

pression, réfrigération, topiques astringents; nous ne ferons que les énumérer, — et les procédés *indirects* qui s'appliquent en dehors de la tumeur : ligature du tronc artériel ou des branches qui alimentent l'angiome, incisions périphériques pour priver la tumeur des vaisseaux qui la nourrissent. Le premier de ces procédés a donné des résultats pour les tumeurs érectiles de l'orbite : la ligature de la carotide primitive a amené la disparition de l'angiome; mais on ne saurait étendre son emploi au traitement d'autres tumeurs érectiles. La ligature isolée ne serait appliquée que lorsque la tumeur est pulsatile, cas que nous retrouverons dans un autre chapitre. Les incisions circonférentielles ont bien procuré quelque succès, mais elles ne sont guère entrées dans la pratique.

La méthode *perturbatrice* se subdivise en deux groupes : les procédés *coagulants* et les procédés *irritants*. Les premiers comprennent la galvanopuncture et les injections qui sont souvent employées pour les tumeurs sous-cutanées; les injections surtout que l'on pratique avec le perchlorure de fer. Broca conseille de multiplier les ponctions et de n'injecter, après chaque piqûre, que deux ou trois gouttes de perchlorure à 10 ou 15 degrés; on fera donc exécuter deux ou trois demi-tours au piston de la seringue de Pravaz. Pendant l'injection, on exercera une compression circulaire autour de la base de la tumeur, afin d'immobiliser le sang et d'empêcher que les caillots ne soient entraînés par le courant; cette compression devra durer cinq ou six minutes. Le perchlorure de fer n'est pas la seule substance coagulante employée, et l'on a eu recours à l'alcool, au vin, à l'acide acétique, au tannin, à la liqueur de Piazza, au choral; mais il faut savoir que ce dernier liquide, injecté chez les enfants en trop grande abondance, peut provoquer par son absorption des accidents comateux et la mort.

Les procédés *irritants* sont fort nombreux : on a eu recours aux badigeonnages de teinture d'iode, aux poudres stibiées, aux frictions d'huile de croton, au nitrate de potasse, au perchlorure de fer appliqué sur le derme dénudé. Ces moyens ne sont applicables que pour les taches érectiles. L'*inoculation vaccinale* sur la tumeur chez les enfants non vaccinés a donné quelques guérisons définitives; à la place de l'angiome se fait du tissu cicatriciel qui oblitère les vaisseaux. Pour obtenir un bon résultat, on devra multiplier les piqûres en raison de l'étendue des lésions et les rapprocher d'autant

plus que la tumeur sera plus épaisse. Lorsqu'il s'agit d'une simple tache, on peut espacer les piqûres de 10 à 12 millimètres; mais lorsque le derme est assez profondément envahi et même le tissu cellulaire sous-cutané, il faut, à l'exemple de Nélaton, traverser l'angiome avec plusieurs fils imprégnés de vaccin.

Le broiement sous-cutané, les incisions multiples sur la tumeur suivies de suture avec des épingles, la scarification, l'acupuncture, la cautérisation filiforme avec le galvanocautère, l'électrolyse, ont été appliqués; ces moyens ont même donné des succès, mais leur usage ne s'est guère généralisé. Les ponctions multiples avec la plus fine aiguille du thermo-cautère pourront être employées; elles nous ont récemment réussi pour deux tumeurs érectiles, situées l'une au front et l'autre sur la joue, chez des enfants de moins d'un an.

La méthode *destructive* comprend de très nombreux procédés : la cautérisation au fer rouge n'a guère de partisans; les caustiques, pâte de Vienne, potasse, acide nitrique, paraissent abandonnés; la ligature en masse dans les tumeurs pédiculées réussit fort bien; on la pratique avec un fil élastique. Dans les mêmes conditions l'écraseur linéaire réussit. Enfin l'extirpation pure et simple au bistouri a eu quelques défenseurs, entre autres Porta; mais alors, suivant le précepte de J.-L. Petit, il faut ne pas oublier de dépasser les limites de la tumeur, afin d'éviter les hémorragies. L'anse galvanocaustique, la lame du thermocautère paraissent cependant très supérieures à l'instrument tranchant. Nous les conseillerions beaucoup plus volontiers, et, pour notre part, nous traitons presque tous les angiomes par les ponctions multiples avec la plus fine pointe du thermocautère, la tumeur ainsi labourée dans la profondeur se rétracte et les vaisseaux sont étouffés par le tissu nodulaire.

