parmi les éléments cellulaires remplissant les mailles du réticulum, de grandes cellules à noyau bourgeonnant rappelant les cellules de la moelle osseuse, « comme si, à la place du tissu ganglionnaire, on avait de la moelle osseuse, fait qui, d'ailleurs, peut s'observer à l'état normal dans la rate de certains animaux (BEZANÇON et CLERC). »

Depuis GOLDMANN, tous les auteurs allemands insistent sur la présence de cellules éosinophiles, qu'ils considèrent comme constante, dans le lymphadénome. L'abondance de ces cellules constitue, en effet, un des caractères importants des tumeurs lymphadéniques, mais leur présence n'est pas constante, et, dans un cas non douteux de lymphadénome, rapporté par BEZANÇON et GRIFFON, les cellules éosinophiles faisaient presque complètement défaut. La valeur de ce signe n'est donc pas

absolue, malgré l'opinion généralement adoptée en Allemagne.

Comme tous les néoplasmes, les lymphadénomes peuvent être le siège de diverses *altérations secondaires*.

Les *hémorragies diffuses*, notamment, y sont assez fréquentes et se montrent tantôt dans les tumeurs lymphadéniques seulement, tantôt à la fois dans ces tumeurs et dans les organes non envahis par le processus néoplasique. « C'est ce qui arrive surtout dans la leucocythémie. Les apoplexies s'expliquent alors par la rupture des capillaires à la suite d'une accumulation des globules blancs dans leur intérieur. En effet, les globules blancs jouissent d'un pouvoir adhésif qui a été démontré par POISEUILLE, et si leur nombre devient considérable (dans certains cas, il est plus grand que celui des globules rouges), on conçoit que la circulation puisse être entravée, et que la tension sanguine devienne assez grande pour déterminer la rupture des vaisseaux. Le sang épanché subit alors ses modifications régressives habituelles (CORNIL et RANVIER) ».

Il est assez fréquent de constater dans le lymphadénome des infections microbiennes secondaires; c'est ainsi qu'on a signalé dans des ganglions lymphadéniques la présence de colibacilles et de streptocoques. On est en droit d'en conclure que les ganglions atteints par le lymphadénome constituent un terrain très favorable au développement des processus microbiens. Ainsi s'expliquent également les erreurs d'interprétation qui ont pu résulter de la présence de bactéries dans les ganglions lymphadéniques, au point de vue de la pathogénie du lymphadénome.

Ainsi que nous l'avons dit, le diagnostic histologique du lymphadénome ne peut être fait que par la constatation du stroma réticulé, sur des coupes faites après durcissement et traitées par le pinceau d'après la méthode de HIS.

Il est cependant possible, dans la très grande majorité des

cas, de distinguer le lymphadénome au début des amas leucocytaires de nature inflammatoire, même avant d'avoir mis en évidence le réticulum caractéristique. BRAULT nous montre, en effet, les caractères qui permettent de reconnaître le lymphadénome :

« Les cellules lymphatiques, dans les foyers récents, présentent une très grande netteté de contour. Elles s'insinuent entre les cellules du foie, du rein, entre les fibres musculaires du cœur, sans que les cellules épithéliales ou les fibres musculaires offrent, pendant longtemps du moins, la moindre trace de réaction inflammatoire ou de dégénérescence. Il paraît y avoir, en résumé, *substitution* d'un tissu à un autre, cette substitution se produisant avec une apparence de régularité. Tous les leucocytes, sur de vastes étendues, semblent dans un état d'intégrité complet. Tout autre est la disposition des infiltrations leucocytaires dues aux maladies infectieuses. On trouve constamment soit dans les amas de cellules lymphatiques, soit dans les tissus aux confins de la zone inflammatoire, des traces nombreuses de désintégration, de nécrose ou d'inflammation (BRAULT). »

Étiologie et pathogénie. — C'est manifestement chez les sujets d'âge moyen, c'est-à-dire entre vingt et quarante ans, que le lymphadénome se développe surtout, bien qu'on puisse l'observer à tout âge, puisqu'on en a rapporté des exemples dans la première enfance aussi bien qu'aux âges les plus avancés. D'après la statistique de BROUSSES et GÉRARDIN, le maximum de fréquence concernerait les sujets âgés de vingt à trente ans; dans la statistique de GOVERS, le lymphadénome se rencontre principalement de trente à quarante ans.

