

— C. Breschet, *ibid.*, t. XX, p. 377, 1839. — Dupuytren, *Leçons orales de clin. chirurgicale*, t. III, p. 202, 1839. — A. Bérard, *Mém. sur le trait. des tum. érectiles*, in *Gaz. méd.*, 1841, p. 689. — J. Sigmund, *U. d. Behndl. kleiner Telangiectasien, etc.*, in *Oesterr. med. Wochensc.*, Wien, 1842, n° 49, s. 437. — Roux, *Tum. fung. sanguines*, in *Dict. en 30 vol.*, t. XXIX, p. 822, 1844. — C. Hawkins, *Clinical lecture*, in *Lond. méd. Gaz.*, vol. XXXVII, p. 1025, 1846. — V. Gautier, *Cons. et obs. relatives à l'an. path., à la marche et au trait. des tum. érect. cutanées*, thèse de Paris, 1850, n° 93. — Costilhes, *Du nævus maternus, etc.*, Paris, 1854 (extrait de la *Revue médicale*). — Holmes Coole, *On nævi materni, etc.*, in *Lond. med. Gaz.*, 2^e série, vol. X, p. 412, 1850. — P. N. Gerdy, *Chirurgie pratique*, t. II, p. 489, Paris, 1852. — Ch. Robin, *Mém. sur l'anat. des t. érectiles*, in *Mém. de la Soc. de biologie*, 1^{re} série, t. V, p. 173, 1853. — Bickersteeth, *Large subc. nævus, etc.*, in *Monthly. Journ. of Edinburgh*, vol. XVI, p. 513, 1853. — Paget, *Erectile or vascular tumour*, in *Lect. on surg. pathol.*, vol. II, p. 267, London, 1853. — Deville, *Des tum. érectiles*, in *Mon. des hôpitaux*, p. 650, 1853. — A. Laboulbène, *Sur le nævus en général, etc.*, thèse de Paris, 1854, n° 38. — Schuh, *U. d. cavernösen Blutgesch.*, in *Zeit. d. K. K. gessel. d. Aertze zu Wien*, 1853. — Rokitsky, *U. d. cavernöse Blutgeschw.*, in *Zeitsch. d. K. K. gess. d. Aertze zu Wien*, 1854, et *Lehrb. der path. anat.*, Wien, 1855, Bd. I, s. 208. — R. Virchow, *U. cavernöse geschw. u. Telangiectasien*, in *Arch. f. path. anat.*, Bd. VI, s. 528 u. 545, 1854. — F. Esmarch, *U. Cavernöse Blutgeschw.*, in *Ibid.*, Bd. VI, s. 34 u. 53, 1854. — Dubrueilh, *Des tum. érectiles*, thèse de Paris, 1855, n° 278. — J. Cruveilhier, *Traité d'anat. path. génér.*, t. III, p. 879, Paris, 1856. — Lebert, *T. érectiles*, in *Traité d'anat. path. génér. et spéciale*, t. I, p. 207, Paris, 1857. — Nélaton, *Du trait. des t. érect. par la vaccination*, in *Union méd.*, 1857, p. 258. — Luigi Porta, *Dell' angiectasia*, Milano, 1861. — G. Chaigneau, *Des tumeurs érectiles*, thèse de Strasbourg, 1867, 3^e série, n° 21. — R. Virchow, *Die Krankhaften Geschwulste*, Bd. III, s. 307 (Angiome, 2^e leçon), Berlin, 1867. — Th. Billroth, *Angiomes*, in *El. de pathol. chir. génér.* (tr. franc.), p. 71, Paris, 1868. — P. Broca, *Tumeurs érectiles*, in *Traité des tumeurs*, t. II, p. 160, 1869. — A. Lücke, *Die angiome*, in *Handb. d. allg. u. speciell. chir. v. Pitha u. Billroth*, Bd. II, H. 1, A. 2, s. 252, Erlang., 1869. — N. Dumbravenu, *Rech. sur les tum. érectiles, etc.*, thèse de Paris, 1870, n° 27. — J. Paget et C. H. Moore, *Erectile tumours*, in *Holme's system of Surgery*, 2^e édit., vol. I, p. 541, Lond., 1870. — Eugène Bœckel, *Tumeurs érectiles*, in *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XIII, p. 730, 1870 (Bibliogr.). — Ch. Monod, *Et. sur l'angiome simple sous-cutané circonscrit, etc.*, thèse de Paris, 1873, n° 95.

§ 14. — Lymphangiomes.

Ces tumeurs seraient caractérisées non-seulement par la dilatation simple des vaisseaux lymphatiques proprement dits, mais encore par l'ectasie et l'hyperplasie des mêmes vaisseaux. Pour Virchow, il y

aurait même aussi néoplasie réelle de vaisseaux lymphatiques, ce qui paraît fort contestable à Cornil et Ranvier et à Lücke.

Il résulte de cette définition que la plupart de ces tumeurs seront décrites plus loin, lorsque nous examinerons les *varices des lymphatiques*, et que nous ne nous occuperons guère ici que des productions dans lesquelles les dilatations des lymphatiques atteignent les ganglions.