XI

DES LYMPHANGIOMES.

On n'est pas encore bien fixé sur l'existence des *lymphangiomes*, qui seraient aux vaisseaux lymphatiques ce que les angiomes sont aux vaisseaux sanguins : la dilatation et la multiplication des réseaux

d'origine est en effet plutôt supposée que prouvée, et ce que l'on décrit comme tumeurs érectiles lymphatiques pourrait n'être que varices des vaisseaux blancs.

Cependant certaines hypertrophies des lèvres, la *macrochilie*, et de la langue, la *macroglossie*, certaines tumeurs de la région sacrée, du périnée, de l'aîne, du menton, du cou et des reins seraient pour beaucoup d'auteurs des lymphangiomes constitués par des aréoles dont les parois embryonnaires s'organiseraient bientôt en tissu adulte et donneraient naissance à une véritable cicatrice; la trame s'en rétracterait d'une façon inégale et produirait ainsi les cavernes, les kystes, les dilatations ampullaires qui caractérisent les lymphangiomes. Un épithélium semblable à celui des vaisseaux nouveaux tapisserait les parois de ces cavités remplies de lymphé pure.

Les lymphangiomes *superficiels* seraient fluctuants, spongieux, plus ou moins indolents, peu ou pas réductibles. Les *profonds*, d'un diagnostic presque impossible, formeraient quelques-uns des kystes congénitaux du cou; à peine en rétablirait-on le diagnostic pièce en main. Cette affection est bénigne et on n'y touche guère; il est des cas pourtant où l'on agit sur les grosses langues; on en enlève un segment avec le bistouri; on applique l'une contre l'autre les deux surfaces qui correspondent au lambeau cunéiforme excisé et on pratique la suture. Il n'y a pas d'hémorrhagie et la réunion primitive s'obtient sans peine. Nous retrouverons d'ailleurs ces lymphangiomes à propos des maladies des régions.

Une maladie un peu moins obscure, quoique encore assez mal connue, est le *lymphangiome ganglionnaire*, décrit d'abord par Aubry en 1865, puis par Théophile Anger en 1867, sous le nom de *tumeur érectile lymphatique* ou d'*adéno-lymphocèle*. Georgjevic les appelle *lymphadénectasie*, quelques auteurs allemands, *lymphangiectasie ganglionnaire* et *lymphanévrisme*. Les observations n'en dépassent guère une quinzaine; et même dans le nombre il en est de douteuses: les faits les mieux étudiés sont ceux d'Amussat, de Nélaton, d'Anger, de Trélat, de Czerny et de Valdeyer.

Ces tumeurs siègent presque toujours au pli de l'aîne et sont souvent bilatérales. Virchow en a observé une dans la région sus-hyoïdienne; elle coïncidait avec une macroglossie; le lymphangiome relaté par Busch était aussi au cou; celui de Lucke à l'aisselle; peut-être Keisner en a-t-il vu un au niveau du coude. Le néoplasme est

constitué par plusieurs lobes de la grosseur d'une noix ou d'un citron et environné d'un tissu graisseux abondant: on dirait parfois un véritable lipome. Une membrane fibreuse enveloppe la masse tout entière et envoie des gaines secondaires pour chacun des lobes.

La structure des ganglions a subi des altérations profondes; « les réseaux des sinus sont dilatés; leurs parois et les trabécules sont épaissies; à l'œil nu les corpuscules lymphatiques semblent avoir entièrement disparu; avec le microscope on en retrouve quelques débris épars. Les vaisseaux lymphatiques examinés dans les ganglions ne possèdent plus leur tunique contractile qui est épaissie, au contraire, dans les vaisseaux afférents et efférents. Czerny, sur une pièce sèche, a vu leur épithélium ». D'ordinaire les lymphatiques qui abordent la tumeur ou qui en sortent sont énormément dilatés et l'ectasie remonte jusqu'au canal thoracique.

