

(2 à 4 verres dans la journée); les pilules de Vallet au protocarbonate de fer (2 à 6 pilules par jour); les pilules de citrate ou de lactate de fer; le sirop au lactate de fer, etc.

Il est bon d'employer en même temps les amers, le quinquina, le quassia, afin de combattre l'anorexie, ou de petites doses de rhubarbe, qui sont d'autant mieux indiquées qu'il existe en général de la constipation.

L'hydrothérapie, les bains de mer, la gymnastique, l'exercice au grand air, les voyages, sont également d'excellents moyens à opposer à l'état anémique lorsque des maladies concomitantes n'en contre-indiquent pas l'emploi.

PIORRY. Traité de méd. pratique, 1835. — ANDRAL et GAVARRET. Recherches sur les modifications de proportions de quelques principes du sang, Paris, 1840. — BOULLAUD, Traité de nosographie médicale, 1846. — ANDRAL, Essai d'hématologie pathologique, Paris, 1843. — BECQUEREL et RODIER, Recherches sur la composition du sang, Paris, 1844. — BOULLAUD. De la chlorose et de l'anémie (Bullet. Acad. de méd., 1859). — NONAT. Traité de la chlorose, Paris, 1864. — LORAIN. Art. Anémie et chlorose, in Nouv. Diction. de méd. et de chir. pratiques, Paris, 1865. — G. SÉE. Du sang et des anémies. Paris, 1866. — PARROT. Étude des murmures vasculaires anémiques de la région du cou (Arch. gén. de méd., 1866-1867). — TROUSSEAU. Clin. méd., 5^e édit. Paris, 1877. — GUENEAU DE MUSSY. Leçons sur la chlorose (Gaz. des Hôp., 1868). — POTAIN. Art. Anémie in Dict. encyclop. des sciences médicales. — MALASSEZ. Thèse, Paris, 1873. — Du même. De la numération des globules rouges du sang (Archives de physiologie, 1874, p. 32). — BIERMER. Correspondenzblatt f. schweitzer Aerzte, 1872, n° 1). — IMMERMANN. Art. Anémie perniciosa, in Traité de pathologie de Ziemssen. — HAYEM. De la numération des globules rouges du sang (Gaz. hebdom., 1875, p. 291). — J. TROUSSEAU. Recherches expérimentales sur les phosphates dans la chlorose vraie et la phthisie commençante (Assoc. Franc. pour l'avanc. de la méd., Nantes, 1875). — BONNE. Thèse, Paris, 1875. — FOUASSIER. Thèse, Paris, 1876. — PATRIGEON. Thèse, Paris, 1876. — ZOELLER. De l'anémie perniciosa progressive. Thèse, Paris, 1876. — MALASSEZ. Sur les diverses méthodes de dosage de l'hémoglobine et sur un nouveau colorimètre (Archives de physiologie, 1877). — LÉPINE. Sur les anémies progressives (Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, 1877). — HAYEM. Sur les diverses espèces d'anémie (Communic. à la Soc. méd. des Hôp., 1877). — RICKLIN. De l'anémie dite perniciosa (Gazette médicale de Paris, 1877). — PATRIGEON et MEUNIER. Étude sur la numération des globules rouges et blancs du sang. (Thèses de doctorat et Arch. gén. de méd., 1877). — CONSTANTIN PAUL. Du siège du souffle anémo-spasmodique (Soc. méd. des Hôp., 1878).

LEUCÉMIE.

La leucémie ou leucocythémie est une maladie générale caracté-

térisée par un excès notable et permanent de globules blancs dans le sang et par la formation de tissu adénoïde dans un certain nombre d'organes.

Les mots *leucémie* et *leucocythémie* proposés, le premier par Virchow, le deuxième par Bennett, peuvent être considérés comme synonymes; si nous préférons le mot *leucémie*, c'est uniquement à cause de sa brièveté.

Le mot *leucocytose* désigne un excès passager de leucocytes du sang qui se rencontre dans certains états physiologiques (digestion, lactation) ou pathologiques (fièvre typhoïde, fièvre puerpérale, pyohémie, etc.). Pour qu'il y ait leucémie, il faut que la proportion des globules blancs aux globules rouges s'élève à 1 sur 20 au minimum et que cette altération du sang soit persistante.

