

que rare l'est encore moins que le sphacèle de la tumeur, circonstance exceptionnelle.

**Siège.** — On peut rencontrer les myomes partout où il existe normalement des fibres lisses; l'utérus est cependant leur siège de prédilection et ils affectent par rapport à la paroi les positions suivantes. Tantôt ils sont interstitiels, enchâssés dans une véritable capsule fibreuse ou adhérents au tissu ambiant; tantôt au contraire ils tendent à faire saillie vers la muqueuse utérine ou sous la séreuse péritonéale; de là deux variétés, les myomes sous-péritonéaux et sous-muqueux; ils sont pédiculés ou sessiles.

Plus rarement les myomes se développent aux dépens du col dont ils envahissent l'une ou l'autre lèvre. D'ailleurs toutes les variétés peuvent se trouver réunies chez la même malade.

BROCA a rencontré entre la prostate et le rectum une tumeur insolite qui contenait des fibres musculaires lisses; VIRCHOW, FORSTER ont signalé des myomes au scrotum, BALZER à la peau, DEMARQUAY à la grande lèvre, HÉRICOURT dans l'épididyme. Enfin, certaines saillies polypeuses du tube digestif sont composées de fibres musculaires lisses, et nous verrons que, pour divers auteurs, le tubercule sous-cutané douloureux est un myome.

**Étiologie.** — Le myome n'a guère été observé que dans l'âge adulte, pour l'utérus; son maximum de fréquence se montre de quarante à cinquante ans. D'après DUPUYTREN et MALGAIGNE, les nombreuses grossesses y prédisposeraient, assertion souvent infirmée par les faits. Quant à l'influence possible des maladies antérieures, des causes générales, de la constitution, etc., on ne sait rien de précis à leur égard, pour les myomes des autres régions. Un auteur américain a noté leur fréquence chez les négresses et les mulâtresses dès l'âge de vingt ans. GALLARD a émis l'opinion rationnelle, que les fibromyomes utérins avaient leur origine dans certains extravasats sanguins.

**Symptômes et caractères généraux.** — Par eux-mêmes, les myomes ne déterminent aucun symptôme spécial, mais ils manifestent leur présence par les troubles fonctionnels qu'ils provoquent dans les organes voisins. Ainsi les myomes sous-péritonéaux d'un petit volume peuvent passer inaperçus; ceux qui sont volumineux déterminent des troubles de la miction et de la défécation; les myomes sous-muqueux de l'utérus engendrent ordinairement du catarrhe et des hémorragies. Quand ils siègent dans l'intestin, ils apportent un obstacle au cours des matières.

Leur développement toujours lent est proportionnel à la quantité de fibres musculaires qu'ils contiennent. Leur diagnostic et leur traitement trouveront mieux leur place à propos de la pathologie de l'utérus. Au demeurant, le diagnostic précis ne peut être fait sans le secours du microscope, et le pronostic n'est grave que par les symptômes de voisinage que provoque la tumeur, car par lui-même, le myome ne récidive pas, n'envahit pas les ganglions et ne devient jamais infectant.

#### § 4. — Lymphadénome

**Bibliographie.** — HODGKIN, *Med. Chir. Transact.*, 1832. — VERNEUIL, *Gaz. hebdomadaire*, 1844. — WILKS, *Guy's Hosp. Reports*, 1856. — COSSY, *Écho méd. de Neuchâtel*, 1861. — BILLROTH, *Arch. de Virchow*, t. XXIII, 1862. — CORNIL, *Arch. de médecine*, 1865, t. II. — SPILLMANN, *Ibid.*, 1867. — TROUSSEAU, *De l'adénie, Clinique méd.*, t. III, 1868. — WUNDERLICH, *Arch. der Heilkunde*, 1866. — LANGHANS, *Arch. de Virchow*, 1872, *Analys.*, in *Arch. de méd.*, 1872. — LANNELONGUE, *Gaz. des Hôp.*, 1872. — NEPVEU, *Arch. de méd.*, 1872. — *Société de chirurgie de Paris*, 1864, 1868, 1870, 1872. — CLAUDOT, *Recueil de méd. milit.*, 1876. — MONOD et TERRILLON, *Arch. de médecine*, juillet 1879. — *The Lancet*, 1878, *passim*.