Les lymphangiomes ganglionnaires débutent d'une manière insidieuse; ils apparaissent chez les jeunes gens ou chez les adultes sans qu'on puisse assigner à leur développement des causes bien précises. On ne saurait méconnaître cependant l'influence des climats chauds. Les hommes sont plus souvent atteints que les femmes. On trouve, au niveau du pli de l'aîne, des tumeurs souvent multiples et symétriques, à surface irrégulière et bosselée; elles sont assez nettement circonscrites, indolentes, comme spongieuses, mobiles sur les parties profondes et légèrement réductibles sous une pression méthodique. La marche prolongée les rend plus dures, mais les efforts et la toux n'exercent sur elles aucune influence.

Les lymphatiques avoisinants sont dilatés et flexueux; la peau qui les recouvre est chagrinée, et lorsqu'on la déprime on éprouve, nous dit Théophile Anger, la sensation de cordons enroulés, de noyaux épars qui diminuent sans se réduire complètement. Lorsque le malade est au repos, la tension est moindre et, d'après Trélat, la tumeur rappelle un sac irrégulier dont les parois internes sont parcourues par des travées et des reliefs. A peine provoque-t-elle une sensation de gêne; on a noté parfois quelques troubles du côté du tube digestif, des vertiges; l'amaigrissement ou un excès d'embonpoint, une diminution des globules blancs, la faiblesse des jambes, ont été signalés dans quelques observations.

Cette affection singulière pourrait être confondue dans la région de l'aîne avec un lipome, une hernie épiploïque. Ce n'est pas le lieu

de faire un diagnostic différentiel; disons cependant que la dilatation des lymphatiques afférents et efférents, la sensation particulière que donne le palper, la symétrie des tumeurs, leur légère réductibilité, enfin le fait que le malade arrive des pays chauds, permettront de reconnaître la nature du néoplasme. Peu grave en elle-même, car la marche en est lente, sans tendance à l'envahissement progressif, il n'en est pas moins un danger par la fréquence des accidents qui le compliquent : une lymphangite suraiguë, une septicémie foudroyante peut emporter le patient. Aussi devra-t-on éviter toute cause d'irritation. On ne recourra jamais à une opération chirurgicale; tel est l'avis absolu de Nélaton et de Trélat, qui ont vu la mort être le résultat de l'intervention; Billroth, plus heureux dans ses tentatives, ne repousse pas l'extirpation.

XII

DES LYMPHADÉNOMES.

On définit le *lymphadénome* une tumeur constituée par du tissu conjonctif réticulé. — Cette affection, nommée encore *maladie d'Hodgkin*, *adénie*, *pseudo-leucémie*, *lymphome malin*, *hypertrophie ganglionnaire progressive*, *lymphadénose*, est encore fort obscure et, malgré les travaux accumulés depuis 1845, on n'a pu trouver les limites précises entre les hypertrophies simples des ganglions et certains néoplasmes malins désignés par Virchow sous le nom de *lymphosarcomes*. Peut-être existe-t-il entre ces deux formes extrêmes une série d'intermédiaires aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique.

Il est curieux de suivre le chemin qu'a parcouru cette question. Dans le principe, l'altération du sang préoccupe uniquement les pathologistes : en 1845 Virchow et Bennett reconnaissent que, dans certaines hypertrophies de la rate et des ganglions lymphatiques, la proportion des globules blancs s'accroît d'une manière considérable; ils donnent à cette maladie nouvelle le nom de *leucémie* ou *leucocythémie*, et pour eux, l'accumulation des globules blancs dans les vaisseaux, l'hypertrophie de la rate et des ganglions, sont indissolublement liées.

On reconnaît alors que d'autres organes peuvent être atteints simultanément : les reins, le foie, l'estomac, la muqueuse intestinale.

Avec Bonfils, en 1857, commence une deuxième phase : toutes les altérations de la rate et des ganglions signalées par Virchow, toutes les dégénérescences analogues trouvées depuis dans d'autres organes peuvent exister sans que l'examen le plus attentif permette de constater la plus légère accumulation de globules blancs; on avait, en somme, toute la leucocythémie de Virchow, sauf la leucocythémie. Trousseau observa un certain nombre de ces faits qu'il décrit dans ses Cliniques sous le nom d'*adénie*.

