

Ces deux conditions, que VIRCHOW a données comme pathognomoniques pour les individus scrofuleux, sont : 1° Une grande vulnérabilité des tissus, qui se manifeste dans la rapidité avec laquelle se développe une tuméfaction inflammatoire des glandes lymphatiques à la suite de lésions légères à la périphérie, et 2° la longue durée des processus morbides qui en sont la conséquence.

Dans les mêmes circonstances qui, comme nous l'avons vu, peuvent donner naissance à un lymphome hyperplasique, nous voyons non seulement chez les enfants mais aussi chez les adultes, surtout s'ils sont placés dans de mauvaises conditions hygiéniques entravant leur nutrition, se développer une tuméfaction des glandes du cou à la suite de légères irritations périphériques, d'un eczéma de la peau, d'une angine, d'un abcès dentaire, etc. Mais tandis qu'à l'état normal, l'engorgement ganglionnaire disparaît après la guérison de la lésion périphérique, nous le voyons alors persister et se comporter ensuite comme une tumeur idiopathique. Quelquefois cette tendance des glandes à s'engorger est limitée à une partie de l'appareil glandulaire, et précisément la région du cou se distingue sous ce rapport.

Au point de vue histologique l'affection est ici encore caractérisée par une augmentation de volume des parties de la glande riches en cellules. La glande offre d'abord les caractères du lymphome hyperplasique. Mais les cellules ont évidemment peu de vitalité et sont de courte durée, comme le prouvent les dégénérescences du tissu glandulaire qui ne tardent pas à survenir dans le plus grand nombre des cas. On assiste ainsi à une véritable dégénérescence graisseuse, dont le résultat clinique final est une résorption du tissu glandulaire qui a subi cette transformation. Bien plus souvent les cellules sont détruites sans passer par le stade de la dégénérescence graisseuse, en même temps que de nouvelles cellules sont en voie de formation.

On observe ainsi les signes d'une néoplasie à côté de tissus en voie de destruction ; il en résulte une masse compacte, dans le centre de laquelle se trouvent les parties nécrosées entourées d'une couche de tissu ayant également une tendance à la nécrobiose. La tumeur scrofuleuse offre donc au début un aspect qui rappelle le lymphome hyperplasique simple ; elle est d'un gris pâle assez homogène, parfois d'aspect médullaire, blanchâtre ou rougeâtre et légèrement transparent ; la surface en est tantôt lisse, tantôt granuleuse. Mais dès que la tumeur subit la dégénérescence dont nous avons parlé, elle devient plus dense, plus ferme ; les points dégénérés se reconnaissent à leur coloration blanchâtre ou jaunâtre, à leur opacité et à leur consistance plus grande ; ces points s'étendent peu à peu jusqu'à ce que toute la glande offre à la coupe l'aspect caséux que nous venons de décrire. Dès lors toute circulation a cessé dans la glande dégénérée dont la substance se désagrège et se ramollit dans la plupart des cas. Ainsi se forme un **abcès caséux**, dans lequel nagent des masses de détritrus plus ou moins considérables, tandis qu'en même temps les parties périphériques s'enflamment, se tuméfient et suppurent. Si l'inflammation se propage au dehors, il en résulte un **ulcère scrofuleux**, que nous avons déjà décrit, et qui est si fréquent dans la région du cou. Cependant le foyer caséux ne s'ouvre pas toujours au dehors ; le contenu peut s'épaissir et prendre la consistance de l'athérome, tandis que l'inflammation périphérique se borne à produire l'adhérence intime de la capsule glandulaire à la glande

elle-même. La condensation du contenu peut aller si loin que la glande n'est plus représentée que par des résidus de sels calcaires, formant de véritables calculs au milieu des tissus fortement épaissis ; ces calculs restent enkystés, ou bien ils donnent lieu à des fistules, après avoir déterminé une perforation de la peau ; celles-ci persistent aussi longtemps que l'on n'a pas enlevé le calcul par une opération.