Sans qu'il soit possible de déterminer la cause de cette prédilection, la maladie frappe le sexe masculin plus souvent que le sexe féminin, dans la proportion de 3 à 1.

Nous n'insisterons pas sur les causes variées qui ont été incriminées au sujet de l'étiologie du lymphadénome. Un seul fait mérite de retenir l'attention, parce qu'il peut être invoqué en faveur de l'origine infectieuse des lésions lymphadéniques :

TROUSSEAU le premier a montré que la localisation initiale de l'affection se manifeste souvent au niveau de groupes ganglionnaires auxquels aboutissent les vaisseaux lymphatiques de muqueuses enflammées chroniquement; c'est ainsi que l'on a signalé la coïncidence fréquente du lymphadénome cervical avec le coryza chronique.

Malgré de nombreux travaux bactériologiques et expérimentaux publiés en faveur de l'origine infectieuse du lymphadénome, la démonstration de cette origine nous fait encore entièrement défaut, et cette intéressante question de pathogénie, loin de trouver un éclaircissement dans les travaux récents, s'est plutôt compliquée davantage, parce que les expérimentateurs n'ont pas toujours suffisamment pris le soin d'éviter rigoureusement toute confusion entre le lymphadénome et de simples hypertrophies ganglionnaires de nature infectieuse.

Déjà, en 1880, KLEBS a signalé la présence de monades dans le sang de malades atteints de lymphadénome. D'autre part, MAC GILLAVRY, OSTERWALD, SPILLING, R. BRAUMWELL, MAJOCCHI et PICCHINI ont constaté des microbes soit dans le sang, soit dans les ganglions, dans la rate ou dans le foie. MAFFUCCI et TRAVERSA ont vu du streptocoque dans le sang ou dans les ganglions; BONARDI, HEWELK, ROUX et LAUNOIS, VERDELLI, FISCHER ont constaté des staphylocoques; dans un cas, DELBET et LONGUET ont rencontré le pneumocoque; KELSCH et VAILLARD ont observé un bacille spécial; PAWLOWSKI a isolé un autre bacille, qu'il a considéré comme spécifique. Mais aucun de ces auteurs n'a réussi à reproduire la maladie avec un des microorganismes isolés et cultivés.

DELBET a trouvé « dans le sang de la rate, chez une femme atteinte de lymphadénome généralisé, à forme surtout splénique, un bacille particulier, mobile, sporifère, aérobie »; avec des cultures de ce microbe il a obtenu chez le chien des hypertrophies ganglionnaires multiples, qu'il a considérées comme une reproduction expérimentale du lymphadénome ganglionnaire généralisé. Comme QUÉNU le fait observer, il manque à ces expériences, pour qu'on puisse être certain

qu'il s'agissait bien de lymphadénome expérimental, la démonstration d'une néoformation certaine de tissu réticulé, notamment dans les organes où l'on n'en trouve pas à l'état normal.

Symptômes et pronostic. — Le lymphadénome ganglionnaire, qui doit seul nous occuper dans cette étude générale des tumeurs, débute le plus souvent dans la région cervicale, sous la forme d'une petite tuméfaction arrondie, ferme, parfaitement mobile et tout à fait indolente; plusieurs ganglions se prennent successivement dans la région envahie la première, et parfois, avant que ces ganglions aient subi une très grande augmentation de volume, des chapelets ganglionnaires sont déjà appréciables dans d'autres régions, souvent très éloignées de la localisation primitive.

