

Les *traumatismes* et les *infections locales* exercent une influence incontestable sur le déterminisme et la mise en marche du processus morbide.

La leucémie splénique peut être en effet consécutive à une contusion de la rate, la leucémie myélogène à une amputation et à une ostéomyélite, la lymphadénie intestinale à une entérite chronique, l'adénie à l'otorrhée, au coryza chronique, à la dacryocystite (Trousseau), à une lésion de la peau (piqûre d'abeilles, etc.), ou des muqueuses (angines répétées, etc.).

L'influence de l'hérédité est mal définie. L'observation célèbre de Casati, qui porte sur trois générations de splénomégaliques, paraît bien n'être qu'une série d'exemples de malaria. Jusqu'à ce jour aucun fait ne plaide en faveur de l'hérédité directe. Le rôle de l'hérédité indirecte (cancer, rachitisme des parents) n'est pas mieux connu.

La *contagion* est moins discutable pour certains auteurs : témoin les exemples de lymphadénie simultanée dans la même famille et particulièrement de leucémie.

Biermer a vu la *leucémie* chez deux sœurs de trois et quatre ans et demi, Senator chez deux jumeaux d'un an et demi, Eichhorst chez un enfant de quatre ans, dont le frère était mort de la même affection à l'âge de douze ans, Green chez trois sœurs, dont deux étaient enceintes. Enfin Obrastzow a rapporté le fait suivant : un élève de dix-sept ans, qu'il traitait, mourut de leucémie en un mois ; le chirurgien qui lui donnait ses soins tomba malade peu après et mourut également de leucémie en trois semaines.

Le lymphadénome a été observé chez les chevaux, les bœufs, les pores, les chiens et même la souris (Eberth). Les conditions, comme le dit M. Gilbert, sont donc favorables pour la recherche de l'*inoculabilité*.

Et cependant les expériences de Mosler, de Nette, de Bollinger (1), avec le sang leucémique ou avec du suc frais de rate leucémique, ont été infructueuses, malgré le nombre et la variété des sujets à expérience : lapins, souris, chiens, cobayes, singes et poules. Les injections intra-veineuses n'ont pas donné de meilleurs résultats à Eickenbusch (2).

Les injections multiples de sang défibriné, faites par Nette (3) sous la peau, dans le péritoine, dans les veines de l'oreille, dans la veine épigastrique, dans les vaisseaux de la moelle osseuse, etc., chez deux singes et deux porcs, n'ont eu aucun résultat.

Les inoculations tentées avec les sucs ganglionnaires par Troje,

(1) WEHSEMEYER, *Munch. med. Woch.*, 1893, p. 561 (Ist die Leukämie eine Infektionskrankheit?).

(2) EICKENBUCH, Inaugural Dissertation, Bonn, 1889.

(3) NETTE, Inaugural Dissertation, Greifswald, 1890.

par Litten (1) par MM. Cadiot, Gilbert et Roger (2) ont été également négatives. Jamais, dans aucun cas, on n'a reproduit la lymphadénie avec des symptômes caractéristiques.

**SYMPTOMATOLOGIE.** — La lymphadénie est *aleucémique* ou *leucémique* (Gilbert).

La leucémie peut apparaître à une période avancée de la lymphadénie ou faire défaut.

La lymphadénie doit donc être étudiée tout d'abord.

#### LYMPHADÉNIE ALEUCÉMIQUE.

On distingue plusieurs formes de lymphadénie aleucémique. Les *lymphadénies ganglionnaire, splénique, intestinale, amygdalienne, testiculaire, cutanée, osseuse* constituent autant de types distincts qui méritent une description spéciale.

**Lymphadénie ganglionnaire.** — La lymphadénie ganglionnaire est généralisée ou partielle. La lymphadénie partielle ne représente le plus souvent qu'une première phase de la maladie, de plus ou moins courte durée.

Tous les ganglions peuvent être atteints, mais certains groupes le sont avec une prédilection marquée : tels sont par ordre de fréquence les ganglions du cou, de l'aîne, de l'aisselle, du thorax, du mésentère. Les ganglions prévertébraux, épitrochéens, du creux poplité ne viennent qu'en dernière ligne (3) et à titre secondaire.

**Lymphadénie ganglionnaire partielle.** — On peut distinguer trois types de lymphadénie partielle : 1° la lymphadénie superficielle cervicale, axillaire, inguinale, qui partout se présente avec les mêmes caractères ; 2° la lymphadénie thoracique et médiastinique ; 3° la lymphadénie abdominale et mésentérique. Les deux dernières variétés empruntent à leur siège, au rapport des ganglions atteints avec les viscères, des caractères particuliers donnant ainsi à l'adénopathie le masque d'une affection thoracique ou abdominale.