Mais n'avait-on pas reconnu déjà que ces tumeurs peuvent successivement envahir tous les tissus, y provoquer de graves désordres et se conduire, en un mot, comme les tumeurs les plus malignes? La maladie ne tue pas seulement par dyscrasie sanguine, mais aussi à la manière des carcinomes. Ce n'est pas tout : jusque-là on n'avait parlé que de tumeurs généralisées frappant à la fois plusieurs groupes de ganglions et plusieurs viscères; n'y a-t-il pas aussi des cas où un seul groupe ganglionnaire est envahi; les ganglions sous-maxillaires, par exemple, les parotidiens, les axillaires, les inguinaux? Or ces ganglions sont accessibles au chirurgien et la question suivante se pose : Doit-on se conduire à l'égard de ces tumeurs isolées comme on le ferait envers un cancer? — On voit comment cette altération, qui semblait d'abord toute médicale, est entrée dans le domaine de la pathologie externe.

Étiologie. — Elle est encore fort banale : on a invoqué le lymphatisme, mais n'aurait-on pas confondu le lymphadénome avec quelque engorgement strumeux? Leudet et Wagner croient à l'influence de la syphilis; Bonfils et Wunderlich à celle de l'impaludisme; rien n'est moins prouvé. Même incertitude pour l'âge : les Allemands en font une affection de la jeunesse; nous en avons vu un cas chez un enfant de cinq ans. Pour Trélat, elle s'observerait à l'âge adulte et dans la vieillesse.

On a rencontré des lymphadénomes dans tous les tissus et dans tous les organes; mais ils sont plus fréquents où existe normalement une trame conjonctive réticulée, d'abord dans les ganglions, puis dans la rate, les amygdales, la base de la langue, la tunique muqueuse de l'estomac et de l'intestin, le thymus qui, bien que complètement atrophié au moment où débute l'envahissement, reprend

sa forme et son volume primitifs. On le rencontre encore dans les reins, le foie, les poumons, les os, les muscles, le cœur, le testicule, le tissu-cellulaire sous-cutané, enfin la peau, où il constitue le *mycosis fungoides*. Le néoplasme ganglionnaire siège de préférence au cou, où il est d'abord unilatéral; on l'observe aussi à l'aisselle, à la région parotidienne; beaucoup plus rarement à l'aîne, au coude et au creux poplité. Comme l'a démontré Potain, les ganglions viscéraux peuvent être les premiers atteints.

Anatomie pathologique. — Les lymphadénomes ont un volume très variable et leur grosseur, qui parfois dépasse à peine une noisette, peut atteindre les dimensions d'une tête de fœtus ou d'adulte. Ils sont mamelonnés et formés d'ordinaire par l'agglomération de plusieurs tumeurs. Leur coloration est grisâtre; mais la surface de section est d'un blanc rosé présentant, çà et là, des points ecchymotiques, des suffusions sanguines ou des dilatations vasculaires. Les foyers de sang extravasé passent par toutes les teintes et l'on y trouve des amas de pigments et des cristaux en abondance; à côté se voient des masses caséuses, opaques, lardacées; le raclage donne un suc laiteux, miscible à l'eau, semblable à celui du cancer, et qui contient, outre des globules rouges, des cellules rondes à un seul noyau, d'un diamètre de moins de 10 μ , et des cellules à plusieurs noyaux qui mesurent plus de 20 μ .

Au microscope et sur des coupes préalablement durcies, on reconnaît que toutes ces tumeurs renferment un réticulum, des cellules et des vaisseaux capillaires dont l'agencement se rapproche beaucoup d'un type commun, mais présente cependant des différences assez grandes pour légitimer la division en plusieurs variétés. Le lymphadénome *pur* de Cornil et Ranvier est constitué par un tissu de tous points semblable à celui des ganglions; un réticulum le forme, qui offre des nœuds avec ou sans cellules, fertiles ou infertiles, d'où partent les travées qui circonscrivent les mailles remplies de cellules lymphatiques. Une couche condensée de ce tissu entoure les parois des capillaires, où viennent aboutir les fibrilles du réticulum, fibrilles plus épaisses qu'à l'état normal et qui mesurent 2 à 5 μ .