A. — Lymphangiomes des ganglions.

Ces tumeurs ont été décrites par Th. Anger, sous les noms de *Tumeurs érectiles lymphatiques*, ou d'*Adéno-lymphocètes*; V. Georgjevic les appelle *lymphadénectasies*. On n'en possède qu'un nombre assez restreint d'observations (15), dont les principales sont dues à Amussat, Nélaton, U. Trélat, Th. Anger, etc.

Anatomie pathologique. — Ces tumeurs siègent le plus souvent aux aines; elles sont formées par des glandes lymphatiques souvent perdues dans de la graisse (U. Trélat). Ces glandes forment trois à cinq tumeurs limitées, bosselées, inégales, tantôt gonflées, offrant l'apparence de canaux dilatés et pelotonnés, tantôt flasques, vides et molles.

Les ganglions altérés sont entourés d'une capsule fibreuse, résistante, quelquefois double. Leur parenchyme est mou, dépressible, spongieux, de coloration très-variable, selon qu'on l'examine sur des préparations fraîches ou déjà altérées. Les deux substances des ganglions sont nettement accentuées, les sinus lymphatiques sont dilatés; à la section, il s'écoule une matière blanche laiteuse (Nélaton); en résumé, l'aspect de la tumeur rappelle la coupe d'un tissu érectile. Les parois des canaux et des sinus dilatés sont épaissies, leurs éléments contractiles sont hypertrophiés (Th. Anger); l'épithélium qui les tapisse n'a pu être retrouvé par Th. Anger, Czerny l'a décrit. Les follicules des ganglions semblent disparus en grande partie, peut-être ont-ils subi la transformation graisseuse? Le liquide que renferment ces tumeurs n'est autre que de la lymphe (Nélaton, Ch. Robin, Sappey), qui contiendrait plus de fibrine et plus de matière colorante que normalement (Nasse) (?).

En résumé, on aurait affaire à une dilatation des vaisseaux lymphatiques intra-glandulaires, avec hypertrophie de leurs parois et disparition de l'élément adénoïde glandulaire, d'où l'aspect érectile des tumeurs (Th. Anger). Cette altération s'accompagne le plus souvent d'une dilatation des troncs et réseaux lymphatiques afférents et efférents, sur laquelle Th. Anger n'insiste pas assez.

Étiologie et Pathogénie. — De même que les varices des réseaux et des troncs, celles des ganglions s'observent chez les sujets jeunes, et plus particulièrement dans les climats chauds. Les hommes seraient plus fréquemment atteints que les femmes. Le tempérament lymphatique ne semble nullement prédisposer à cette affection.

La compression, l'oblitération des troncs lymphatiques volumineux ne paraît jouer qu'un rôle secondaire dans le développement de ces tumeurs, ainsi qu'il semble résulter des faits cliniques et expérimentaux (Th. Anger).

Pour expliquer la production de ces tumeurs, on en est donc réduit à admettre une sorte de diathèse spéciale, dite diathèse variqueuse lymphatique, (Th. Anger) (?).

Symptomatologie. — Lorsqu'ils attirent l'attention des chirurgiens, les lymphangiomes se présentent sous l'aspect de tumeurs assez volumineuses, mobiles, isolées, molles, dépressibles, donnant aux doigts la sensation des tumeurs érectiles ou des lipômes. On n'y trouve pas de fluctuation nette; par la pression, ces productions s'affaissent, mais laissent persister des noyaux indurés analogues à des pelotons de petits tubes de caoutchouc enroulés (Th. Anger).

Ces tumeurs siègent d'ordinaire aux aines dans le triangle de Scarpa, et elles sont symétriquement développées; toutefois on en a signalé dans l'aisselle, à la région sus-hyoïdienne (Lücke, Virchow, Th. Anger), au coude (Kiemer).

Sauf les cas où il existe une dilatation concomitante des réseaux et des troncs lymphatiques, la peau qui recouvre les tumeurs est normale.

La toux, les efforts, n'influent en rien sur le volume de ces productions; la marche, la fatigue augmentent leur tension; par le repos elles diminuent et ressemblent alors à un sac irrégulier, présentant des trabécules et des reliefs dans son intérieur (U. Trélat).

Les phénomènes fonctionnels sont presque nuls, il y a un peu de tension et de gêne surtout après la marche (Th. Anger, Amussat, Desjardins). Quelques observateurs ont noté un empatement profond au niveau des ganglions lombaires, empatement qui indiquerait une lésion analogue de ces glandes.

Les symptômes généraux sont des troubles gastriques intermittents et irréguliers, donnant lieu à des modifications de nutrition appréciables par un amaigrissement et un engraissement alternatifs. On a signalé des vertiges (U. Trélat), de la faiblesse des jambes, une diminution notable des globules blancs du sang (Th. Anger) (?).

La marche de cette affection est assez insidieuse, si bien que les malades ne peuvent déterminer nettement l'époque de l'apparition

des tumeurs. Celles-ci développées, leur évolution est très-lente et elle reste stationnaire au bout d'un certain temps.

