la face et aux deux membres supérieurs. Peut-être y aurait-il lieu de rapprocher ces éruptions de celles qui marquent la période initiale du mycosis fongoïde (éruptions prémycosiques [1]).

A cette phase avancée du lymphadénome, la tumeur primitive est parfois devenue adhérente aux téguments comme dans le carcinome; mais, à l'inverse de celui-ci, l'ulcération est rare, elle avait même été niée : il en existe néanmoins des observations incontestables, que l'ulcère soit résulté d'un coup de bistouri donné sur un point fluctuant ou qu'il se soit produit spontanément. Le lymphadénome a une marche progressive tantôt avec une allure uniforme, tantôt par poussées.

La terminaison fatale peut survenir en quelques mois, elle serait en moyenne de deux à trois ans. J'ai même cité un cas de lymphadénome testiculaire où l'affection s'était prolongée pendant six années.

Les tumeurs lymphadéniques présentent parfois une évolution toute spéciale et sur l'importance de laquelle on ne saurait trop insister; certaines tumeurs cutanées subissent une sorte de régression et s'atrophient même au point de disparaître complètement. L'atrophie commence souvent par le centre, de sorte que le néoplasme s'aplatit et prend la forme d'un collier. Gillot, Landouzy, Dubois, Heurtaux, Fabre, Hillairet [2] ont relevé des faits de ce genre; lorsque la tumeur cutanée a complétement disparu, on trouve à sa place une tache plus ou moins pigmentée ou même une plaie d'apparence saine; il importe cependant de ne pas se fier à cette apparence. Gilbert [3] en effet a « trouvé dans la peau paraissant absolument saine des amas de cellules sarcomateuses ». En outre, pendant que s'accomplit cette rétrocession, il apparaît en d'autres points de nouvelles tumeurs. La rétrogression des tumeurs lymphadémiques n'a pas été observée qu'à la peau, J. Paget [4] l'a vue se produire à l'aisselle et à l'aine. En même temps du reste qu'apparaissait une hypertrophie des ganglions thoraciques qui amena la mort, Brousses et Girardin citent un grand nombre de faits analogues, empruntés à Verneuil, Marchand, W. Güll, etc.; ces rétrogressions surviennent parfois au cours d'un traitement arsenical ou ioduré, ou après un érysipèle, et ce qui montre bien qu'il n'y a pas eu erreur clinique, c'est qu'après avoir diminué ou disparu la néoplasie se montre à distance sur un autre point ou sous autre une forme.

Telle est l'évolution clinique générale du lymphadénome. On a cherché à établir un certain nombre de variétés cliniques correspondant aux formes pures du tissu pathologique (lymphadénome vrai) ou aux formes atypiques (lymphosarcome). La première me paraît correspondre au lymphosarcome mou de Langhans, la seconde au lymphadénome dur du même auteur. Cette dernière variété clinique se traduirait, d'une part, par une localisation momentanée du mal à un groupe ganglionnaire (de préférence cervical) et une généralisation plus tardive, d'autre part, par l'importance des troubles locaux et des phénomènes de compression.

Je ne crois pas que ce dernier fait soit dû, ainsi que le dit Terrier [5], « à ce que la généralisation plus lente de la lésion lui donne le temps d'agir locale-

(1) Voy. Thèse de Malherbe, *loc. cit.*
(2) Cités par Brousses et Girardin.
(3) Gilbert, Thèse de Périer, p. 43.
(4) J. Paget, cité par Brousses et Girardin.
(5) Terrier, *Pathologie chirurgicale*.

ment sur les parties voisines ». Je pense plutôt que la cause en est due au développement dans certains cas d'un tissu fibreux rétractile, d'une sorte de sclérose subaiguë qui accompagne la néoplasie adénoïde comme elle accompagne certaines formes de carcinome épithélial, les formes de cancer en masse par exemple [1]; je crois de plus que cette altération conjonctive n'est pas le monopole d'une variété distincte, je l'ai observée chez des malades dont les ganglions étaient restés pendant longtemps distincts et mobiles, sans extension aux chaînes voisines, et qu'à des périodes différentes on aurait classés d'abord dans les lymphadénomes mous, puis dans les lympho-sarcomes durs.

Ce qu'il est permis de se demander, c'est si ces tumeurs longtemps localisées aux ganglions, dures, adhérentes, diffuses, ne sont pas des sarcomes primitifs des ganglions? C'est ce qu'admet Billroth, qui propose de rayer de la littérature le terme lympho-sarcome pour adopter celui de sarcome des ganglions lymphatiques, comme on dit sarcome du sein, etc.; ces sarcomes seraient cliniquement distincts des lymphomes mous ou durs, il existerait deux affections distinctes des ganglions lymphatiques : un sarcome primitif de ces ganglions et un lymphadénome ganglionnaire.