Lorsque le réticulum est infiltré de cellules lymphatiques et de cellules jeunes en très grande abondance, que les aréoles sont larges et distendues par elles, que l'on y trouve des noyaux libres et des

cellules dites « gigantesques », on a la variété que Virchow appelle le lymphosarcome *mou*; lorsque le tissu fibreux l'emporte au contraire sur les cellules, que le réticulum est très développé, que les alvéoles tendent à disparaître sous l'épaisseur de ses travées, le lymphosarcome est *dur*. Ce mot de *lymphosarcome* pourrait prêter à confusion; d'après Cornil et Ranvier, il ne faudrait pas confondre le lymphosarcome et le sarcome du ganglion, qui serait presque toujours secondaire et qui n'envahirait le ganglion qu'après avoir détruit le réticulum, étouffé par l'abondante prolifération des cellules embryonnaires; selon les mêmes auteurs, l'*adénosarcome* de Billroth serait peut-être un cancer. L'adénosarcome différerait du sarcome en ce que le premier se propagerait seulement par les lymphatiques, tandis que le second se généraliserait par la voie des veines.

Les lymphadénomes sont sujets à certaines altérations nutritives: les transformations caséuses sont exceptionnelles, et Virchow a remarqué que les éléments embryonnaires y persistent longtemps sans régresser. Cependant les lymphadénomes durs subissent parfois une infiltration *graisseuse*, des dégénérescences *amyloïdes* et des imprégnations *calcaires*. Les *hémorragies* interstitielles sont des plus fréquentes; elles se montrent dans la trame même de la tumeur et dans les tissus voisins; elles tiennent, lorsqu'il y a concomitance de leucocythémie, aux obstructions vasculaires causées par des amas de globules blancs; les infarctus ne sont pas rares: ils sont passibles de la même pathogénie. Le *développement* des lymphadénomes demeure obscur: pour Virchow, le tissu adénoïde naîtrait d'une prolifération des cellules du tissu conjonctif; pour Cornil et Ranvier, il y aurait production antérieure d'éléments embryonnaires dont les uns s'organiseraient en réticulum, tandis que les autres resteraient en l'état et rempliraient les alvéoles.

Symptômes. — Le lymphadénome peut s'accompagner de leucocythémie; il n'est alors qu'un épiphénomène dont l'importance s'efface devant la gravité de la maladie générale. Nous laisserons ces cas de côté, pour ne nous occuper ici que des tumeurs accessibles au chirurgien. Langhans a étudié deux formes, une *bénigne*, limitée, toute locale, quel que soit le volume de la masse ganglionnaire hypertrophiée; l'autre où les tumeurs apparaissent dans plusieurs viscères à la fois; elles récidivent, se généralisent et offrent, en un mot, tous les caractères d'un néoplasme *malin*. Nous ne parlerons

pas de la première : il est probable qu'il s'agit de simples hypertrophies, d'adénites chroniques provoquées par quelque irritation chez des sujets plus ou moins strumeux. Il faut avouer d'ailleurs que le diagnostic est souvent des plus malaisés.

Le *lymphadénome malin*, *lymphosarcome* de Virchow, *pseudo-leucémie* de Wunderlich, *adénie* de Trousseau, est caractérisé par une tuméfaction insidieuse, lente, sans douleur, sans réaction appréciable, des ganglions lymphatiques d'une ou de plusieurs régions. On sent d'abord une tumeur arrondie, mobile, qui glisse sous la peau et sur les parties sous-jacentes; puis d'autres ganglions se prennent dans les mêmes conditions, mais ils perdent bientôt leur indépendance et leur mobilité; ils se réunissent et forment, au cou le plus souvent, une masse mamelonnée, bosselée, tantôt unilatérale, tantôt bilatérale et, dans certains cas, si volumineuse que le cône thoracique se continue directement jusqu'à la face; la dépression cervicale a complètement disparu. On constate parfois des tumeurs semblables dans l'aisselle, au pli de l'aîne, dans le bassin, rarement au creux poplité et au coude; enfin de véritables chaînes ganglionnaires se montrent en des points où il n'en existe pas normalement, sous le cuir chevelu, en arrière de l'omoplate, à la région dorsale et lombaire, dans les viscères, à l'amygdale, au testicule.