On n'a pas observé de rupture des dilatations variqueuses des ganglions, comme cela se remarque lors d'ectasie des réseaux ou des troncs lymphatiques.

Enfin l'issue souvent fatale est due à une complication inflammatoire naissant sous la moindre influence; il se développerait une *angioleucite phlegmoneuse* (Nélaton), avec intoxication septicémique rapide. La mort survient en effet en vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Quelques auteurs, Nélaton entre autres, ont admis sans le prouver que cette affection pouvait donner naissance à une véritable *cachexie* comme l'adénie (1).

Diagnostic. — Il est assez difficile, et dans certains cas on a pu confondre les lymphangiomes avec le lipôme, l'angiome caverneux, une hernie épiploïque (Amussat). Toutefois la symétrie des tumeurs, leur constance, leur réductibilité partielle, enfin la coïncidence de réseaux et de troncs dilatés pourront aider à formuler un diagnostic exact.

Le *pronostic* est grave, vu la complication inflammatoire si fréquente.

Quant au *traitement*, il est palliatif; on doit protéger les tumeurs sans trop les comprimer; prescrire le repos, les émoullents, s'il y a tendance à l'inflammation. Quelques médecins ont conseillé le changement de climat, au moins pour les habitants des colonies (Petit, Saint-Paul).

Dans tous les cas, toute opération est *absolument* contre-indiquée (Nélaton, U. Trélat). Telle n'est pas l'opinion de Billroth.

B. — Lymphangiomes simples.

Nepveu décrit sous ce nom une sorte de tumeur érectile des réseaux lymphatiques, qui nous paraît difficile à distinguer des *varices* des réseaux, excepté dans les cas où la production anormale est congénitale (Reichel, Lücke, Fischer, etc.).

Ces tumeurs ont été signalées aux lèvres (macrochilie), à la langue (macroglossie), à la région sacrée, au tronc, etc. On a admis une certaine relation entre elles et les tumeurs kystiques du cou (Lücke) et de la région sacrée (Fischer). Quelques auteurs admettent l'existence du lymphangiome simple dans l'éléphantiasis des Arabes

(1) Voir page 316.

(Virchow, Cornil et Ranvier, Nepveu) et sa coexistence avec des fibrômes (Billroth, Nepveu).

L'anatomie pathologique de ces tumeurs est encore assez mal connue; elles forment des cavités, des cavernes avec ou sans dilatation des ganglions correspondants; cavités qui deviennent parfois des kystes, sont tapissées d'épithélium (Lücke, Waldeyer, Czerny), et renferment de la lymphe coagulable.

Quant à leurs symptômes, nous y reviendrons à propos des lésions des lèvres et de la langue, ou bien en traitant des kystes du cou et de la région sacrée.

Heschl a trouvé des lymphangiomes du rein.

BIBLIOGRAPHIE. — P. Aubry, *Dilat. des gangl. lymphat.*, th. de Paris, 1866, n° 202. — R. Virchow, *Die krankhaften Geschwülste*, Bd. III, H. 1, s. 487, Berlin, 1867. — Th. Anger, *Des tumeurs érectiles lymphatiques (adéno-lymphocèles)*, thèse de Paris, 1867, n° 152. — A. Lücke, *Das lymphangioma*, in *Hanab. d. allg. u. speciell. chirurg.*, v. Pittha u. Billroth, Bd. II, A. 1, H. 2, s. 267, Erlangen, 1869. — V. Cornil et L. Ranvier, *Lymphangiomes*, in *Manuel d'histologie pathologique*, 1^{re} partie, p. 249, Paris, 1869. — Vladan Georgjevic, *U. lymphorrhoe u. lymphangiome*, in *Arch. f. kl. chirurg.*, Bd. XII, s. 675, Berlin, 1867. — Nepveu, *Du lymphangiome simple et ganglionnaire (Revue critique)*, in *Arch. gén. de méd.*, vol. II, p. 215, 1872.

§ 13. — Lymphadénômes et lymphosarcômes.

Nous réunissons dans ce chapitre les tumeurs lymphatiques décrites sous les noms divers de *lymphadénômes* (Cornil et Ranvier), de *lymphosarcômes* (Virchow), d'*adéno-sarcômes des ganglions* (Billroth), de *sarcôme globo-cellulaire*, *lymphadénoïde* (Rindfleisch).

C'est qu'en effet, après avoir étudié cette question encore obscure, on peut admettre que toutes ces productions se rapprochent les unes des autres et forment une sorte de série commençant par l'hypertrophie ganglionnaire simple, pour se terminer par les tumeurs désignées sous le nom de lympho-sarcômes; entre ces deux extrêmes pourraient être placés les lymphadénômes à type pur de Cornil et Ranvier (1).

Quoi qu'il en soit, on peut dire que le lymphadénôme, comme le lymphosarcôme, se caractérise 1° par la formation dans les ganglions, la rate, le tissu adénoïde des viscères, d'un tissu analogue, sinon identique, à celui qui constitue les glandes lymphatiques; 2° par la généralisation de ces productions et l'apparition de métastases. Cli-

(1) *Man. d'histologie path.*, p. 251, 1869.

niquement donc, un certain nombre de ces tumeurs, et plus particulièrement celles qu'on a appelées lympho-sarcômes, offrent une marche aussi maligne que les carcinômes.

