

glande est molle et mobile, et les substances corticale et médullaire sont augmentées de volume.

L'examen du sang assure le diagnostic.

4. Lymphome malin (Billroth). (Lymphome métastatique, lymphosarcome malin).

Il convient d'étudier isolément sous ce nom une maladie qui affecte simultanément un certain nombre de glandes lymphatiques, maladie qui, au point de vue histologique, doit être en somme considérée comme une hyperplasie de ces glandes, mais qui est caractérisée par un accroissement progressif, parfois très rapide. Du groupe de glandes primitivement atteint, l'affection ne tarde pas à envahir d'autres groupes, et même donne lieu assez souvent à des métastases, surtout dans la langue, mais aussi dans la rate, le foie, les reins; les tumeurs métastatiques présentent la même structure histologique que le néoplasme primitif. On ne constate pas ici, du moins au début, l'altération du sang caractéristique de la leucémie.

Cette maladie, décrite d'abord par HODGKIN, a été étudiée ensuite par WUNDERLICH, qui l'a désignée sous le nom d'**hypertrophie multiple et progressive des glandes lymphatiques**. COHNHEIN l'appela pseudo-leucémie. Dernièrement, ces tumeurs ont été principalement étudiées par LANGHANS et WINIWARTER. C'est ce dernier auteur qui nous servira de guide dans la description que nous allons donner; comme lui nous désignerons ces tumeurs, d'après BILLROTH, sous le nom de **lymphome malin**, et nous réserverons le nom de **lymphosarcome** aux formes de tumeurs isolées, qui sortent complètement du type des glandes lymphatiques, et que nous étudierons dans le paragraphe suivant.

VIRCHOW a déjà décrit cette forme de tumeurs comme une hyperplasie des glandes avec persistance caractéristique de la structure glandulaire et accroissement progressif, parfois très rapide. Ainsi cette tumeur se trouve parfaitement différenciée du sarcome, d'une part, et, d'autre part, du lymphome scrofuleux. VIRCHOW distinguait les **formes molles** et les **formes dures**, distinction acceptée aussi par LANGHANS, WINIWARTER, etc. Ce dernier cependant fait remarquer avec raison qu'au point de vue clinique, une séparation bien tranchée de ces deux formes paraît impossible, car elles s'observent chez le même individu lorsque la maladie dure depuis longtemps; d'après lui les formes dures succèdent aux formes molles par transformation des éléments de la tumeur.

Dans la **forme molle** on trouve un certain nombre de glandes mobiles, molles, parfois pseudo-fluctuantes, habituellement indolentes, réunies entre elles par un tissu conjonctif le plus souvent lâche et riche en sucs. Dans la

règle on ne constate pas d'adhérences au pourtour de la glande. A la coupe, chaque glande a un aspect médullaire, homogène; la surface de section exposée à l'air se colore bientôt en un gris jaunâtre. Au point de vue histologique c'est une hyperplasie du tissu glandulaire. Les corpuscules lymphatiques augmentés de volume existent en si grande quantité qu'on ne peut plus distinguer la substance corticale de la substance médullaire. La masse des cellules masque complètement le squelette fibreux de la tumeur; cependant on peut le faire reparaître en enlevant les cellules à l'aide d'un pinceau; on constate qu'il existe alors une hyperplasie des fibres du réticulum, et que les mailles qu'elles circonscrivent sont devenues très serrées. La formation des nouvelles cellules a pour point de départ le réseau du tissu conjonctif et les vaisseaux. Ces derniers paraissent un peu épaissis. On ne peut rien dire de positif au sujet de la persistance des voies lymphatiques dans l'intérieur de la glande.

Les **formes dures**, au contraire, sont constituées par des tumeurs rondes, très denses, à surface de section dure, blanche et fibreuse; elles sont unies intimement à leur capsule. Au point de vue histologique elles ont perdu la structure des glandes lymphatiques. Au lieu de cette dernière on trouve un système de faisceaux fibreux disposés concentriquement à la périphérie et soudés à la capsule, tandis que le centre présente des faisceaux de tissu conjonctif diversement entrelacés. Dans la plupart des points on cherche vainement les caractères propres aux glandes lymphatiques: çà et là seulement on observe encore des vestiges de la substance glandulaire. Les vaisseaux ont en partie disparu dans ce tissu conjonctif dense, riche en cellules fusiformes.

Il n'est pas encore bien prouvé que les formes dures soient toujours précédées des formes molles. Un fait certain, c'est que, dans un certain nombre de cas, la forme molle persiste jusqu'à la mort.

La marche de la maladie est la suivante: chez un individu jeune, âgé d'environ vingt ans, ayant habituellement l'apparence d'une bonne santé, on voit se développer au cou (plus rarement dans l'aisselle) une tuméfaction indolente d'un groupe de glandes lymphatiques. Leur accroissement se fait d'abord lentement, et bientôt l'on voit survenir, du même côté du cou, un gonflement des autres groupes de glandes (sous-maxillaires, sus-claviculaires, glandes situées dans la partie moyenne du cou, sous les muscles sterno-cleido-mastoïdiens). Les glandes ainsi tuméfiées se distinguent par leur résistance aux agents médicamenteux, mais ne causent d'abord aucun symptôme local ou général de quelque importance. Au bout d'un temps variable elles commencent tout à coup à augmenter de volume, si bien que, dans certains cas, la glande atteint rapidement le volume d'un œuf ou même du poing. La tumeur ainsi formée peut causer des **symptômes de compression de la trachée, et, lorsqu'elle intéresse aussi les amygdales ou les glandes pharyngiennes, elle peut également rétrécir le pharynx et l'œsophage**. Bientôt survient, en outre, un gonflement d'autres groupes glandulaires situés à la surface ou dans les cavités du corps.