Donné, le premier, a décrit l'état du sang chez les leucémiques (1844). En 1845, Bennett et Virchow publièrent chacun une observation de leucémie, mais Virchow eut le mérite de saisir les rapports qui existaient entre l'état du sang et l'hypertrophie de la rate et des ganglions lymphatiques, tandis que Bennett admettait la formation de pus dans l'intérieur des vaisseaux, interprétation évidemment erronée.

En 1847, Virchow édifia une théorie séduisante par sa simplicité et par ses tendances physiologiques; il admit qu'il existait deux espèces de leucémie: la *leucémie splénique*, caractérisée par l'hypertrophie de la rate et l'existence dans le sang d'un excès de leucocytes véritables; la *leucémie ganglionnaire*, caractérisée par l'hypertrophie des ganglions lymphatiques et par l'existence dans le sang d'un grand nombre de globules blancs ou *globulins* plus petits que les leucocytes normaux.

Les faits ne tardèrent pas à ruiner cette théorie en montrant que la présence des globulins dans le sang pouvait coïncider avec l'hypertrophie de la rate, et celle des leucocytes avec l'hypertrophie des ganglions; on constata, en outre, que les lésions ne se limitaient pas à la rate et aux ganglions, mais qu'elles s'étendaient à un grand nombre d'autres organes: à l'intestin (on essaya même de fonder une troisième espèce de leucémie, sous le nom de leucémie intestinale), au foie, aux reins, à la moelle des os, à la rétine, etc.; enfin Trousseau décrivit sous le nom d'*adénie* des cas dans lesquels l'hypertrophie ganglionnaire ne s'accompagnait d'aucune altération du sang. Nous adopterons le mot de *pseudo-leucémie*, proposé par Wunderlich pour désigner l'adénie, et nous l'appliquerons à tous

les cas dans lesquels les altérations sont celles de la leucémie, l'augmentation de leucocytes dans le sang faisant seule défaut.

ÉTIOLOGIE. — Les causes de la leucémie sont inconnues; les hommes paraissent plus prédisposés que les femmes; c'est une maladie de l'âge adulte. On a accusé les excès alcooliques et l'infection palustre sans preuves suffisantes.

DESCRIPTION. — Le début de la leucémie est lent, insidieux, les malades éprouvent de la faiblesse générale, ils pâlisent; le plus souvent on croit à une anémie simple; l'examen du sang peut seul révéler la nature de la maladie.

L'hypertrophie de la rate ou des ganglions lymphatiques est en général le symptôme qui met sur la voie du diagnostic; lorsqu'un malade affaibli, anémié, présente une rate volumineuse, en l'absence d'antécédents palustres, l'idée de leucémie s'impose; l'examen du sang lève tous les doutes.

La rate peut prendre un volume considérable; il n'est pas très-rare de la voir descendre jusque dans la fosse iliaque gauche; son bord antérieur est dur, tranchant, facile à sentir par la palpation; à la percussion, on constate souvent, sur la ligne qui va du bord antérieur de l'aisselle à l'épine iliaque antéro-supérieure, une matité de 30 à 35 centimètres; en avant et en haut, la matité de la rate se confond avec celle du foie. L'hypocondre gauche est parfois le siège de douleurs spontanées ou provoquées par la pression, douleurs qui dépendent de la péri-splénite et des adhérences que la rate contracte avec les parties voisines, le diaphragme en particulier.

L'hypertrophie du foie porte sur toute la masse de l'organe, dont le bord antérieur dépasse les fausses côtes de plusieurs travers de doigt. Les douleurs sont plus rares dans l'hypocondre droit que dans l'hypocondre gauche.

Les adénopathies leucémiques siègent dans les ganglions lymphatiques profonds, ganglions mésentériques, ganglions bronchiques, ou dans les ganglions superficiels, dont l'hypertrophie donne lieu à la formation de tumeurs sur différents points du corps, en particulier sur les parties latérales du cou, aux aisselles et aux aines. Ces tumeurs sont indolentes, les ganglions restent distincts les uns des autres; il est très-rare qu'ils s'enflamment et qu'ils suppurent.

Les ganglions bronchiques hypertrophiés peuvent comprimer les bronches, ce qui entraîne des troubles graves de la respiration.