Les ganglions atteints peuvent rester longtemps mobiles et indépendants les uns des autres, tout en augmentant de volume plus ou moins rapidement, suivant les cas, cette augmentation de volume pouvant se produire soit d'une façon progressive soit par poussées successives, entre lesquelles le volume reste stationnaire ou semble même quelquefois diminuer pour augmenter ensuite de nouveau.

Les ganglions lymphadéniques peuvent ainsi acquérir un volume considérable sans cesser de se montrer indépendants les uns des autres, et sans contracter la moindre adhérence avec les tissus voisins, de sorte que les téguments qui les recouvrent se laissent parfaitement plisser au-dessus de la tuméfaction qu'ils constituent, de même que celle-ci se mobilise sur les parties profondes. Cette limitation prolongée du processus néoplasique au ganglion même, sans propagation péricanglionnaire, est assez caractéristique du lymphadénome; en effet, dans les polyadénites tuberculeuses, qu'il est souvent si difficile de distinguer du lymphadénome ganglionnaire, dans les premiers temps de leur évolution tout au moins, il est moins fréquent de voir les ganglions malades atteindre un volume aussi considérable, sans que le processus inflammatoire s'étende au tissu cellulaire péri-ganglionnaire.

créant ainsi une périadénite qui fusionne en quelque sorte entre eux les ganglions voisins.

La durée de cette première période, dans laquelle le lymphadénome ganglionnaire forme des tumeurs mobiles et indépendantes, est assez variable, et peut atteindre plusieurs mois ou plusieurs années, suivant la marche de l'affection.

Déjà pendant cette période l'examen du sang peut révéler l'existence de la leucocythémie, mais, comme nous l'avons dit, celle-ci n'est pas constante, et, si cette constatation constitue un excellent signe au point de vue du diagnostic du lymphadénome, l'absence de leucocythémie ne permet pas de nier la nature lymphadénomateuse des tumeurs ganglionnaires.

Dans la plupart des cas, l'état général ne semble guère influencé pendant la première période de l'évolution de la maladie; cependant LANGHANS a signalé une élévation de température dans certaines formes à marche rapide; QUÉNU a eu également l'occasion d'observer une notable élévation thermique, coïncidant avec chaque poussée d'accroissement d'un lymphadénome.

Dans une deuxième période de leur évolution, les ganglions envahis par le lymphadénome perdent leur mobilité et leur indépendance; ils constituent alors par leur réunion avec les ganglions voisins des masses immobiles, bosselées et diffuses, qui, au cou, se montrent tantôt unilatérales, tantôt bilatérales; dans ce dernier cas l'aspect du malade est particulièrement frappant, lorsque le processus néoplasique a pris un développement considérable; il n'y a plus, en effet, de dépression séparant l'épaule du cou, et le thorax semble se prolonger directement jusqu'à la face, la masse ganglionnaire formant un énorme collier irrégulièrement mamelonné.

Des troubles fonctionnels, résultant de la compression des nerfs et des organes, se manifestent alors avec une intensité variable, et à cette action compressive due au développement de la tumeur viennent souvent s'ajouter des troubles résultant d'un processus sclérosant subaigu ou chronique, sur lequel QUÉNU a insisté avec raison, et qui, comme dans

la néoplasie carcinomateuse, contribue à enserrer les cordons vasculaires et nerveux. C'est ainsi que, dans le lymphadénome du cou, le nerf récurrent ou le nerf pneumogastrique peut être intéressé et devenir le point de départ d'accidents syncopaux ou asphyxiques susceptibles de déterminer une mort rapide, si l'on ne pratique pas d'urgence la trachéotomie. Lorsque la compression porte sur les branches du plexus cervical, elle détermine des phénomènes de douleur ou de paralysie; quand elle agit sur les vaisseaux, elle entraîne de l'œdème des membres, coïncidant le plus souvent avec des douleurs névralgiques très intenses.

Lorsque le médiastin est envahi, on voit apparaître, indépendamment de la cyanose et de l'œdème de la face et du tronc, des troubles vocaux, respiratoires et cardiaques d'une gravité extrême.