Sous ce rapport la tuméfaction des ganglions médiastins et bronchi-

ques présente une gravité particulière; les ganglions bronchiques peuvent donner lieu à un exsudat pleurétique ou à un catarrhe très pénible; les glandes médiastines de leur côté peuvent entraver la digestion et causer de l'ascite. Arrivés à cette période les malades maigrissent, deviennent anémiques; ils ont de la fièvre et ils succombent dans le marasme, après avoir présenté les symptômes du collapsus le plus complet, surtout lorsqu'une diarrhée est encore venue ajouter à leur épuisement; dans d'autres cas c'est une paralysie du cœur qui est la cause de la mort. Ce qui, dans bien des cas, décide de la marche de la maladie, ce sont les métastases lorsqu'elles acquièrent un grand volume ou siègent dans des organes importants pour la vie (poumons, foie, etc.). Cependant les métastases peuvent aussi faire complètement défaut.

Nous ne savons que peu de choses concernant l'étiologie de cette forme de tumeurs. Quelquefois, comme WINIWARTER le fait remarquer, la maladie est précédée pendant longtemps d'un gonflement des glandes lymphatiques dû sans doute à des irritations périphériques. Puis tout à coup, et sans cause appréciable, ces glandes sont le point de départ d'un lymphome malin.

5. Lymphosarcome du cou.

§ 52. — Nous allons maintenant nous occuper d'une espèce de tumeurs, que l'on a souvent comprise avec les formes multiples décrites plus haut, bien que, en réalité, elle se rapproche plutôt du sarcome. C'est le **lymphosarcome** proprement dit (LUECKE), qui se distingue cliniquement par le fait qu'une **seule glande** est le point de départ du néoplasme; ce dernier s'accroît, se soude avec les parties voisines, perfore la capsule de la glande et se répand rapidement dans les tissus du voisinage. Les muscles, les nerfs et les vaisseaux atteints par la néoplasie ne tardent pas à être englobés dans la masse compacte de la tumeur. La peau s'amincit peu à peu, de grosses veines se dessinent à la surface du néoplasme, dont le développement rapide conduit rapidement à l'ulcération, à la fonte putride, ainsi qu'à des métastases dans le poumon, la rate, le foie et la peau. La tumeur n'offre aucune tendance à se propager à une glande contiguë ou à un groupe de glandes voisin ou éloigné; elle se comporte absolument comme les autres sarcomes qui n'ont pas les glandes comme point de départ. Histologiquement ce sont principalement des sarcomes à cellules rondes ou fusiformes. Assez souvent les cellules présentent les caractères de celles qui constituent le tissu de granulation. Quelquefois la tumeur est formée d'éléments très divers, et l'on y trouve de grosses cellules rondes alternant avec des cellules fusiformes et d'autres semblables à celles du tissu de granulation.

Dans d'autres cas la tumeur ressemble à première vue à un carcinome. Des cellules épithélioïdes paraissent remplir des espaces alvéolaires. Dans le labora-

toire de LANGHANS on a décrit dernièrement une pareille tumeur (PUTIATA) sous le nom d'angiome plexiforme. Les cellules, qui ressemblent d'abord aux cellules rondes, pour revêtir plus tard le caractère épithélioïde, se développent autour de la lumière d'un vaisseau et compriment peu à peu le tissu glandulaire. Un vaisseau occupe, par conséquent, le milieu de l'alvéole. Je me rappelle avoir extirpé une tumeur semblable du cou.

§ 53. — Quant aux tumeurs que LANGENBECK a décrites sous le nom de **sarcome des gaines vasculaires**, et qui souvent atteignent rapidement un volume considérable, on ne sait pas encore d'une façon certaine si elles proviennent de la gaine elle-même ou des petites glandes contenues dans cette membrane. Elles se développent principalement dans la portion plus mobile de la gaine vasculaire qui entoure la jugulaire interne; peu à peu elles soulèvent cette veine et viennent recouvrir l'artère. La structure de la tumeur est celle du sarcome à cellules fusiformes, ou du sarcome à cellules rondes, etc.

Les parties profondes du cou sont aussi parfois le point de départ de tumeurs qui arrivent à la surface. C'est ainsi que l'on a observé quelques rares exemples de fibromes, de sarcomes et de mélanosarcomes, qui, nés de la colonne vertébrale, se sont développés peu à peu jusqu'aux téguments. Des lipomes naissent aussi quelquefois des couches profondes du cou. Dernièrement encore j'ai opéré un lipome occupant l'espace qui sépare l'os hyoïde du larynx.

Tumeurs ne provenant pas des ganglions lymphatiques.

1. Carcinome du cou.

§ 54. — La peau du cou peut être le point de départ de **cancriodes** comme celle de toutes les autres parties du corps. Ce sont surtout des restes d'affections inflammatoires, tels que des cicatrices, des ulcérations, qui deviennent assez souvent le siège de cette forme de néoplasme. RIEDEL fait remarquer avec raison que l'épithélioma naît parfois d'anciennes ulcérations tuberculeuses d'origine ganglionnaire, de sorte que l'on peut constater la présence de la tuberculose à côté du tissu carcinomateux. Abstraction faite de ces véritables cancriodes, les **carcinomes primitifs** du cou reconnaissent, au point de vue étiologique, deux sources distinctes. L'une d'elles doit être cherchée dans des portions de la glande thyroïde qui se sont détachées de la masse principale de l'organe, et sur lesquelles nous reviendrons à propos de cette glande.

Les carcinomes qui en proviennent conservent les caractères propres aux tumeurs de la glande thyroïde. En outre on observe, sans aucun doute, des carcinomes primitifs à cellules plates dans les mêmes points que ceux qui sont le point de départ des kystes athéromateux. Par conséquent,