Thèses de Paris. — 1859, CAUBÈRE. — 1868, PREZ-CRASSIER. — 1872, AUDINEAU, BERGERON (Agr.). — 1873, GROCLER. — 1874, LEGALLOIS, DEMANGE, ROUSSEAU, GOGLIOSO. — 1876, DARASSE. — 1877, AUBERT. — 1878, HUMBERT (Agr.). — 1879, DAYMARD. — 1881, CHOISEAU. — 1882, VARIOT.

Articles LEUCOCYTÉMIE, ADÉNIE, LYMPHATIQUES et LYMPHOMES des *Dictionnaires*. Voir les *Traité généraux des tumeurs* et les *Classiques*.

SYNONYMES. — Maladie d'HODGKIN. — Lymphome, lympho-sarcome.

**Historique.** — En 1832, un médecin anglais, HODGKIN, décrit dans un travail passé un peu inaperçu, certaines hypertrophies ganglionnaires généralisées; ce fut BENNETT qui, treize ans plus tard (1845), attira l'attention sur l'existence d'une maladie caractérisée par l'augmentation du nombre des globules blancs du sang et par une hypertrophie de la rate et des ganglions lymphatiques. Il lui donna le nom de *leucocytémie* auquel VIRCHOW substitua presque à la même époque celui de *leucémie*.

De nouveaux faits démontrèrent que l'augmentation des globules blancs n'était pas constante dans les cas de tumeurs ganglionnaires, et que la leucocytémie était une éventualité possible mais non indispensable dans l'affection des ganglions. D'importants travaux dus à TROUSSEAU, WUNDERLICH, marquent cette seconde phase de la question du lymphadénome. TROUSSEAU décrit sous le nom d'adénie, l'hypertrophie ganglionnaire sans leucocytémie, et pour mieux caractériser la nature de la maladie qui a tendance à se généraliser on créa les expressions de diathèse lymphogène (JACCOUR), de lymphadénie (RANVIER). Dans cette classe viennent se grouper les tumeurs lymphoïdes cutanées comme le mycosis fongoïde, ainsi que des tumeurs qui siègent dans le tube intestinal et dont la structure est la même.

Dès lors, le lymphadénome devient une manifestation ou une production de la lymphadénie. Mais comme dans nombre de cas les chirurgiens sont appelés à observer l'évolution de l'affection, son début dans une tumeur ganglionnaire localisée, puis son extension et enfin sa généralisation, ils furent amenés insensiblement à comparer le lymphadénome au cancer qui, comme lui, présente la propagation ganglionnaire et l'infection. Cependant la malignité de certaines de ces tumeurs comparée à leur évolution, lente dans d'autres cas,

rend compte de la tendance des auteurs à opposer le lymphadénome bénin aux formes graves auxquelles on donna les noms les plus divers (lymphome malin, lymphosarcome).

Une étude plus approfondie de la question qui fut mise à l'ordre du jour en France, en Angleterre, en Allemagne, a ramené la majorité vers la conception d'une maladie unique, la lymphadénie, se manifestant par des tumeurs variables comme structure et comme évolution; ce sont les lymphadénomes ou lymphomes de VIRCHOW et LANCEREAUX.

Malheureusement les Allemands, LANGHANS, WINIWARTER ne font qu'accroître la confusion en multipliant les formes malignes. Pour COHNHEIM la leucémie est une affection générale déterminée par quelque agent infectieux, et les tumeurs ganglionnaires deviennent ainsi des hyperplasies infectieuses; mais du moins, pour lui comme pour nous, ces diverses tumeurs ne sont que des variétés du même état pathologique.

**Définition. Division.** — Le lymphadénome est un néoplasme constitué par du tissu adénoïde.

Tantôt il prend naissance dans les ganglions où il existe normalement, tantôt il se forme de toutes pièces dans les parties où il ne préexiste pas. Que la tumeur soit primitive ou secondaire, qu'elle siège dans un ganglion ou ailleurs, elle affecte toujours l'un des trois types suivants :

- 1° Lymphadénome vrai formé par du tissu adénoïde dans lequel le réticulum et les cellules lymphatiques se développent d'après leur type normal.
- 2° Lymphadénome dur. Le réticulum ou stroma prédomine.
- 3° Lymphadénome mou ou lymphosarcome, variété dans laquelle les éléments cellulaires sont très abondants.