**LYMPHADÉNIE CERVICALE, AXILLAIRE, INGUINALE.** — Dans la majorité des cas, les ganglions sous-maxillaires sont les premiers atteints ; quelquefois cependant les ganglions de l'aisselle ou de l'aîne sont le siège primitif de l'affection.

(1) F. RUDLER, Th. de Lyon, 1895. De la lymphadénie, maladie infectieuse.

(2) CADIOT, GILBERT et ROGER. Plusieurs chiens ont été inoculés sous la peau, dans le péritoine et dans les veines, avec des ganglions lymphatiques enlevés sur deux animaux de la même espèce.

(3) Statistique de Brousses et Gérardin (111 cas) :

Ganglions du cou, premiers atteints.....	63 fois.
— de l'aîne.....	16 —
— de l'abdomen et du mésentère.....	11 —
— du thorax et du médiastin.....	11 —
— de l'aisselle.....	10 —

Peut-être faut-il chercher la raison de cette localisation dans la fréquence des lésions organiques du pharynx, de la bouche, des fosses nasales, du conduit auditif externe. La tumeur lacrymale, le coryza chronique, l'otorrhée, qui avaient attiré l'attention de Trousseau, ont été constatés plus d'une fois.

Quoi qu'il en soit, le lymphadénome ganglionnaire cervical sous-maxillaire débute comme une petite *tumeur* dure, indolente, roulant sous le doigt, découverte le plus souvent par hasard. On n'y attache alors qu'une médiocre importance, on lui attribue une origine inflammatoire banale, quelquefois une origine scrofuleuse. Bientôt, de nouvelles glandes se prennent, formant le long du cou un chapelet à grains distincts et mobiles. C'est la première phase, d'une durée difficile à préciser, à cause des confusions tant de fois faites avec la tuberculose ganglionnaire.

Il paraît cependant résulter de la plupart des observations de lymphadénie vraie, que la tumeur unique et mobile est relativement courte et qu'en moins d'un an, parfois de trois ou quatre mois, le néoplasme est capable d'acquiescer d'énormes dimensions (Quénu) (1).

Dans la seconde phase, les *tumeurs* augmentent donc de volume et se fusionnent entre elles; elles acquiescent la grosseur d'une noix, d'un œuf de dinde, alors que les plus récentes ou les plus petites ont le volume d'une noisette. La région sous-hyoïdienne, occipitale, cervicale tout entière se trouve peu à peu envahie. La présence de ces ganglions hypertrophiés donne l'aspect d'un double menton et élargit la face transversalement. Le cou peut devenir monstrueux, aussi large que la tête dans toute son étendue, bossué de la manière la plus effrayante (Trousseau).

Les mêmes signes peuvent s'observer au niveau des régions axillaires ou inguinales; à l'aisselle, la tumeur peut atteindre le volume d'une tête de fœtus à terme, ressembler à une grosse mamelle multilobée à sa base, reposant sur une masse de ganglions engorgés (Trousseau).

A cette période, apparaissent des phénomènes douloureux par compression, des *signes fonctionnels et généraux*: douleurs suivant les branches du plexus cervical dans la lymphadénie cervicale, douleurs névralgiques dans le membre supérieur ou inférieur dans le cas de lymphadénie axillaire ou inguinale; gonflement des veines, cyanose, œdème; impotence fonctionnelle; fièvre dans les cas rapides, accès fébriles, à chaque poussée nouvelle; anémie avec teinte cireuse, perte des forces, amaigrissement; *cachexie* terminale aggravée et accélérée d'ordinaire par une *généralisation* finale de la lymphadénie.

LYMPHADÉNIE GANGLIONNAIRE MÉDIASINIQUE. — La lymphadénie médiastine présente les plus grandes difficultés de diagnostic, alors

(1) QUÉNU, Traité de Chirurgie, t. I, p. 461.

qu'aucune tuméfaction des glandes cervicales ou axillaires ne trahit la véritable nature de l'affection thoracique. Elle provoque de l'anhélation, des accès de *dyspnée* et même de véritables accès de suffocation, avec anxiété, coloration violacée des lèvres, yeux hagards, refroidissement des extrémités, pouls filiforme, inspiration sifflante. Parfois les premiers signes consistent en une fatigue plus rapide de la parole, en des modifications de la voix, en des accès de spasme laryngé, des troubles pupillaires, etc. Parfois encore le malade a des accès de toux suivie d'une expectoration insignifiante. La percussion, pratiquée de préférence aux zones d'élection de N. Guéneau de Mussy, dénote de la matité. L'auscultation révèle la diminution et la tonalité plus élevée du murmure vésiculaire dans une région déterminée, ou bien un souffle bronchique, quelques râles muqueux, plus exceptionnellement un épanchement pleurétique simple ou double (Leudet). La tuméfaction de la rate et du foie permet parfois de soupçonner la lymphadénie médiastine, en l'absence d'adénopathies superficielles.