Aperçu historique. — La connaissance de ces tumeurs est relativement récente; après avoir attiré surtout l'attention des médecins, les chirurgiens les ont étudiées et ont plus spécialement adopté le nom de lymphosarcôme pour désigner la plupart de ces productions morbides.

On pourrait donc diviser leur histoire en quatre périodes :

1° Une première période, dans laquelle on se préoccupait surtout de la présence des globules blancs qui accompagne l'hypertrophie de la rate et des ganglions; on décrivit la *leucémie* ou *leukémie*, maladie désignée encore sous le nom de *leucocythémie* (Hodkin, Virchow, Bennet). Cette affection est exposée dans le *Manuel de pathologie et de clinique médicales* du professeur A. Tardieu (1).

2° Une seconde période, qui consista dans la découverte de l'existence d'hypertrophies ganglionnaires multiples sans exagération des globules blancs du sang (Bonfils, Trousseau, etc.). Cette affection, distincte cliniquement de la précédente, fut décrite sous le nom d'*adénie* (Trousseau), d'hypertrophie progressive multiple des ganglions sans leucémie (Wunderlich), de *pseudo-leucémie* (Wunderlich).

3° Dans une troisième période, on constata la généralisation de ces hypertrophies, le développement du tissu adénoïde dans les viscères, en un mot une certaine malignité rapprochant ces productions de celles qu'on désigne encore cliniquement sous le nom générale de cancers (Virchow, Wunderlich, Förster, Böttcher, etc.).

4° Enfin, dans une dernière période, qu'on pourrait appeler chirurgicale, on s'est aperçu que des tumeurs ganglionnaires siégeant le plus souvent au cou, présentaient parfois un développement énorme, se généralisaient en envahissant peu à peu les autres ganglions, enfin donnaient naissance à des productions analogues dans les viscères, en un mot à des métastases, absolument comme on l'avait déjà signalé pour l'adénie (U. Trélat, Lannelongue, Langhans de Marburg, Panas, etc.). Cette analogie avec l'adénie fut si complète, qu'on n'établit plus de distinction entre ces états morbides et qu'on les décrivit sous les noms de *lymphosarcômes* ou de *lymphadénômes généralisés*.

Peut-on admettre avec Ranvier que ces différentes altérations ne

(1) Quatrième éd., p. 652, 1873.

toute
soient
La
table
ont é
leur
prés
On
char
enfin
L
d'ab
infla
infla
d'ail
mat
S
asse
par
ren
fect

I
flan
pré
cor
des
mé
I
sur
suc
I
cor
sor
I
spé
ver
I
sit
ru

sont autres que des manifestations diverses d'une même maladie qu'on pourrait appeler *lymphadénie*? Cette opinion semble au moins rationnelle.

Anatomie pathologique. — Les tumeurs désignées sous le nom de lymphadénômes et de lymphosarcômes sont constituées par un tissu adénoïde (de nouvelle formation pour Cornil et Ranvier), présentant cependant quelques différences de texture, ce qui, jusqu'à un certain point, justifie leurs dénominations diverses.

Toutes ces productions renferment donc un réticulum, des cellules et des vaisseaux capillaires; mais ces éléments peuvent varier en nombre et en développement.

Tantôt le réticulum, les cellules, sont absolument identiques à ceux du tissu adénoïde normal (*lymphadénômes purs* de Cornil et Ranvier); tantôt, au contraire, le réticulum est infiltré de cellules lymphatiques ou de cellules jeunes (forme *indurative* de Billroth), et l'on a alors affaire au *lymphosarcôme mou* de Virchow, surtout lorsque les cellules lymphatiques sont en nombre considérable, mélangées de noyaux libres et de cellules volumineuses dites gigantesques (Virchow).

Dans d'autres circonstances, le réticulum est très-développé, le tissu fibreux prédomine dans la tumeur, les cellules des alvéoles tendent à disparaître, et les vaisseaux capillaires dilatés subiraient la dégénérescence amyloïde de leurs parois. C'est là ce que Virchow appelle le *lymphosarcôme dur*.

Un fait important à noter, c'est que ces diverses productions ne présentent aucune tendance à la transformation caséuse de leurs éléments (Virchow), si ce n'est peut-être dans la forme dite lymphosarcôme dur, où l'on a noté l'infiltration grasseuse des cellules (Markham) et les transformations caséuse et calcaire (Langhans). Toutefois, ces tumeurs peuvent subir quelques modifications de texture qui résultent soit d'*hémorrhagies diffuses*, soit d'*infarctus* (Cornil et Ranvier); mais il faut noter que ces lésions ont été observées plus spécialement dans les formes cliniques décrites sous les noms de *leucocythémie* et d'*adénie* (Cornil et Ranvier).