La description que nous venons de donner repose essentiellement sur celle de VIRCHOW. Une série de nouvelles recherches sur la structure

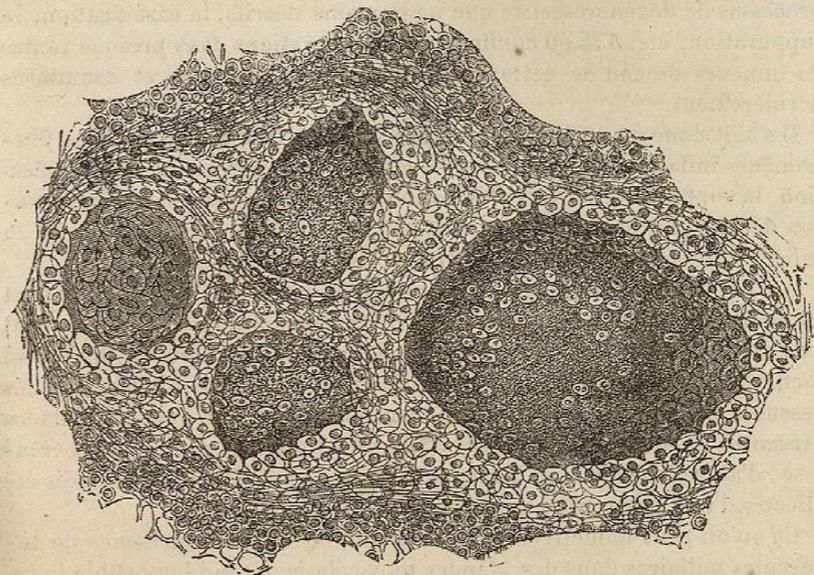


Fig. 102. — Lymphome hyperplasique chez un malade atteint de lupus

histologique des tumeurs glandulaires appartenant aux deux groupes que nous venons de décrire (WAGNER, SCHUPPEL, KOESTER, FRIEDLAENDER, etc.), ont fourni la preuve qu'une forme particulière de néoplasme, considérée jusqu'ici comme, en tout cas, peu commune, était au contraire d'une fréquence extraordinaire ; c'est le **tubercule miliaire** qui doit être, en effet, considéré comme la cause, comme l'essence même des processus que nous avons décrits plus haut dans leurs traits principaux. On le trouve non seulement dans les tumeurs glandulaires des individus **tuberculeux ou scrofuleux**, mais encore dans un grand nombre de tumeurs classées jusqu'ici parmi les simples lymphomes hyperplasiques, et nullement dans le groupe des lymphomes de nature scrofuleuse ou tuberculeuse ; il en est de même des tumeurs glandulaires que l'on observe dans le lupus. Dans tous ces cas l'intérieur de la glande, plus ou moins altéré et transformé en un tissu semblable à la forme

dense du tissu de granulation, contient extrêmement souvent des tubercules miliaires isolés et des amas de ces tubercules.

Ces derniers sont entourés d'une espèce de capsule fibrillaire, et les cellules épithélioïdes, de formes diverses, souvent elliptiques, sont contenues dans un réticulum assez nettement dessiné. Dans le centre du tubercule on voit souvent une cellule géante avec un grand nombre de noyaux, ou bien un détritit finement granuleux (*Voir fig. 102*).

Ces tubercules ou amas de tubercules dépourvus de vaisseaux et plongés au milieu des tissus, sont, sans doute, toujours le point de départ des processus de dégénérescence que nous avons décrits, la caséification, la suppuration, etc. J'ai pu confirmer ces observations dans presque toutes les tumeurs du cou de cette catégorie que j'ai extirpées et examinées dernièrement.

Il s'agit donc en réalité d'une **tuberculose des glandes** et les phénomènes inflammatoires en sont la conséquence. De même la caséification, la suppuration et la calcification, qui sont les modes de terminaison décrits plus haut, s'expliquent par la tendance bien connue de la tuberculose à subir de pareilles transformations.

Au point de vue clinique il importe de savoir que le processus peut évoluer ici localement chez des individus sains du reste et conservant une excellente santé; la tuberculose peut rester localisée au cou aussi bien que partout ailleurs, par exemple dans le poumon et les extrémités osseuses articulaires. Il est vrai, cependant, que l'on voit des malades présenter en même temps, dans d'autres points, des signes de tuberculose; d'autres succombent à une tuberculose généralisée après avoir été affectés d'une tuberculose glandulaire.