Les lymphadénomes ne peuvent, sans refouler les tissus, prendre l'énorme développement dont nous avons parlé : au cou, ils compriment les veines jugulaires et provoquent un œdème de la face, une congestion du cerveau; la sous-clavière, l'axillaire, étreintes à leur tour, déterminent le gonflement des membres supérieurs; des fourmillements, des engourdissements, des paralysies surviennent lorsque la tumeur arrive sur le plexus nerveux. L'asphyxie est imminente dès que la langue et la trachée sont déviées, puis aplaties; l'œsophage subit le même sort et le bol alimentaire ne peut le franchir qu'avec la plus extrême difficulté : on comprend combien plus rapides sont ces accidents lorsque le néoplasme débute dans le tissu réticulé des amygdales ou de la base de la langue. Les signes de compression varieront, du reste, suivant chaque région, chaque organe en particulier, et le lymphadénome des ganglions bronchiques, par exemple, différera essentiellement du lymphadénome axillaire.

Ces tumeurs glissent sous la peau; mais il peut se faire des adhérences aux téguments comme dans les carcinomes; le derme

est envahi; le tissu morbide se substitue à lui, une ulcération survient, à la surface de laquelle suintent du sang et de l'ichor : cette perte de substance peut succéder à l'emploi inconsidéré d'un caustique ou du bistouri; le chirurgien aura voulu ouvrir un point fluctuant du néoplasme. Les ulcérations spontanées sont assez rares; Verneuil cependant en a observé trois cas, dans son service, en 1876; nous en avons rencontré plusieurs exemples. La surface fongueuse devient le siège d'hémorrhagies redoutables. Toutefois les lymphadénomes prennent le plus souvent un accroissement considérable sans que la peau distendue s'ulcère, et si l'on ne peut prendre à la lettre l'affirmation de Trousseau et de Virchow, que ces tumeurs ne suppurent et ne s'enflamment jamais, on doit du moins admettre le peu de fréquence de ces complications.

Langhans et Virchow décrivent deux formes de lymphadénomes malins : la forme *molle* et la forme *dure*; nous connaissons leurs différences anatomiques; elles se distinguent aussi cliniquement. La première est très rapide dans son évolution; elle apparaît simultanément dans plusieurs points de l'organisme où l'on trouve des tumeurs élastiques, indolores, lobulées, très molles, et où l'on constate souvent de la fluctuation, si nette parfois, qu'on peut croire à l'existence d'une collection liquide; on donne un coup de bistouri : du sang seul s'écoule et la solution de continuité ne se cicatrise pas; nous avons observé un fait de ce genre chez un enfant de cinq ans.

Le développement que prend bientôt le lymphadénome mou provoque la compression des vaisseaux, des nerfs, de la trachée, de l'œsophage. Des troubles généraux éclatent, une sorte de cachexie mal déterminée, de la diarrhée, des vomissements, une fièvre intermittente ou continue sous la dépendance de l'hypertrophie de la rate ou d'un paludisme antérieur; les hémorrhagies nasales ne sont pas rares. Un fait bien remarquable, observé par plusieurs auteurs et que nous avons pu suivre nous-même chez un malade de Féréol, est l'influence de l'érysipèle sur la marche de certains lymphadénomes : la tumeur s'affaisse tout à coup et les globules blancs, jusqu'alors en proportion normale, deviennent excessivement nombreux; la mort est rapide.

Dans la forme *dure*, les engorgements viscéraux seraient beaucoup plus rares; la tumeur débiterait le plus souvent par les ganglions superficiels, ceux du cou en particulier, qui se prennent isolément,

et leur fusion en une masse unique mamelonnée est beaucoup plus tardive. On sent sous la peau une sorte de chaîne dure, résistante, qui s'accroît peu à peu par augmentation de volume de chaque ganglion, mais surtout par leur annexion réciproque. La marche, quoique beaucoup plus lente que dans les lymphadénomes mous, n'en est pas moins progressivement envahissante; la tumeur semble s'accroître, selon la remarque de Virchow, dans le sens du cours naturel de la lymphe.

La masse devient bientôt assez volumineuse pour exercer les compressions que nous avons signalées dans la forme molle; non seulement les vaisseaux peuvent être refoulés, mais ils sont parfois envahis et, dans un cas présenté par nous à la *Société anatomique*, le tissu adénoïde avait détruit les parois de la veine jugulaire presque obstruée par deux prolongements pédiculés du volume d'un haricot. Enfin les viscères sont pris à leur tour; la cachexie, les phénomènes généraux éclatent; des complications surviennent qui sont aussi bien de la forme molle que de la forme dure, albuminurie, diphtérie, érysipèle, éruptions cutanées diverses, teinte bronzée de la peau. En un ou deux ans, selon les relevés de Potain, le patient est emporté.