Le volume de ces productions morbides est très-variable: parfois énormes lorsqu'elles siègent dans les ganglions, elles peuvent être très-petites quand elles se développent dans les viscères par généralisation. Tantôt dures et résistantes, leur consistance peut être bien moindre, d'où la division en lymphosarcômes *durs* et en lymphosarcômes *mous* (Virchow).

Leur couleur est grisâtre, quelquefois rosée comme certains sarcomes; elles peuvent offrir des taches rouges, noires, jaunes, dues à

des épanchements sanguins en voie de transformation, et exceptionnellement à des foyers caséux toujours isolés et petits. Par la coupe et le grattage elles fournissent un suc blanc laiteux, qui simule à s'y méprendre le suc cancéreux des anciens anatomo-pathologistes.

Siège. — Les tumeurs dont nous nous occupons siègent surtout dans les ganglions lymphatiques, puis dans la rate, le thymus, on les rencontre encore dans l'épaisseur des muqueuses contenant normalement du tissu adénoïde (amygdales, langue, estomac, intestin); enfin, lorsqu'elles se généralisent, elles se développent aussi dans le foie, les reins, les poumons (Böttcher), le cœur, les os, l'épididyme (Ch. Robin), le tissu cellulaire sous-cutané (U. Trélat).

Il n'est pas besoin de faire remarquer que ce sont les tumeurs des ganglions lymphatiques qui ont surtout attiré l'attention des chirurgiens; et cela d'autant plus facilement qu'elles siègent dans des régions accessibles aux moyens d'investigation ordinaires, par exemple; au cou, aux aisselles et aux aines.

L'affection cutanée décrite sous le nom de *mycosis fongoïde* serait une lymphadénie cutanée (Gillot, Debove).

Développement. — Pour Virchow, ces tumeurs résultent d'une prolifération du tissu conjonctif; Cornil et Ranvier admettent la production primitive de tissu embryonnaire, dont les cellules forment, les unes le réticulum, les autres les cellules lymphatiques. Nous ne pouvons insister plus longtemps sur ce point d'histologie pure.

Symptômes. — Avant d'aborder l'étude des symptômes qui caractérisent plus ou moins bien les tumeurs dites lymphadénômes ou lymphosarcômes, nous prévenons le lecteur que nous laisserons de côté l'examen de la *leucocythémie* (1). Cette maladie comme on le sait, présente deux variétés, l'une splénique, l'autre lymphatique ou ganglionnaire; toutes deux suffisamment caractérisées par l'exagération du nombre des globules blancs dans le sang, ce qui permet toujours de les différencier des diverses formes cliniques qu'offrent les lymphadénômes ou les lymphosarcômes.

Langhans distingue en effet de la leucocythémie un lymphosarcôme local, limité, en quelque sorte bénin, et un lymphosarcôme général ou multiple s'accompagnant parfois de métastases et offrant les allures d'une tumeur maligne (*lymphosarcôme malin, pseudo-leucémie*).

Nous dirons peu de chose du premier type, véritable hypertrophie

(1) Voy. A. Tardieu, *Manuel de pathol. et de clin. médicales*, p. 652, 4^e éd., 1873.

ganglionnaire simple (*Sarcôme scrofuleux* de Langenbeck?) ou mieux hyperplasie simple offrant parfois la structure dite *indurative* (Billroth); c'est-à-dire se rapprochant singulièrement du lymphosarcôme malin; ce qui, croyons-nous, doit faire réserver le pronostic. D'ailleurs un certain nombre de ces tumeurs ne nous paraissent autres que de simples hypertrophies irritatives ou adénites chroniques chez des individus prédisposés par le lymphatisme.

Le second type clinique de Langhans est certainement celui qui a le plus attiré l'attention des médecins et des chirurgiens dans ces dernières années; aussi doit-il être étudié avec quelques détails. C'est à ce type qu'appartiendrait l'*adénie* si bien décrite par Trousseau, connue aussi sous le nom de *pseudo-leucémie* (Wunderlich, Conheim).

Ici, l'affection ne reste plus locale ou limitée à un groupe ganglionnaire, elle devient générale et se traduit non-seulement par le développement anormal des organes lymphoïdes, mais encore par une production nouvelle de tissu adénoïde, même dans des parties (foie, poumons, os, etc.) qui n'en contiennent pas normalement. Cette généralisation de l'affection entraîne assez rapidement un état cachectique mal déterminé (*anémie lymphatique* de Wilks), dû probablement à des altérations du sang encore inconnues.

Langhans a plus particulièrement décrit ce type clinique sous le nom de *lymphosarcôme malin* ou métastatique, et, comme Virchow, il en distingue deux formes: l'une molle, l'autre dure. C'est là, il faut l'avouer, une division arbitraire, en ce sens que ces deux formes peuvent être mélangées et que les symptômes qui les caractérisent sont loin d'être nettement accusés. Quoi qu'il en soit, nous conserverons cette division pour faciliter l'étude de cette question encore si obscure.

Le *lymphosarcôme mou* ne serait autre chose que l'affection décrite sous le nom d'*adénie* (Trousseau); les lymphadénomes purs de Cornil et Ranvier y rentreraient aussi complètement.