Étiologie et nature.

Je m'attarderai peu sur l'étiologie et en particulier sur les rapports du lymphadénome avec les principales diathèses : chacune d'elles a été mise en cause sans grande preuve; nous savons simplement que la lymphadénie s'observe à tout âge, ainsi qu'il ressort du tableau suivant, emprunté à Gowers [2].

Sur 100 cas on en a observé :

Au-dessous de 10 ans	16
Entre 10 et 20 ans	14
— 20 et 30 ans	20
— 30 et 40 ans	15
— 40 et 50 ans	5
— 50 et 60 ans	22
— 60 et 70 ans	7
— 70 et 80 ans	3

L'influence du traumatisme et de la grossesse nous paraît s'exercer sur l'évolution plutôt que sur le développement primitif de la lymphadénie; quant à l'action de l'impaludisme, de la tuberculose, de la syphilis, de l'alcoolisme, etc., rien de certain n'a été établi à ce sujet.

L'obscurité la plus grande règne encore sur l'étiologie et la nature du lymphadénome. La confirmation de la découverte d'Auspitz eût permis ou de distraire une variété de néoplasie adénoïde du chapitre des tumeurs ou de faire rentrer toute la lymphadénie dans les maladies parasitaires. M. Delbet vient de tenter cette généralisation. L'argument le plus sérieux qu'on puisse invoquer en faveur de la nature parasitaire est précisément cette régression sur laquelle nous avons tant insisté, régression qui éloignerait le lymphadénome des autres tumeurs, puisque avec Cornil nous avons introduit dans la définition même des tumeurs ce caractère important de tendre à persister et à s'accroître.

(1) Celles qui simulent si bien la mammite chronique.
(2) Gowers, *Lancet*, 1878 (d'après Humbert).

On peut répondre avec Cornil et Ranvier que si la néoplasie locale disparaît, la néoplasie considérée dans son ensemble persiste et reparaît. En outre nous sommes, avouons-le, peu sensibles aux arguments *rationnels* pour ou contre le parasitisme des tumeurs, ce parasitisme ne peut être démontré que par la mise au jour du ou des parasites. Delbet a réédité, pour le lymphadénome, la confusion qu'il nous a déjà faite pour le sarcome. Quand il trouve réunies « les hypertrophies ganglionnaires généralisées, la leucocytose et la cachexie, il se croit forcé de ranger ces faits dans le lymphadénome. Or comme ce tableau clinique a été offert et causé par des lésions tuberculeuses, comme, d'autre part, différents microbes vulgaires ou nouveaux ont été rencontrés dans le sang et les ganglions, staphylocoques, streptocoques, bacille de Paulowski, Delbet en conclut que le lymphadénome n'est pas une maladie spécifique et qu' « il est vraisemblable qu'un très grand nombre de microbes pathogènes, le bacille de Koch, le streptocoque et le staphylocoque sont capables de produire le lymphadénome [1] ». Les adénites vulgaires, les tuberculeuses et les lymphadénomes ganglionnaires les plus malins seraient « des lésions de même nature et de même cause », les différences d'évolution tenant au degré de virulence de l'agent pathogène et au degré de réceptivité de l'organisme; il faut avouer que jamais confusion plus immense n'a été faite en pathologie : non seulement le lymphadénome n'est plus une tumeur, ce n'est qu'une conséquence particulière et banale d'une infection ganglionnaire quelconque.

Chose curieuse, ces conclusions de Delbet sont tout à fait en contradiction avec le postscriptum qu'il ajoute à son chapitre du lymphadénome [2]. Delbet dit avoir trouvé, et il en a fait depuis l'objet d'une communication à l'Académie des sciences [3] un bacille particulier mobile, sporifère, aérobie, dans le sang de la rate chez une femme atteinte de lymphadénome généralisé; il a obtenu des cultures de ce bacille et il a fait des inoculations à doses « énormes et répétées »; le chien injecté a présenté des abcès aux points injectés. On constata après la mise à mort une hypertrophie des ganglions thoraciques et prévertébraux, de l'aine et des aisselles. Ces ganglions renfermaient le bacille inoculé. Delbet en conclut « que l'animal était évidemment atteint de lymphadénome généralisé ». La seule conclusion légitime à notre avis est que le chien est mort avec une adénopathie généralisée; si vous admettez la spécificité de votre microbe, que deviennent vos conclusions précédentes? et si vous ne l'admettez pas, quoi d'étonnant à ce que des doses massées et répétées de microbes pyogènes aient donné lieu à des adénopathies multiples?