**Anatomie pathologique.** — Le lymphadénome affecte un volume extrêmement variable, depuis un grain de mil jusqu'à celui d'une tête de fœtus; lorsqu'il est développé, il se présente sous la forme d'une masse irrégulièrement arrondie, lobulée, bosselée; la coupe blanc grisâtre avec quelques points rosés ou violacés ressemble à celle de l'encéphaloïde. Dans quelques parties il existe des taches rouges, ailleurs jaunâtres, comme caséuses. Le raclage de la coupe permet d'en extraire un suc laiteux abondant, dans lequel on trouve un très grand nombre de cellules rondes à un seul noyau.

Ces caractères macroscopiques ainsi que les détails intimes de structure sont communs aux tumeurs ganglionnaires et à celles des viscères.

Dans tout lymphadénome on trouve trois sortes d'éléments : 1° le tissu réticulé caractéristique de la tumeur; 2° les cellules lymphatiques; 3° les vaisseaux.

1° Le *tissu réticulé* est identique à celui des ganglions normaux et forme un réseau qui enchâsse les cellules lymphatiques. On ne peut le voir que sur les coupes de la tumeur durcies à la gomme et à l'alcool, et pincillées pour enlever les cellules lymphatiques.

2° Les *cellules* contenues dans le réticulum ne sont pas toutes semblables; si la plupart sont rondes et uninucléaires, il y en a d'autres plus grandes et à plusieurs noyaux; quelques-unes sont chargées de pigment.

3° Les *vaisseaux* en relation directe avec le tissu réticulé ont une paroi

propre, ce qui les différencie absolument de ceux des sarcomes qui n'en ont pas; quant à leur contenu, il varie suivant que la tumeur est ou non accompagnée de leucocytémie. Tandis que dans le premier cas les globules blancs sont très nombreux, on trouve seulement du sang ordinaire dans le second.

Telles sont les parties constituantes du lymphadénome vrai; la déviation du type normal, selon qu'il y a prédominance des cellules ou du réticulum, rend compte des variétés appelées lymphadénome mou et dur.

Dans le lymphadénome mou ou lymphosarcome, les cellules ne sont pas seulement plus abondantes; elles sont aussi plus volumineuses, mesurent de 15 à 20  $\mu$ , sont plates ou polyédriques, multinucléaires.

Le réticulum plus développé, plus gros, formé aux dépens de l'élément conjonctif, caractérise la forme indurée du lymphadénome; on l'a vu parfois aboutir à une véritable sclérose du ganglion.

Outre ces trois principales formes, on rencontre encore des variétés assez nombreuses décrites par les auteurs comme des tumeurs distinctes, qui ne contribuent pas à éclaircir ce sujet; de toutes, la plus caractéristique est assurément le lymphadénome mélanique; le pigment mélanique infiltre le tissu des ganglions et les travées fibreuses qui les séparent. Signalons encore une autre espèce dans laquelle l'élément vasculaire joue un rôle important, le lymphadénome hématoïde décrit par FOUILHOUX.

Les modifications qui peuvent survenir dans le tissu de la tumeur sont peu nombreuses; ainsi la suppuration et la transformation caséuse y ont été exceptionnellement notées; dans quelques cas, la tumeur une fois développée s'atrophie spontanément; les masses ganglionnaires volumineuses, les lymphadénomes de la peau (mycosis fongoïde), ceux de l'intestin sont susceptibles de s'ulcérer, mais pas constamment.

Le lymphadénome débute dans un ganglion ou dans un organe lymphoïde, plus rarement dans un viscère; quel que soit l'organe primitivement envahi la progression du mal se fait toujours dans le sens du cours de la lymphe, ce qui explique la propagation très rapide du néoplasme aux ganglions voisins; ceux-ci se conglomèrent de manière à former une masse qui peut même devenir homogène à son centre, à mesure qu'elle prend de l'extension; cette masse englobe les organes de la région et les étouffe peu à peu ou les dévie quand ils présentent une certaine mobilité.

La propagation pourrait se faire encore par des vaisseaux sanguins, car on a vu les bourgeons du néoplasme envahir un vaisseau et pénétrer dans son intérieur.