Ce qu'on peut admettre comme certain, c'est que la présence de tubercules miliaires dans des glandes hyperplasiées rend impossible le retour de ces dernières à leur état normal; l'existence d'une tuberculose peut certainement nous rendre compte de la persistance de ces tumeurs. Enfin la caséification est aussi une conséquence naturelle du mauvais état de nutrition des ganglions lymphatiques par le fait de la présence des tubercules.

Le début et la marche ultérieure des tumeurs ganglionnaires tuberculeuses sont extrêmement variables. On peut d'abord admettre une forme aiguë de cette affection; en effet chez les individus jeunes on voit parfois survenir en très peu de temps, soit dans l'espace de quelques semaines, des tumeurs ganglionnaires multiples, volumineuses et molles, qui une fois extirpées montrent à la coupe une masse molle, succulente, parsemée d'innombrables tubercules miliaires et contenant de gros foyers de substance caséuse ou de pus caséux. Ce sont le plus souvent des formes défavorables au point de vue du pronostic; leur extirpation est suivie d'une prompte récurrence, à laquelle succède assez souvent une phtisie pulmonaire à marche rapide. D'autre part on observe des affec-

tions glandulaires multiples à marche tout à fait chronique, dans lesquelles une partie des glandes malades subissent la caséification et s'ouvrent à l'extérieur après avoir contracté des adhérences avec la capsule et la peau, tandis que d'autres diminuent de plus en plus de volume et finissent par disparaître complètement, ou persistent sous la forme de petites nodosités dures. Mais on peut voir également des tumeurs relativement volumineuses et molles présenter un degré de persistance extraordinaire. Tantôt il s'agit d'une seule glande tuméfiée, tantôt on a affaire à un amas de ganglions non adhérents à la capsule, offrant une coloration rouge grisâtre et un aspect lisse, brillant à la coupe; sous la capsule ou dans l'épaisseur du tissu glandulaire on observe des tubercules gris ou jaunes, disséminés en petit nombre, ou formant des amas considérables. Ces tumeurs peuvent persister de longues années sans inconvénient pour le malade, ce qui naturellement n'exclut point la possibilité d'une fonte caséuse finale; d'autre part il n'est pas rare d'observer une combinaison des différentes formes morbides chez le même individu.

Le danger d'une infection tuberculeuse générale par l'intermédiaire des glandes n'est pas très grand, mais il n'est guère possible de l'exprimer en chiffres. Évidemment ce sont surtout les formes aiguës décrites plus haut qui prédisposent à une infection tuberculeuse généralisée. Qu'il ait été opéré ou non de ses glandes, le malade succombe alors le plus souvent à une tuberculose pulmonaire.

3. Lymphomes leucémiques.

§ 51. — Les tumeurs ganglionnaires dont il a été question jusqu'ici reconnaissent pour cause des irritations externes périphériques; il n'en est plus de même des tumeurs multiples observées dans la leucémie.

Cette affection intéresse d'abord une seule glande lymphatique, par exemple une glande axillaire, puis elle envahit tout à coup les glandes du cou sur une plus ou moins grande étendue, et bientôt surviennent d'autres tumeurs dans diverses régions. Il s'agit ici d'une véritable hyperplasie. A une certaine période la tumeur leucémique peut ressembler à celle que l'on observe dans la scrofuleuse aiguë, mais dans la suite les deux processus en question divergent, soit au point de vue des phénomènes cliniques, soit sous le rapport des altérations histologiques.

Au point de vue clinique on n'observe pas dans les lymphomes leucémiques, comme dans les glandes scrofuleuses, les phénomènes résultant de la périadénite et des processus de dégénérescence. Le lymphome leucémique reste mou, mobile, et ne contracte pas d'adhérences avec le voisinage. Au point de vue histologique, la structure du lymphome est tout à fait semblable à celle de la glande normale. Tandis que les tumeurs scrofuleuses ont une tendance à la fonte caséuse et à l'ulcération, nous voyons, dans les formes leucémiques, les voies lymphatiques rester ouvertes, du moins dans les premiers temps; plus tard, il est vrai, on ne réussit pas, le plus souvent, à constater par des injections la perméabilité des voies lymphatiques (BILLROTH, FREY). La