Diagnostic et pronostic. — Il est souvent très difficile de reconnaître la nature de certaines hypertrophies ganglionnaires. Se trouve-t-on en présence d'adénites chroniques simples, ou assiste-t-on au développement d'un lymphadénome malin? L'âge du malade est souvent une indication, le lymphadénome étant fort rare avant l'âge adulte; les commémoratifs, des signes antérieurs de scrofules, gomes, éruptions cutanées, surtout au niveau des lèvres et des narines, ophthalmies et blépharites fréquentes, seront d'une utile constatation; d'ailleurs l'aspect des deux tumeurs varie dans nombre de cas et les ganglions strumeux sont moins mobiles; ils ont une atmosphère inflammatoire, une périadénite presque caractéristique; l'ulcération est fréquente et rapide.

Nous insisterons peu sur les adénites *syphilitiques* dont le siège au pli de l'aîne et à la nuque, le petit volume, la marche, les antécédents ont une physionomie particulière. Le diagnostic vraiment difficile, impossible même dans un grand nombre de cas, est celui des diverses formes cliniques du lymphadénome: peut-on, au début, prévoir la marche d'une hypertrophie ganglionnaire? Tout au plus

lorsqu'on constatera qu'il s'agit de la variété molle, sera-t-il possible de prédire une augmentation rapide de volume et la prompt généralisation. Les lymphadénomes de certains viscères, du testicule en particulier, se reconnaissent souvent à l'existence, en un autre point du corps, d'une seconde tumeur lymphadénique: Trélat a beaucoup insisté sur ce point. En tout cas, lorsqu'on aura vraiment affaire à un lymphadénome, le pronostic est des plus graves: beaucoup de ces tumeurs évoluent comme le pire des cancers.

Peut-être avons-nous tous confondu le lymphadénome avec un engorgement ganglionnaire d'origine rhumatismale. Brissaud a bien observé cette affection, non encore décrite, et nous en a montré un cas des plus nets. Nous pensons que nombre des succès obtenus et publiés par les auteurs allemands ne sont que des adénites rhumatismales, localisées ou généralisées, et qui auraient guéri probablement, même sans cette médication rigoureuse. On ne saurait trop appeler sur ce point encore obscur l'attention des chirurgiens.

Traitement. — On ne s'entend guère sur l'opportunité de l'intervention chirurgicale: les uns la repoussent, les autres l'acceptent; nous ne croyons pas que ces derniers puissent mettre à leur actif des succès très durables: pour nous, l'intervention chirurgicale nous semble jugée. J'ai vu enlever sept lymphadénomes par Verneuil, trois par Trélat et, dans ces dix faits, la récidive survint sous nos yeux, de quelques jours à quelques semaines. Les Allemands ne sont pas plus heureux; c'est ainsi que sur « neuf opérés » de Busch, un seul a survécu pour succomber à une récidive.

Le traitement médical serait moins décourageant; si les toniques, les bains sulfureux, les préparations iodées et iodurées n'ont donné de résultat que dans les faux lymphadénomes, dans les hypertrophies strumeuses, Verneuil aurait enrayé la maladie par des préparations phosphorées: nous conseillerions le phosphore de zinc en pilules de 8 milligrammes, au nombre de 2 à 8 par jour; ou l'huile phosphorée au centième, en capsules de 10 centigrammes de 2 à 8 par 24 heures. L'arsenic semblerait avoir donné de vraies guérisons; les recueils allemands nous en apportent chaque jour de nouvelles: Billroth, Tholen, Czermak, Israël, Karewski, Winivarther, y ont recours et la guérison serait de règle.

C'est sous forme de liqueur de Fowler qu'ils administrent le médicament; ils commencent par 4 à 5 gouttes quotidiennes, puis, à inter-

valle de trois à quatre jours, on monte de 5, à 10, à 15, à 25, à 55, à 40, à 50 gouttes. On s'arrête lorsque les accidents d'intoxication sont trop vifs, pour reprendre bientôt, et la médication est soutenue pendant plusieurs mois. Les injections interstitielles se font aussi avec la liqueur de Fowler, que l'on dédouble souvent en l'étendant d'une égale quantité d'eau distillée; on injecte, avec la seringue de Pravaz, de 2 à 20 gouttes de cette solution. Si l'on commence par de faibles doses, c'est pour éviter la suppuration que provoquerait une injection massive.