Tandis que ces symptômes locaux s'accusent, l'état général s'aggrave de plus en plus; la pâleur de la face, la perte des forces, la

prostration, le découragement, les vertiges, la céphalalgie, la tendance aux syncopes, rappellent les symptômes des anémies graves. L'amaigrissement ne se prononce, en général, qu'à une période assez avancée. Le pouls est faible, dépressible; des souffles anémiques se produisent au cœur et dans les vaisseaux du cou. La dyspnée, souvent considérable, tient à la pauvreté du sang en globules rouges et au refoulement du diaphragme par la rate et le foie hypertrophiés; dans quelques cas elle prend une gravité exceptionnelle par suite de l'hypertrophie des ganglions bronchiques.

Du côté des voies digestives, il faut noter surtout la fréquence de la diarrhée. La soif est vive, la langue humide, l'appétit conservé; il existe parfois des nausées et des vomissements.

Les urines normales, le plus souvent, deviennent quelquefois albumineuses à la dernière période.

Les troubles de la vue sont assez communs, l'acuité et le champ visuels sont diminués; l'examen ophtalmoscopique permet de constater ce qui suit: à la première période le fond de l'œil a une teinte jaune orangé, les contours de la papille et des vaisseaux sont mal limités, on dirait qu'un crêpe est étendu sur la rétine; à une période plus avancée, on distingue de nombreuses taches hémorragiques disposées le long des vaisseaux et abondantes surtout au pôle postérieur. Il existe également des taches blanchâtres exsudatives, mais pas de taches graisseuses, brillantes, comme dans la rétinite albuminurique.

L'aggravation des symptômes précédents conduit à la période cachectique de la leucémie, caractérisée par la tendance aux hémorragies, aux œdèmes, à l'anasarque, enfin dans bon nombre de cas par une véritable fièvre hectique.

Les épistaxis, les entérorrhagies, les hémorragies gingivales, le purpura se montrent avec une grande fréquence; viennent ensuite l'hémorragie cérébrale, l'hématémèse, l'hématurie, l'hémoptysie et les métrorrhagies. Ces hémorragies contribuent par leur abondance à précipiter la marche de la maladie. On a noté quelquefois une tuméfaction des gencives analogue à celle des scorbutiques.

L'ascite, l'œdème des membres inférieurs, l'anasarque sont signalés dans un grand nombre d'observations; le sang chargé de leucocytes circule difficilement dans les capillaires qui s'obstruent; la pression sanguine augmente et le sérum transsude ou bien les vaisseaux se rompent: ainsi s'explique la tendance aux œdèmes et aux hémorragies.

La mort arrive brusquement à la suite d'une syncope ou d'une hémorrhagie cérébrale, ou bien les malades s'éteignent progressivement; il existe en général du délire par anémie cérébrale à la période ultime.

La durée moyenne est de treize à quatorze mois. Durée minima, trois mois; maxima, quatre ans (Isambert). Dans tous les cas connus la maladie s'est terminée par la mort.

FORMES IRRÉGULIÈRES. PSEUDO-LEUCÉMIES. — La leucémie ne se présente pas toujours sous la forme classique que nous venons de décrire; elle a, comme la plupart des maladies, ses formes irrégulières, dont on a voulu faire quelquefois des espèces morbides distinctes. La tuméfaction de la rate et celle du foie peuvent manquer; les altérations se concentrent sur les ganglions lymphatiques, sur l'intestin ou sur la moelle des os, enfin on ne constate pas toujours un excès de leucocytes dans le sang.

La pseudo-leucémie ganglionnaire ou *adénie* (Trousseau) est caractérisée par la formation sur différents points du corps de tumeurs dues à l'hypertrophie simple des ganglions lymphatiques sans altération du sang. Ces tumeurs, qui prennent souvent un volume considérable se développent surtout dans les régions sous-maxillaires et cervicales, dans les aisselles et aux aines; elles donnent lieu à des déformations caractéristiques; la tête qui repose sur une masse ganglionnaire considérable, semble petite, les tumeurs des aisselles envahissent les régions pectorales et simulent chez quelques malades des mamelles volumineuses. Les tumeurs sont indolentes; on sent facilement par la palpation qu'elles sont constituées par une agglomération de ganglions, dont quelques-uns ont le volume de grosses noix ou d'œufs de poule; elles ne suppurent jamais. Les ganglions profonds se prennent aussi, les ganglions bronchiques hypertrophiés compriment la trachée et les bronches et déterminent des accès de suffocation. Les tumeurs situées sur le trajet des gros vaisseaux donnent lieu à des œdèmes, particulièrement aux membres inférieurs.

Dans ces cas d'*adénie* il n'y a pas d'excès de leucocytes dans le sang, il existe seulement de l'anémie.