Cette affection se caractérise par une hypertrophie généralisée des ganglions lymphatiques, débutant soit par les ganglions du cou et sous-maxillaires, soit par ceux de l'aîne, soit enfin par les glandes des cavités splanchniques (Potain). Le groupe ganglionnaire primitivement atteint forme une tumeur élastique, rénitente, lobée, indolore, sans altération de la peau qui le recouvre. La généralisation de l'affection est plus ou moins rapide, et peut se faire en quelques semaines ou quelques mois; alors le cou, les aînes, les aisselles, sont occupés par des tumeurs parfois énormes, produisant des phénomènes de compression sur les vaisseaux, sur les nerfs, sur les organes voisins; ces phénomènes secondaires sont surtout

accentués au cou. Des tumeurs analogues s'observent dans l'abdomen, dans le thorax, dans le bassin.

Bientôt surviennent des accidents généraux graves dus à la généralisation du néoplasme et attribués à une véritable cachexie: il y a de la diarrhée, des vomissements; les malades maigrissent, ont des hémorrhagies soit par le nez, la bouche, soit dans le derme; la fièvre hectique apparaît, et l'épuisement général entraîne la mort.

Parmi les accidents que viennent compliquer cette affection on a cité l'albuminurie, la diphthérie (Wunderlich), des éruptions cutanées diverses, une teinte bronzée de la peau (Férol).

La *marche* de la maladie est constamment progressive et elle se termine toujours par la mort au bout d'un à deux ans (Potain). Fait très-important à noter, les tumeurs ganglionnaires qui la caractérisent *ne suppurent et ne s'enflamment jamais* (Virchow, Trousseau, etc.) En résumé, il existe une analogie complète entre cette espèce de lymphosarcôme et la leucémie à forme ganglionnaire, si bien que certains auteurs admettent que ces deux affections ne sont que « deux variétés d'une même espèce morbide » (Cornil et Ranvier).

La forme *dure* du lymphosarcôme (Langhans) débute surtout par les ganglions extérieurs et plus spécialement par ceux du cou; puis de proche en proche et suivant le trajet physiologique de la lymphe (Virchow), les autres groupes ganglionnaires sont pris, soit les ganglions du thorax, ceux de l'abdomen, ceux de l'aisselle.

Au début, les ganglions restent séparés les uns des autres, mais plus tard ils se confondent et forment une tumeur multilobée, souvent dure et résistante, mais qui peut se ramollir ultérieurement, surtout lorsque les tumeurs acquièrent des proportions considérables. Virchow et Lücke pensent contre Langhans que si les ganglions altérés tendent à se réunir en une seule masse, cela résulte d'une sorte de péri-adénite analogue à celle qu'on observe dans l'adénite scrofuleuse.

L'altération ganglionnaire, qui reste plus ou moins localisée à un ou plusieurs groupes de ganglions, finit encore ici, mais plus tardivement, par se généraliser. Comme dans la leucémie et l'adénie, il se produit des altérations viscérales résultant soit du développement de tumeurs analogues dans les organes lymphoïdes, soit de la production nouvelle de tissu adénoïde, dans les organes qui normalement n'en contiennent pas. Cette généralisation, ces métastases, dues à des embolies pour Lücke et quelques autres, donnent lieu à des phénomènes généraux cachectiques d'abord très-peu marqués, qui finissent par entraîner la mort des malades.

Ici encore, plus peut-être que dans la forme molle, on observe des accidents locaux très-graves, et en particulier des symptômes

come, in *Handb. d. allg. u. spec. chirurgie*, v. Pitha u. Billroth, Bd. II, A. 1, H. 2, s. 192. Erlang., 1869. — Potain, *Hypert. des gangl. lymph.*, ADÉNIE, in *Dict. encycl. des sciences médicales*, 2^e série, t. III, p. 515 et 520, 1870. — Ibid., *Lymphome*, in *ibid.*, t. III, p. 537, 1870. — Virchow, *Pathologie des tumeurs*, t. II, p. 205 et 369 (Sarcomes glandulaires), t. III, p. 62 (Hypert. des ganglions), et p. 173 (Lympho-sarcomes), trad. française, Paris, 1869 et 1871. — U. Trélat, *Lympho-sarcomes (Soc. de chirurgie*, 8 mai 1872), in *Gaz. des hôp.*, p. 453 et 460, 1872, et *C. rendu du congrès Scientif. de Bordeaux*, p. 885, 1872. — U. Trélat, Verneuil, Panas, Giralès, *Discussion à la Soc. de chirurgie* (séances des 7 et 14 août), in *Gaz. des hôpitaux*, p. 924, 941, 1872. — Lannelongue, *Obs. d'hyp. génér. des gangl. lymph.*, etc., in *Gazette des hôpitaux*, p. 321 et 330, 1872. — H. Bergeron, *Diagn. des tum. gangl. du cou*, thèse d'agr. en chirurgie de Paris, 1872. — Th. Langhans de Marburg, *Lympho-sarcome malin*, in *Virchow's Arch.*, 11 avril 1872, et *Arch. gén. de méd.*, vol. II, p. 79, 1872. — A. Audineau, *Du lymphosarcome*, th. de Paris, 1872, n^o 384. — A. Legallois, *Du lymphad. du cou*, *ibid.*, 1873, n^o 32. — P. D. Grocier, *Du lymphadénome*, *ibid.*, 1873, n^o 89. — A. Goglioso, *Histoire du lymphosarcome vrai*, *ibid.*, 1874, n^o 27 (Bibliogr.). — Demange, *Étude sur la lymphadénie*, *ibid.*, 1874, n^o 274.