Nous avons institué ce traitement chez six malades; nous avons administré jusqu'à 60 gouttes de liqueur de Fowler à l'intérieur, jusqu'à 20 et 50 gouttes de solution dédoublée en injection intraganglionnaire; nous avons provoqué chez nos malades des accidents sérieux d'intoxication, fièvre, tuméfaction des tumeurs, douleurs intenses, diarrhée profuse, rougeur des pommettes, amaigrissement notable, mais nous n'osons mettre à l'actif de la méthode un seul succès: un de nos malades a bien guéri, mais s'agissait-il d'un vrai lymphadénome? Verneuil avait cru à une dégénérescence sous la dépendance d'un cancer ignoré de l'œsophage, et Millard à un engorgement tuberculeux. Ne s'agissait-il pas, comme le pense Brissaud, d'une adénite rhumatismale? En tout cas, de mes cinq autres malades deux sont morts et trois sont seulement améliorés. Les succès allemands me paraissent le fait d'un diagnostic erroné.

XIII

DES ÉPITHÉLIOMAS.

On nomme épithéliomas des tumeurs constituées par du tissu épithélial en masses irrégulières et qui n'affectent jamais la forme d'organes définis.

Bien qu'au siècle dernier on eût signalé déjà la marche spéciale de certains cancers de la peau, la distinction précise entre les tumeurs épithéliales et les vrais carcinomes date de l'école micrographique; Lebert, dans ses recherches, se sert surtout du mot *cancroïde* qu'il emprunte aux anciens auteurs, mais dont il donne

l'exacte signification; en 1852, Hannover emploie le terme d'*épithélioma*, généralement accepté; les mémoires de Paget, de Robin, de Verneuil, de Broca jettent un jour nouveau sur ce sujet, étudié à fond par Heurtaux dans sa thèse de 1860. Le dictionnaire de Jaccoud contient sur cette question un bon résumé de ce même auteur.

Anatomie pathologique et variétés. — L'épithélioma renferme deux espèces bien distinctes: l'épithélioma *pavimenteux* et l'épithélioma *cylindrique*; le premier se subdivise lui-même en épithélioma *lobulé*, *perlé* et *tubulé*. L'épithélioma cylindrique n'a pas de variétés.

L'épithélioma *pavimenteux lobulé* est une tumeur blanchâtre, rarement rosée, sèche, d'aspect granuleux, criant sous le scalpel, à déchirure facile, d'où le nom de *cancer friable* imaginé par Cruveilhier; elle ne donne pas de suc laiteux au raclage, mais par la pression on fait sourdre à sa surface de petits filaments semblables à des vers. Deux parties distinctes la composent: le stroma et les lobules proprement dits. Le *stroma*, dont les limites sont peu précises et qui se continue insensiblement avec les tissus voisins, entoure l'épithélioma tout entier, et envoie des cloisons qui séparent les divers lobules; il est constitué par du tissu fibreux que les vaisseaux sanguins et lymphatiques parcourent jusqu'à la périphérie des lobules, qu'ils ne pénètrent pas. Sa trame n'est pas toujours résistante; elle peut renfermer du tissu muqueux, des éléments embryonnaires d'un grave pronostic: la marche de l'épithélioma s'en accélère souvent; il n'est pas exceptionnel de rencontrer des kystes au milieu du stroma.

Les *lobules* sont formés par des cellules d'aspect variable: les plus superficielles sont cylindriques et semblent s'implanter sur le stroma, à la périphérie du lobule; puis les cellules deviennent rondes, crénelées, engrenées par leurs bords; au fur et à mesure qu'on avance vers le centre, ces éléments s'aplatissent, se séchent et deviennent cornés. Ils sont disposés en couches concentriques comme les tuniques d'un oignon, et forment les *globes* épidermiques; en définitive, on trouve dans chaque lobule l'équivalent des diverses cellules de l'épiderme. Parfois les éléments se ramollissent au centre et deviennent muqueux ou colloïdes; de là deux variétés sans grande importance du reste, l'épithélioma *corné* et l'épithélioma *muqueux*.