Plusieurs observateurs ont noté que l'*adénie* semblait parfois se rattacher à une lésion locale, à une otite, par exemple, qui donnait lieu d'abord à une hypertrophie des ganglions correspondants, la lésion se généralisait ensuite peu à peu; les irritations locales jouent sans doute ici, comme dans la plupart des maladies générales, le

rôle de cause prédisposante, elles déterminent la localisation sur tel ou tel point, mais il est difficile de croire qu'elles suffisent à elles seules à provoquer l'*adénie*; dans bon nombre de cas, les hypertrophies ganglionnaires sont évidemment primitives et elles éclatent en même temps sur un grand nombre de points.

Les pseudo-leucémies caractérisées par des lésions de la moelle des os ou de l'intestin sans altération de la rate ni des ganglions périphériques ont une marche insidieuse; elles se traduisent seulement par les symptômes des anémies graves; à la dernière période il survient assez souvent de la fièvre.

On pourrait encore rattacher aux pseudo-leucémies les lymphadénomes qui se produisent sur différents points du corps, dans les médiastins en particulier, sans augmentation du nombre des leucocytes du sang.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le sang perd sa couleur rutilante, il prend une nuance violette, lie de vin, chocolat dans les cas très-avancés; dans le cœur ou dans les gros vaisseaux, il présente souvent l'aspect du pus avec lequel on l'a confondu quelquefois. Lorsqu'on abandonne une certaine quantité de sang leucémique dans une éprouvette, après l'avoir défibriné, le liquide se sépare en trois couches bien distinctes: les globules rouges qui sont les plus lourds tombent au fond du vase, les leucocytes forment une deuxième couche plus ou moins épaisse, suivant leur abondance, le sérum surnage (Donné).

A l'état normal le chiffre des globules blancs est à celui des globules rouges, comme 1 à 400 ou 500; dans la leucémie on a vu la proportion s'élever à 1 pour 20, 1 pour 10, 1 pour 5; parfois même les leucocytes, sont aussi nombreux que les globules rouges. Les globulins prédominent chez quelques malades; dans une observation de MM. Blache, Robin et Isambert, les globulins étaient aux leucocytes vrais comme 80 à 1.

L'examen chimique du sang a démontré une diminution notable des globules rouges, de l'albumine et de la fibrine, une augmentation de l'eau et des matières grasses.

Les organes lymphatiques, comme la rate et les ganglions, subissent une hypertrophie simple qui porte sur tous les éléments; les autres organes, le foie et les reins, par exemple, subissent les altérations suivantes: les leucocytes s'accumulent d'abord dans les vaisseaux, qui en sont comme injectés, puis ils sortent des vaisseaux soit par diapédèse, soit par rupture des parois vasculaires et il se

forme alors, à côté des éléments normaux plus ou moins altérés, du tissu adénoïde (His) constitué par des leucocytes en grand nombre et par un réticulum délicat analogue à celui des ganglions lymphatiques normaux; pour voir le réticulum, il est nécessaire d'enlever les leucocytes à l'aide du pinceau sur quelques points des préparations. Le tissu adénoïde peut être réuni sous forme de tumeurs blanchâtres, visibles à l'œil nu, qui ont été confondues plus d'une fois avec le cancer, ou bien infiltré entre les éléments normaux.

La rate est altérée dix-neuf fois sur vingt, son poids varie de 1 kilogr. à 3 kilogr. 500, sa consistance est augmentée; elle conserve sa forme, et ne s'affaisse pas sur la table de l'amphithéâtre; le parenchyme splénique présente une coloration d'un rose violet ou d'un rouge brun; d'autres fois, les corpuscules de Malpighi, hypertrophiés, apparaissent sous la forme de taches blanchâtres, arrondies. Les infarctus ne sont pas très-rare.

La capsule de la rate est souvent enflammée (péritonite) et adhérente aux parties voisines.

Les ganglions lymphatiques hypertrophiés forment quelquefois sur un même point, dans l'aisselle, par exemple, des masses qui pèsent 400 à 500 grammes, voire même un kilogramme; les ganglions les plus gros ont le volume d'œufs de poule; leur aspect est normal sur la coupe; cependant, il peut arriver qu'ils soient caséux et semblables, à l'œil nu, à des ganglions tuberculeux.