**Siège des lymphadénomes.** — Les ganglions du cou sont le point de départ le plus ordinaire des lymphadénomes; tantôt les groupes parotidiens ou sous-maxillaires, tantôt les groupes carotidiens ou sous-claviculaires se prennent les premiers. Quoique moins fréquents, les lymphadénomes de l'aisselle, du médiastin ne sont pas rares; les observations de ce genre se multiplient de nos jours. L'affection commence parfois dans l'aîne, les ganglions iliaques ou lombaires. MOXON, PANAS ont vu le mal débiter dans l'amygdale; GUYON, TERRILLON et MONOD, dans le testicule; de même, le mycosis fongoïde ou lymphadénome cutané précède souvent l'infection ganglionnaire. Enfin KELSCH

(Société anatomique, 1873) a donné une bonne description du lymphadénome primitif de l'intestin. Comme tumeur secondaire, le lymphadénome se rencontre dans un grand nombre d'organes, le foie, la rate, le poumon, le rein, les os, le thymus, le cœur, l'orbite (CHAUVEL, TRÉLAT).

**Étiologie.** — La cause des lymphadénomes est inconnue, COHNHEIN en fait, sans preuve suffisante, une maladie infectieuse. On sait seulement que ce néoplasme, plus commun chez l'homme que chez la femme, a été observé le plus fréquemment de vingt-cinq à trente-cinq ans, mais on l'a noté chez des septuagénaires et chez des enfants très jeunes. Presque tous les auteurs qui

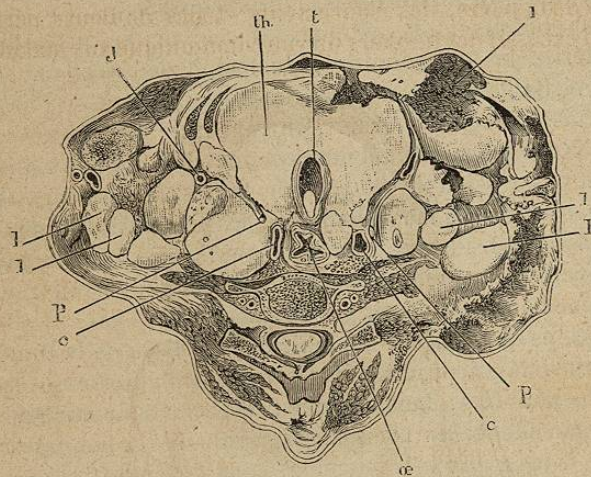


Fig. 16. — Coupe transversale d'un lymphadénome du cou. — Déplacement et déviation des organes (d'après BRAUN).  
œ, œsophage, — t, trachée, — th corps thyroïde, — p, pneumogastrique, — c, carotide — j, jugulaire, — ll, ganglions lymphatiques altérés.

se sont occupés de la question évoquent comme cause prédisposante le froid humide, la misère physiologique, la débilitation de l'économie. Ainsi on aurait remarqué que les cas de lymphadénomes étaient plus nombreux dans la population parisienne après la guerre franco-allemande.

Quant à la prédisposition due aux irritations antérieures des ganglions, à la scrofule, à la syphilis, à l'intoxication palustre, au puerpérisme, on ne saurait l'admettre jusqu'à présent, car bien souvent le lymphadénome apparaît chez des gens robustes.

**Symptômes.** — Nous diviserons l'évolution du lymphadénome en quatre périodes : 1<sup>re</sup> période initiale ou du lymphadénome localisé ; 2<sup>e</sup> période de propagation ganglionnaire ; 3<sup>e</sup> période d'état et de troubles fonctionnels ; 4<sup>e</sup> période ultime d'infection générale et de cachexie.

**Première période.** — L'affection débute par une tumeur siégeant le plus communément dans un ganglion, mobile, élastique, grosse comme une noix, et surtout indolente, caractère qui explique pourquoi elle passe souvent inaperçue.