En même temps l'état général devient mauvais, le malade s'affaiblit, sans qu'il y ait un amaigrissement notable, et le teint prend un aspect cireux.

La généralisation qui, dans certains faits, se produit d'emblée, succède en tout cas aux formes primitivement localisées, et l'on assiste alors à l'envahissement de tous les ganglions, des différents viscères, tels que la rate et le foie, de la moelle des os, de la peau. QUÉNU a signalé dans cette phase terminale des éruptions eczématiformes, qui se font par poussées et disparaissent en laissant une sorte d'œdème rouge des téguments.

A cette période avancée de l'évolution du lymphadénome, on peut observer l'adhérence des téguments à la tumeur sous-jacente et ceux-ci peuvent même s'ulcérer, mais, contrairement à ce que l'on observe dans l'évolution des cancers épithéliaux, l'ulcération spontanée est très rare et le plus souvent la solution de continuité ne se produit qu'à la suite d'un traumatisme.

Dans les formes localisées au début, la période de localisation peut durer plusieurs années, et, dans un cas de RECLUS, elle a atteint dix-huit ans.

Dès que le lymphadénome est généralisé, sa marche est en

général très rapide, et, en quelques semaines ou en quelques mois, le malade succombe soit à une cachexie progressive, soit à des accidents syncopaux ou asphyxiques.

D'une façon générale, en dehors des cas extrêmes dans lesquels la maladie ne dure que quelques semaines ou reste au contraire stationnaire pendant plusieurs années, on peut dire que la durée moyenne de l'affection est de deux à trois ans.

Le pronostic du lymphadénome est extrêmement grave car, même dans les formes cliniquement localisées, la diffusion du mal semble exister toujours, puisque, après l'ablation des tumeurs lymphadéniques les plus circonscrites en apparence, la récurrence se produit d'une façon pour ainsi dire constante, dans un délai généralement très court. On a cité cependant quelques exemples d'une survie assez longue, mais il s'agit de faits véritablement exceptionnels, et cette impuissance de l'action chirurgicale suffit à justifier l'abstention en dehors des cas dans lesquels le début est tout à fait récent et la lésion primitive absolument localisée, sans qu'il y ait la moindre leucocytose.

CANCERS ÉPITHÉLIAUX

ÉPITHÉLIOMES ET CARCINOMES

Définition. — Sous la dénomination de *cancers épithéliaux*, on range actuellement toutes les tumeurs malignes d'origine épithéliale, en y comprenant les *épithéliomes* et les *carcinomes*, qu'on étudiait séparément avant qu'on eût reconnu leur commune origine.

Le terme d'épithéliome semble avoir été créé par HANNOVER (1852), pour désigner les tumeurs malignes de nature épithéliale développées aux dépens de la peau ou des muqueuses.

Quant au terme *carcinome* (καρκινωμα) il était employé déjà par Hippocrate et par Galien pour désigner les tumeurs envahissantes dont les ramifications peuvent présenter une analogie grossière avec les pattes étalées d'un crabe (καρκινος).

Or, tandis qu'un certain nombre d'anatomo-pathologistes, négligeant d'adopter la dénomination proposée par HANNOVER, distinguaient toutes les tumeurs malignes de nature épithéliale sous le nom de *carcinomes* ou *cancers épithéliaux*, CORNIL et RANVIER, adoptant la théorie de VIRCHOW, considéraient encore en 1884 les carcinomes comme des tumeurs appartenant au type du *tissu conjonctif*, et les plaçaient entre les lipomes et les gommés syphilitiques, étudiant d'autre part, dans un même chapitre, comme « tumeurs ayant leur type dans le tissu épithélial », les épithéliomes, tumeurs malignes, les papillomes, tumeurs bénignes, les adénomes et les kystes sébacés, séreux, muqueux et colloïdes.

Cependant, dès 1865, c'est-à-dire avant de se rallier à la théorie de VIRCHOW, CORNIL écrivait déjà : « Les tumeurs comprises