§ 16. — Myômes.

On doit en distinguer deux espèces ou plutôt deux classes :

A. Les myômes formés par les fibres musculaires striées (*Rabdo-myômes* de Zenker, *Myômes striocellulaires* de Virchow);

B. Les myômes formés par des fibres musculaires lisses (*Leiomyômes* de Zenker, *Myômes levicellulaires* de Virchow).

A. *Myômes à fibres striées* (Cornil et Ranvier). — Ces tumeurs, d'ordinaire congénitales, sont peu connues et n'intéressent guère le chirurgien. Quelques-unes d'entre elles se développent comme certains kystes dermoïdes de Lebert, et semblent appartenir aux productions complexes appelées *Teralômes* par Virchow, *tumeurs mixtes* par Cornil et Ranvier. C'est ainsi qu'on a signalé et décrit des tumeurs congénitales du testicule (Rokitansky, Billroth) et du périnée (Cornil et Ranvier), contenant des fibres musculaires striées.

B. *Myômes à fibres lisses* (Cornil et Ranvier). — Ces tumeurs ont été décrites sous les noms divers de *Sarcomes* ou *Tumeurs charnues*, de *Tubercules charnus* (W. Hunter, Baillie), de *Tumeurs fibreuses*, de *Corps fibreux* (Bayle), de *Tumeurs fibro-tendineuses*, *Desmoïdes* (Müller), enfin de *Fibroïdes* (Rokitansky).

Encore aujourd'hui, un certain nombre d'auteurs ne distinguent pas nettement les myômes, des fibrômes (Billroth, Lücke, Rindfleisch).

Vu leur fréquence dans l'utérus, le professeur Broca les décrit sous le nom d'*hystérômes*, ou pour mieux dire ne décrit que les myômes utérins.

Anatomie pathologique. — Les myômes forment des tumeurs tantôt régulières, lobulées, bien circonscrites, d'autres fois irrégulières et diffuses. Leur consistance est variable, aussi les a-t-on distingués en myômes mous et myômes durs (*Fibro-myômes*, *Tum. fibro-musculaires*). Leur couleur tient beaucoup à leur vascularité : tantôt roses, d'autrefois blanches et nacrées, ces tumeurs peuvent offrir une teinte grise plus ou moins teintée en rouge (Virchow). Leur volume est aussi très-variable; on en a vu pesant 60 livres (Voigtel).

Leur *structure* est assez simple : en effet, les myômes sont formés de cellules musculaires lisses, groupées en faisceaux ou en membranes, ou bien isolées dans du tissu conjonctif (Cornil et Ranvier), ce qui donne alors à la coupe de la tumeur un aspect granuleux (Virchow).

Si quelques auteurs ont nié l'existence des vaisseaux dans ces tumeurs (Clarke), d'autres n'y ont admis que des veines (Cruveilhier), ou bien des artères (Schroeder van der Kolk). La vérité, c'est que dans le tissu cellulaire qui sépare les éléments ou plutôt les groupes d'éléments musculaires, on trouve des artères, des veines et des capillaires (Virchow, Cornil et Ranvier).

D'après Virchow, les myômes, et surtout les myômes utérins, jouiraient d'une *contractilité* évidente, qu'il désigne sous le nom d'*érectilité*, et qui résulterait de la mise en jeu des propriétés actives du tissu musculaire.

Pour le même auteur, les myômes résultent d'une néo-formation des cellules musculaires et non d'une hypertrophie de tumeurs préexistantes. Cette nouvelle production est permanente, mais peut subir des transformations, voire même dégénérer pour quelques auteurs (Virchow).

Les principales variétés des myômes à fibres lisses résultent soit de leur texture, soit des transformations qu'ils peuvent subir; ce sont :

1^o Les *myômes non lobulés* (Cornil et Ranvier), dont les faisceaux affectent une même direction;

2^o Les *myômes lobulés*, offrant des vaisseaux parfois énormes et donnant naissance à la variété *érectile* (*myôme télangiectasique*, *carverneux* de Virchow);

3^o Les *myômes calcifiés* ou *ossifiés* (*Tumeur fibro-calcaire* de R. Lee). La calcification ou la pétrification des éléments unissants et musculaires est la plus fréquente;

4° La transformation graisseuse, ce qui constitue une sorte de régression, d'atrophie réelle;

5° La transformation muqueuse, ou le ramollissement (Virchow), qui, localisé, donne naissance à des cavités ou kystes muqueux (*géodes* de Cruveilhier), contenant aussi du sang provenant de la rupture des vaisseaux qui tapissent la cavité anormale.