**Deuxième période.** — Après une période d'indifférence variant de quelques mois à un an, indépendante de la marche du processus, la tumeur primitive

entre en évolution, grossit en même temps qu'on voit apparaître autour d'elle dans le sens du cours de la lymphe de nouvelles tumeurs qui s'accroissent assez promptement, adhèrent entre elles en constituant bientôt une masse lobulée, bosselée, sans adhérence à la peau ; celle-ci soulevée, conserve des caractères normaux. Il est très rare de voir le ganglion primitif rester seul malade, et dans ce cas il prend un accroissement démesuré. Jusqu'ici l'indolence persiste, la santé générale est peu altérée.

**Troisième période.** — Les lymphadénomes longtemps indifférents à leur début évoluent moins vite que les autres. A cette période la tumeur acquiert un volume plus grand encore ; si l'affection prend une forme rapide il y aurait, d'après LANGHANS de la fièvre, des élancements et des douleurs périodiques. Le développement excessif des tumeurs du cou communique aux malades un aspect



Fig. 17.  
Lymphadénome du cou chez un enfant (période cachectique).

spécial ; comme l'a fait observer TROUSSEAU, leur tête semble reposer sur une base élargie. Dans la profondeur la masse morbide englobe ou envahit les organes fixes, déplace ceux qui sont susceptibles d'une certaine mobilité. Il en résulte une gêne fonctionnelle croissante, des compressions diverses variant dans leurs effets suivant la région envahie, et atteignant leur maximum d'intensité au cou et dans le médiastin, ce qui explique la présence de la dyspnée, de la toux, des oppressions nocturnes, des compressions du pneumogastrique, du sympathique (troubles oculo-pupillaires.) On a noté quelquefois l'anesthésie de plusieurs filets nerveux. Enfin c'est à cette troisième période que le foie et la rate deviennent très volumineux.

**Quatrième période. Généralisation, ulcération des tumeurs. Cachexie.** — La dernière période est marquée par l'infection générale, la déchéance de la santé et la cachexie. Le malade s'amaigrit puis s'affaiblit en même temps

que ses tumeurs peuvent rester stationnaires ou s'affaïsser partiellement. La peau devient pâle, bouffie; l'ensemble de ces symptômes a été décrit par WILKS sous le nom d'*anémie lymphatique*. La leucocytémie est un phénomène grave qui apparaît vers la troisième période, mais qui peut faire défaut dans les cas les plus malins. En même temps que l'infection, se produisent des tumeurs secondaires dans un grand nombre de viscères et jusque dans les os. Il n'est pas rare de voir les tumeurs, surtout dans la forme cutanée, s'ulcérer, et donner naissance à des bourgeons fongueux. Les masses ganglionnaires très volumineuses peuvent suivre une marche identique sans amélioration.

A cette période, qui commence la cachexie et le marasme, la peau prend quelquefois une coloration bronzée comme dans la maladie d'Addison. Les recherches de PAGET ont montré que cette pigmentation anormale était due à la compression des ganglions nerveux semi-lunaires et du plexus solaire par le néoplasme.

Peu de temps avant la mort, terminaison à peu près fatale du lymphadénome, surviennent des vomissements, de la diarrhée, des sueurs profuses, des accès fébriles; la dyspnée augmente, le purpura marbre la peau, des œdèmes passifs remplissent les extrémités de sérosité; fréquemment il existe des épanchements dans la plèvre et le péritoine.

La marche de la maladie est très variable. On l'a vue évoluer en quelques mois, tandis qu'elle met ordinairement deux ou trois ans pour parcourir toutes ses phases. Il y a, à cet égard, des différences notables suivant l'âge, la région envahie, ces particularités ne sauraient trouver place dans un chapitre général.

**Diagnostic.** — Le lymphadénome est toujours difficile à reconnaître à son début, surtout quand il siège dans des régions profondes, comme le médiastin où il ne décèle sa présence que par des signes subjectifs. L'hésitation n'est pas moindre quand l'affection occupe les ganglions extérieurs, avant que la propagation aux autres ganglions du voisinage, le gonflement de la rate soient venus dissiper les doutes.

L'absence de toute altération des téguments cutanés ou muqueux sépare déjà du lymphadénome un certain nombre de lésions secondaires des ganglions. Telles sont les adénopathies scrofuleuses ou celles qui résultent de la propagation de quelque néoplasme superficiel aux lymphatiques du voisinage. Or, comme les affections cancéreuses primitives des ganglions sont extrêmement rares, on est en droit d'éliminer les autres tumeurs malignes et de soupçonner, sans avoir une certitude absolue, l'existence d'un lymphadénome. D'ailleurs l'adénite carcinomateuse, plus dure, se montre rarement indolente.