Pour être démonstrative votre expérience eût dû provoquer la formation du tissu réticulé où il n'en existe pas à l'état normal.

Diagnostic.

Le diagnostic différentiel du lymphadénome osseux, testiculaire, etc., sera fait à propos des maladies des os, du testicule, etc. Je n'esquisserai ici que le diagnostic des tumeurs ganglionnaires.

En présence d'une augmentation de volume d'un ganglion, il est de règle de

[1] p. 597.
[2] p. 602.
[3] Acad. des sciences, 7 juin 1895.

rechercher d'abord s'il ne s'agit pas d'une inflammation simple. Pour cela les commémoratifs, le développement récent et accompagné d'un peu de douleur, et surtout la recherche d'une porte d'entrée pour l'infection dans la sphère des ganglions malades, suffiront en général à fournir les données nécessaires au diagnostic.

La même recherche, minutieusement faite, jointe aux caractères de dureté, de petit volume [1] et de sensibilité à la pression, permettent de découvrir qu'il s'agit d'un ganglion cancéreux consécutif à une ulcération épithéliale d'une muqueuse voisine.

La principale difficulté est presque toujours de distinguer un ganglion tuberculeux d'un lymphadénome. La pléiade peut exister dans les deux cas. Tous deux sont indolents et ce n'est ni l'âge ni le siège qui autorisent à incliner vers l'un ou vers l'autre. Le ganglion tuberculeux tend au ramollissement, mais pas toujours; d'autre part, le lymphadénome présente parfois, lui aussi, des points ramollis [2] qui simulent la fluctuation. Il faudra pour se guider interroger minutieusement les antécédents personnels et héréditaires des malades, tenir compte de la dureté généralement plus grande de la tumeur dans la tuberculose à la *période de mobilité* et d'indépendance, examiner les crachats, interroger les autres organes, etc.; très souvent il sera prudent de rester dans le doute.

Pronostic et traitement.

Le pronostic de la lymphadénie est des plus graves [3] : les résultats opératoires sont généralement si lamentables, que beaucoup de chirurgiens interventionnistes, dans les cas de carcinome, s'arrêtent et gardent l'expectation devant une tumeur lymphadénique; la récidive est constante et à bref délai [4].

D'autres ont cherché à enrayer la maladie au moyen de divers traitements généraux, en particulier par l'administration à l'intérieur de phosphure de zinc (par jour 2 à 8 pilules de 8 milligrammes chaque) (Verneuil) [5], d'iode, de fer ou d'arsenic (Billroth, Israel, etc.). Billroth combine l'usage de la liqueur de Fowler à l'intérieur avec l'injection interstitielle [6]. Il débute par 10 gouttes à l'intérieur et injecte en même temps 2 gouttes dans la tumeur. Tous les trois jours la dose interne est augmentée de 2 gouttes et la dose d'injection est portée à 4 et 6 gouttes [7]. Billroth aurait observé dans beaucoup de cas des résultats éclatants; diverses observations de guérison définitive ont été publiées. Brousses et Gérardin ont analysé la plupart des travaux parus sur le traitement arsenical des lymphadénomes. Ils notent dans les observations publiées que si sous l'influence du traitement arsenical, les tumeurs parfois s'atrophient, la guérison n'est souvent que temporaire et que la récidive ne tarde pas. Ils citent un cas personnel observé chez Terrillon, dans lequel les tumeurs diminuaient de volume chaque fois que le traitement était régulièrement suivi pour reprendre

[1] Au moins au début.
[2] Sans qu'il y ait de liquide.
[3] Nous n'acceptons en aucune manière cette proposition de Brousses et Gérardin, que le pronostic du lymphadénome primitif localisé est relativement bénin au cou, au testicule, etc.
[4] On a toutefois cité à la Soc. de chir., dans une séance récente, quelques exemples d'assez longue survie et peut-être (?) de guérison définitive (Terrier, Verneuil).
[5] D'après Reclus, *Manuel de pathol. ext.*
[6] Billroth, *Path. chir.*, 1887.
[7] On change de place et de tumeur, on en diminue les doses si l'intoxication apparaît.

leur volume initial dès qu'on cessait l'usage du médicament. Dans aucun des cas la guérison n'a été obtenue [1].

D'autre part, Lucke [2] aurait employé avec succès l'injection interstitielle de teinture d'iode.

J'ai vu tenter et j'ai tenté moi-même l'usage de l'arsenic; j'avoue partager pleinement le scepticisme de Reclus et, comme lui, j'ai grande tendance à croire que les succès des Allemands sont le fait d'une erreur de diagnostic [3] ou d'interprétation.