Notons enfin que Virchow admet l'existence de tumeurs mixtes : myo-sarcomes, myo-carcinomes, cysto-myômes.

Siège. — En se développant dans les conduits musculaires, les myômes à fibres lisses peuvent être situés soit dans l'épaisseur même de la tunique musculuse (*tumeurs interstitielles, autochthones* de Virchow), soit à sa périphérie, ce qui est plus fréquent. Dans ce dernier cas, ils sont encore distingués en deux variétés : myômes sous-muqueux et myômes sous-séreux (Virchow). Très-souvent ces tumeurs sous-séreuses ou sous-muqueuses ont été tout d'abord interstitielles, puis se sont isolées peu à peu, d'où l'indépendance relative de ces tumeurs, signalée par Cruveilhier et Paget, et qui a fait croire à leur vie propre. Il est bien entendu que ces remarques sont surtout applicables aux myômes utérins (*hystéromes* de Broca).

Ces tumeurs sont souvent multiples et semblent résulter de phénomènes d'irritation localisée (Virchow); dans tous les cas, elles ne récidivent pas et ne donnent pas lieu à des métastases. Ce sont donc des tumeurs bénignes.

Les organes où siègent les myômes à fibres lisses sont : l'utérus et ses annexes, la prostate, le col vésical, le scrotum (Virchow, Förster), les grandes lèvres (Demarquay), l'estomac, l'intestin, le sein (?), enfin la peau (Virchow).

Étiologie. — Les causes de la production de ces tumeurs sont fort obscures; on a invoqué une irritation locale, le catarrhe des muqueuses voisines, l'âge, l'irritabilité spéciale des organes où ils se développent de préférence (organes génitaux). En résumé, on ne sait rien de bien exact à cet égard.

Les *symptômes* que produisent les myômes à fibres lisses résultent et de leur siège, et des phénomènes de compression qu'ils peuvent déterminer sur les organes voisins; nous ne pouvons donc les indiquer ici. Tantôt, en effet, on aura des hémorrhagies dues à l'irritation congestive de la muqueuse qui tapisse ces tumeurs (polypes utérins), d'autres fois les phénomènes mécaniques se manifesteront par une obstruction au cours des matières intestinales (myômes intestinaux) ou bien empêcheront l'émission des urines (hypertrophie de la prostate), etc.

Cet aperçu suffit pour faire comprendre combien doivent varier les signes, le pronostic et le traitement de ces productions morbides.

BIBLIOGRAPHIE. — Lebert, *T. fibroïdes*, in *Comptes rendus de la Soc. de biologie*, 1^{re} série, t. IV, p. 68, 1852. — C. F. F. Runge, *De musculorum vegetativorum hypertrophia pathologica*, Diss. in., Berol., 1857. — F. A. Zenker, *U. d. Veränderungen... nebst einem Excurs. ü. d. pathol. neubild. quergestreiften Muskelgewebes*, Leipzig, 1864. — A. Förster, *Handb. der path. anat.*, Bd. I, s. 339, Leipzig, 1865. — V. Cornil et L. Ranvier, *Myômes*, in *Manuel d'histol. path.*, 1^{re} partie, p. 234; Paris, 1869. — R. Virchow, *Pathologie des tumeurs* (23^e leçon) (trad. franc.), t. III, p. 289, Paris, 1871.

Consulter en outre la bibliographie des *Myômes de l'utérus* ou *Hystéromes*.

§ 17. — Névromes.

« Les névromes sont des tumeurs constituées par un tissu de nouvelle formation dont le type se retrouve dans le tissu nerveux » (Cornil et Ranvier).

Telle n'a pas toujours été la définition des névromes, et jusque dans ces derniers temps ce mot était synonyme de tumeur des nerfs, tumeur ordinairement formée par du tissu fibreux ou par ses dérivés (Billroth, Follin).

C'est aux recherches de Fuhrer, Virchow, Förster, etc., qu'on doit la constatation de l'existence de névromes constitués par du tissu nerveux, de *névromes nerveux*, *névromes vrais*, suivant les expressions adoptées (O. Weber, Lücke). Tillaux les appelle des *médulômes* (?).

Förster divisa les tumeurs nerveuses en 1° *névromes médullaires*, c'est-à-dire formés par un tissu analogue à celui de la substance grise encéphalique ou médullaire, etc.; 2° *névromes fasciculés*, c'est-à-dire constitués par du tissu nerveux en faisceau comme dans les nerfs. Ce sont là les deux formes *cellulaire* et *fibrillaire* de Virchow.

A. — Névromes médullaires.

Ils n'ont guère été étudiés que dans les centres nerveux, et n'offrent aucun intérêt chirurgical, sauf peut-être leur existence dans l'encéphalocèle congénitale (Virchow, Sangalli), ou dans certains néoplasmes tératoïdes (Lücke).

Les névromes médullaires des ganglions sont à peine connus; Ch. Robin paraît en avoir observé un cas (Foucault).