Les lymphangiomes siégeant de préférence dans les ganglions inguinaux sont des affections étrangères à nos climats. Les antécédents, la coexistence de manifestations multiples peuvent être d'un grand secours pour différencier le lymphadénome des gommages ganglionnaires; mais la résistance de ces tumeurs au traitement spécifique peut en imposer et tromper le chirurgien.

Quant aux tubercules ganglionnaires, ils affectent souvent les mêmes apparences que le lymphadénome à son début. Il y a quelquefois des lésions péri-

phériques qui rendent compte de leur développement. Il est reconnu que la tuberculose peut affecter les ganglions sans que la lésion préalable du réseau lymphatique soit nettement perceptible. Ainsi on observe dans l'armée une forme d'adénite cervicale dont les débuts sont assez difficiles à distinguer de ceux du lymphadénome. Mêmes chaînes de ganglions, même siège ordinaire, absence de lésions cutanées dans les deux affections. Mais l'adénite cervicale de nature tuberculeuse suppure et se caséifie, tandis que ce mode de terminaison serait très exceptionnel dans le lymphadénome.

Malgré ces signes, malgré l'utilité qu'il y aurait à poser nettement le diagnostic dès le début pour en tirer des indications thérapeutiques, le doute reste trop souvent dans l'esprit et ne se dissipe malheureusement qu'au moment où la généralisation du néoplasme enlève tout espoir d'extirper la tumeur.

**Pronostic.** — Les lymphadénomes sont des néoplasmes essentiellement malins, qui tuent fatalement dès qu'ils envahissent les ganglions et infectent le sang. Il faut cependant faire une réserve en faveur de quelques cas de guérison épars dans la science; parfois aussi des opérations tentées dès le début ont fourni de bons résultats. Parmi les diverses variétés, celle dans laquelle l'élément cellulaire prédomine et qu'on a dénommée lymphosarcome malin ou mou, évolue encore plus rapidement que les autres.

**Traitement.** — Les médications internes essayées contre le lymphadénome ont une action incertaine ou nulle. L'iodure de potassium aurait donné quelques succès, mais c'est un agent bien inconstant. L'arsenic, conseillé par THOLEN, BILLROTH, CZERNY, WINIWARTER en Allemagne, à des doses croissantes, produit d'abord un gonflement douloureux des tumeurs, qui diminuent ensuite; cependant son efficacité est douteuse.

VERNEUIL, BROADBENT recommandent l'huile phosphorée (1 à 3 capsules de 1 milligramme par jour). Ils attribuent une valeur relative à cette méthode, mais pour d'autres chirurgiens, ses inconvénients contre-balanceraient ses bénéfices hypothétiques.

Les injections interstitielles de teinture d'iode ont été préconisées par MESSINGER, BRADLEY (*The Lancet*, 1875, t. II, p. 341), à la dose de 5 à 10 gouttes. BILLROTH, THOLEN, WINIWARTER ont expérimenté la liqueur de Fowler, LUTON le biarséniate de potasse, sans résultats bien satisfaisants. Peut-on extirper les lymphadénomes? Pour les partisans de la lymphadénie ou diathèse lymphatique, on ne supprime pas la maladie en enlevant l'une de ses manifestations. Malgré cela, quelques auteurs, avec PANAS, VERNEUIL, HUMBERT, conseillent d'enlever les lymphadénomés localisés, accessibles, quand la rate est saine et qu'il n'y a pas de leucocytémie. D'autres accusent l'opération d'être inutile, inefficace, et même d'accélérer la marche de la maladie; parmi eux citons TRÉLAT. De nouveaux faits sont nécessaires pour élucider ce point encore bien obscur de la thérapeutique du lymphadénome. Ce qui reste acquis à la science, c'est que ces opérations ont eu quelquefois une utilité immédiate comme moyens palliatifs; quant à la cure radicale, il faudrait peu compter sur elle.

L'opération se fait au bistouri, de préférence aux autres méthodes d'exérèse; on doit prendre les plus grandes précautions pour assurer l'hémostase.