Le foie est hypertrophié 12 à 14 fois sur 20; tantôt sa coloration est plus ou moins altérée, mais uniforme, tantôt on constate une série de tumeurs blanchâtres. Ces deux aspects correspondent aux altérations décrites plus haut; dans le premier cas, il y a seulement réplétion des vaisseaux par les globules blancs; dans le deuxième, des amas de tissu adénoïde se sont formés sur différents points.

L'hypertrophie des reins, moins fréquente que celle du foie, est également caractérisée, dans les cas avancés, par l'existence d'un tissu adénoïde, véritable néoplasme qui dissocie les tubuli et qui infiltre toute la substance rénale ou qui est distribué sous forme de tumeurs.

Les follicules isolés de l'intestin et les glandes de Peyer s'hypertrophient; l'altération peut même s'étendre en dehors des follicules à une grande partie de la muqueuse intestinale. Dans un cas publié par le docteur Kelsch, l'infiltration lymphoïde était générale, elle

prédominait même en dehors des follicules. Les tumeurs leucémiques de l'intestin s'ulcèrent quelquefois.

L'hypertrophie des amygdales et des follicules clos de la base de la langue est signalée dans quelques observations.

Les fibres musculaires du cœur sont infiltrées et comme dissociées par des accumulations de leucocytes ou par des traînées de tissu adénoïde bien caractérisé. Les poumons sont engoués, œdématisés, ou bien il existe des infarctus hémorragiques et des ecchymoses sous-pleurales.

Le tissu spongieux des os est raréfié, surtout dans les vertèbres et le sternum; la moelle des os présente des teintes variables, qui, sur la coupe, donnent lieu à des marbrures rouges, grises ou jaunâtres; la coloration grise est quelquefois uniforme. Le microscope démontre l'existence, sur les points malades, de nombreux éléments analogues à ceux de la lymphe et du réticulum caractéristique du tissu adénoïde (Kelsch).

La rétine est le siège d'un grand nombre de petits foyers hémorragiques présentant quelquefois des points blancs centraux; ces hémorragies, composées en grande partie de leucocytes, se font soit en arrière de la lame criblée, soit dans la papille, soit dans l'épanouissement des fibres. Les éléments normaux de la rétine ne sont pas altérés (Poncet). On n'a pas trouvé jusqu'ici de tissu lymphoïde véritable dans la rétine.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de la leucémie, à la période d'état, est assez facile; l'hypertrophie de la rate et du foie, les tumeurs ganglionnaires, la pâleur, la débilité générale font songer nécessairement à la leucémie; l'examen histologique du sang est toujours nécessaire pour confirmer le diagnostic. Cet examen se fait de la manière suivante: après avoir préparé un verre porte-objet et un verre couvre-objet, on pique la pulpe d'un des doigts du malade avec une épingle propre, on met une goutte du sang sur la lame porte-objet, puis, après avoir déposé sur la lamelle couvre-objet une légère buée, on l'applique sur la goutte de sang, qui s'étale; afin d'éviter l'évaporation, on borde à la paraffine. Lorsqu'on examine ainsi une préparation de sang normal et qu'on fait usage d'un grossissement de 170 D environ (oculaire I et objectif VI de Verick, par exemple), on ne voit, dans le champ du microscope, que trois à quatre globules blancs à la fois; sur les préparations de sang leucémique, on reconnaît au premier coup d'œil une augmentation considérable du nombre des leucocytes. S'il y en a quatre-vingts, en

moyenne, dans le champ de la préparation, on peut en conclure qu'ils sont vingt fois plus nombreux qu'à l'état normal; par la numération successive des globules rouges et des globules blancs on arrive à des chiffres plus exacts.

Il faut se rappeler qu'il existe des leucocytoses physiologiques (allaitement) ou pathologiques (pyohémie, fièvre puerpérale, etc.); il est rare, du reste, que l'excès des globules blancs atteigne alors les chiffres qu'on observe dans la leucémie; on devra s'assurer par des examens successifs que l'augmentation de nombre des leucocytes est un phénomène persistant et non passager. Dans certains cas, ce sont les globulins qui dominent.

A ses débuts, la leucémie peut être confondue avec toutes les maladies qui s'accompagnent de débilité générale et d'anémie sans localisations appréciables; telles sont l'anémie, la maladie bronquée d'Addison, certaines formes de tuberculose. L'augmentation du nombre des leucocytes n'est pas toujours assez considérable au début pour caractériser l'état morbide; on est obligé d'attendre pour formuler un diagnostic précis.