[1] Lion, Soc. de biol., 1895. Malade atteint de lymphadénie avec leucocythémie : sous l'influence des injections de liqueur de Fowler le malade recouvre toutes les apparences de santé et la leucocythémie disparaît. Au bout de quelques mois l'homme revient avec des accidents pulmonaires dus à un lymphadénome du poumon que vérifia l'autopsie.

[2] Lucke, cité par Billroth.

[3] Une observation ne saurait être à peu près probante que si antérieurement au traitement par l'arsenic l'extirpation d'un ganglion malade a permis de faire un examen histologique et de tenter (au point de vue de la tuberculose et des autres infections) des inoculations et des cultures. Reclus paraît être revenu de son opinion : il a présenté à la Société de chirurgie (1889) un certain nombre d'exemples de guérison de lymphadénomes par le traitement arsenical. Terrier et moi avons fait des réserves sur la possibilité d'affirmer cliniquement, à l'heure qu'il est, la nature lymphadénique d'une tumeur; il existe tout un groupe de productions ganglionnaires, dites hypertrophies simples, qui ne sont vraisemblablement que des adénites chroniques, qu'on a le tort de qualifier de lymphadénomes bénins. Les cas de guérison s'appliquent probablement à ces lésions mal déterminées. Voy. Discussion à la Société de chirurgie, novembre 1889, et Congrès de chirurgie, 1889 (Ricard).

CHAPITRE IV

TUMEURS DU TYPE MUSCULAIRE

MYOMES [1]

Les myomes sont des tumeurs composées de tissu musculaire. Il existe des myomes à fibres striées (rabdomyomes de Zenker) et des myomes à fibres lisses (liomyomes).

Les myomes à fibres striées ont été rencontrés dans la langue, dans le rein, l'ovaire, le testicule, la région lombaire, etc.; la plupart du temps il s'agissait de tumeurs congénitales et le tissu musculaire strié était mélangé à d'autres tissus tels que le tissu fibreux, le cartilage, etc., contribuant ainsi à former ces tumeurs complexes appelées ainsi tumeurs à tissus multiples.

Les liomyomes ont été longtemps confondus avec les tumeurs fibreuses [2]. Lebert, en 1852, établit le premier leur véritable nature, qui fut vérifiée par Virchow, Rokitansky, etc. Ces tumeurs sont communes dans l'utérus et la prostate, elles peuvent s'observer partout où il existe à l'état normal des fibres musculaires lisses, par exemple dans les parois de l'œsophage, de l'estomac et de l'intestin, dans les trompes de Fallope et les ovaires, dans le derme cutané, etc.

Anatomie pathologique.

Les myomes sont parfois uniques, la plupart du temps on en rencontre plusieurs enchâssés dans l'organe qui en est le point de départ. A la peau ils peuvent être assez nombreux pour simuler une véritable éruption et faire penser à une lymphadénie cutanée généralisée [3].

Les myomes multiples de la peau sont de très petit volume; on en trouve de gros comme un grain de plomb à côté d'autres qui atteignent le volume d'une lentille. Dans l'utérus [4] et ses annexes, les tumeurs musculaires tendent géné-

[1] Hénocque, art. Myome. In *Dict. encycl. des sciences méd.* — Lebert, Soc. de biol., 1852. — Wesener, *Zur Casuistik der Geschwülste.* In *Virchow's Archiv*, t. CXIII. — Zastrow, Diss. Breslau, 1875.

[2] Follin ne leur accorde pas de description spéciale.

[3] Besnier, *Ann. de dermat.*, 1880 et 1885. — Besnier divise les myomes de la peau en dermato-myomes ou myomes développés dans l'épaisseur de la peau, et en myomes dartoïques, les seuls qu'admettait Virchow. Les premiers sont très petits, multiples et subissent facilement la transformation angiomateuse; les seconds sont habituellement solitaires et atteignent parfois le volume du poing. Tous les éléments musculaires de la peau pourraient être l'origine de myomes; c'est ainsi que Babès, cité par Besnier, distingue : 1° des myomes développés par prolifération des éléments musculaires des vaisseaux; 2° des myomes par prolifération des redresseurs des poils; 3° des myomes dartoïques. Babès distingue, enfin, des myomes ayant pénétré secondairement dans la peau.

[4] Butlin range dans les myomes les cas d'hypertrophie générale de l'utérus et de la prostate, et distingue par suite des tumeurs continues et des tumeurs discontinues, c'est-à-dire distinctes du tissu de l'organe.