L'adénie, avec ses tumeurs ganglionnaires multiples, se reconnaît facilement; on ne la confondra pas avec les adénites des scrofuloux, qui ont de la tendance à suppurer et qui n'ont ni le volume, ni la marche rapidement progressive des adénopathies de la pseudo-leucémie ganglionnaire. Les autres espèces de pseudo-leucémies, celles qui se localisent, par exemple, sur la moelle des os ou sur l'intestin, sont au contraire d'un diagnostic très-difficile, sinon impossible; on les confond surtout avec la tuberculose, avec l'anémie à forme rapide et parfois avec la fièvre typhoïde à forme ambulatoire; nous avons vu que certains faits décrits sous le nom d'anémie pernicieuse devaient rentrer dans l'histoire des pseudo-leucémies.

La leucémie peut simuler aussi le scorbut, surtout lorsque les gencives sont tuméfiées et saignantes; l'examen attentif des causes qui ont présidé au développement de la maladie et l'absence, chez les scorbutiques, d'un excès de globules blancs dans le sang permettront d'établir le diagnostic différentiel.

La leucémie a été probablement décrite plus d'une fois sous le nom d'hémophilie.

Le pronostic est extrêmement grave, puisque dans tous les cas connus la maladie s'est terminée par la mort. Parmi les symptômes les plus fâcheux, il faut noter la tendance aux hémorragies et les troubles de la respiration annonçant une compression des bronches.

La gravité est en rapport avec l'excès des leucocytes du sang.

TRAITEMENT. — Aucun médicament n'a de prise sur la leucémie. On doit conseiller seulement une médication tonique et reconstituante; le vin, le quinquina, l'arsenic à petite dose, peuvent rendre des services et ralentir la marche de la maladie. Les malades seront placés dans de bonnes conditions hygiéniques et l'on traitera avec soin les complications, on s'efforcera en particulier d'arrêter, par le tamponnement des fosses nasales, les épistaxis qui entraînent souvent la mort par leur abondance et qui affaiblissent en tout cas les malades.

Dans l'adénie, lorsque des tumeurs cervicales volumineuses compriment la trachée et menacent d'entraîner l'asphyxie, l'indication de la trachéotomie se pose quelquefois; cette opération n'apporte pas un grand soulagement aux malades, car les tumeurs s'enfoncent derrière le sternum et vont comprimer la partie inférieure de la trachée.

VIRCHOW. Die Leukämie (Archiv für path. Anat., 1847, et Pathologie cellulaire, trad. de Picard, p. 439). — BENNETT. On Leucocythemia, 1852. — LEUDET. Étude des lésions viscérales de la leucémie (Gazette méd. de Paris, 1858). — J. SIMON. De la leucocythémie. Thèse, Paris, 1861. — L. LAVERAN. Note sur un cas d'hémophilie avec leucocythémie et altération de la rate (Gaz. hebdom., 1857). — TROUSSEAU. Clinique. Leçons sur la leucocythémie et sur l'adénie. — FELTZ. Mémoire sur la leucémie (Gaz. méd. de Strasbourg, 1865). — OLLIVIER et RANVIER. Observ. pour servir à l'histoire de la leucocythémie (Gaz. méd. de Paris, 1867). — BÉHIER. Union médicale, 1869. — VIDAL. De la leucocythémie splénique. Paris, 1856. — WUNDERLICH. Arch. der Heilkunde, 1866. — ISAMBERT. Art. Leucocythémie in Diction. encyclop. des sciences méd., 1869. — CORNIL et RANVIER. Manuel d'histologie pathologique, 1876. — KELSCH. Note pour servir à l'histoire de la lymphadénie (Bulletins de la Soc. anat., 1873). — PONCET. Rétinite leucocythémique (Arch. de physiologie, 1874). — R. AUBERT. Des lymphadénomes du médiastin. Thèse, Paris, 1877.

SCORBUT.

Si nous avons fait une classe des *maladies d'alimentation*, le scorbut y aurait trouvé sa place, car il paraît démontré que la privation de végétaux et de fruits frais joue le principal rôle dans sa pathogénie; mais les maladies d'alimentation rentrent soit dans les empoisonnements (ergotisme, alcoolisme), soit dans les dyscrasies (scorbut), soit dans les maladies parasitaires (trichinose, ladrerie), et l'introduction de ce nouveau groupe dans la classification des maladies ferait double emploi.

Les conditions d'alimentation étant souvent les mêmes pour un grand nombre d'hommes, il en résulte que les maladies d'alimen-