LYMPHADÉNIE GANGLIONNAIRE MÉSENTÉRIQUE. — Dans un remarquable exemple observé par M. Gilbert, cette variété se traduisait par des vomissements, du météorisme, de l'ascite avec développement de la circulation collatérale et production d'hémorroïdes, par de l'œdème des membres inférieurs et du scrotum; l'état général était tel qu'on l'observe habituellement dans la lymphadénie ganglionnaire généralisée; on percevait par la palpation, dans l'abdomen, une *masse énorme, bombée*, placée au-devant de la colonne vertébrale; la rate était augmentée de volume, les ganglions de l'aîne, de l'aisselle et du cou étaient un peu plus gros qu'à l'état normal. La mort survint au bout de seize mois par l'accentuation progressive de la cachexie (1).

On peut rapprocher de cette observation un bel exemple de lymphadénie séreuse, plus méésentérique et épiploïque que ganglionnaire, que j'ai publié avec M. Bensaude en 1895. Les symptômes locaux furent caractérisés par des douleurs abdominales d'abord vagues et passagères, puis intenses, localisées au creux épigastrique et à la région ombilicale, par les signes d'un épanchement péritonéal (hémorragique) et d'une *tumeur profonde étalée*, mal délimitée. Les phénomènes généraux consistèrent en de l'anorexie, de la perte des forces, un état anémique très prononcé, sans fièvre. La mort, qui survint deux mois après le début apparent du lymphadénome, fut hâtée de quelques jours par une hémorragie intrapéritonéale, consécutive à une paracentèse faite à notre insu (2).

(1) GILBERT, Traité de médecine, t. II, p. 545.

(2) Les ganglions méésentériques et prévertébraux étaient hypertrophiés, à l'exclusion des ganglions axillaires, inguinaux sus-claviculaires restés intacts. La plèvre, le péricarde, le péritoine pariétal et viscéral, les replis péritonéaux surtout, étaient envahis par les productions lymphadéniques, qui avaient respecté les viscères abdo-

**Lymphadénie ganglionnaire généralisée.** — Trousseau a fait de la lymphadénie ganglionnaire généralisée le tableau magistral que voici :

« Les malades viennent ordinairement consulter dans les premiers mois de leur affection. Ils se plaignent du développement d'un grand nombre de tumeurs à la surface du corps et quelquefois d'un peu de dyspnée. Du reste, ils se disent bien portants, leur santé ne paraît point altérée, l'appétit est conservé, il n'y a point de troubles sérieux des principales fonctions, la nutrition, dans les cinq ou six premiers mois de la maladie, n'est point sensiblement modifiée.

« L'hypertrophie ganglionnaire commence le plus souvent par la région sous-maxillaire, puis bientôt les malades sont effrayés de voir les tumeurs se développer sur les parties latérales du cou, dans le creux axillaire et dans les aines. Il y a plus rarement hypertrophie des ganglions épitrochléens et poplités. Cependant les ganglions sous-maxillaires et cervicaux ne tardent point à donner un singulier aspect à la figure : la tête paraît relativement petite et repose sur une masse ganglionnaire que les malades cherchent à dissimuler par quelque artifice de toilette. Les tumeurs du cou se montrent sans changement de coloration de la peau. Elles n'ont contracté aucune adhérence avec les parties voisines, et chaque ganglion hypertrophié reste souvent indépendant des ganglions voisins. Ces tumeurs sont roulantes, on peut les toucher, les presser, les malaxer même sans déterminer de douleur. Celles de la région sous-maxillaire se continuent quelquefois sous forme de chapelet avec celles du côté opposé et avec les tumeurs des régions latérales du cou. Ces dernières peuvent ne pas être seulement superficielles; dans un cas, je les ai vues se continuer sur les parties latérales du larynx, de la trachée-artère, et elles peuvent s'étendre jusqu'aux bronches. Quelquefois elles se continuent au-dessous de la clavicule avec les tumeurs axillaires. Ces dernières sont ordinairement très développées; elles ont souvent la grosseur d'un œuf de poule ou de dinde; chez un malade des environs de Fontainebleau, ces tumeurs axillaires avaient le volume et la forme de véritables mamelles auxquelles elles ressemblaient beaucoup et par la couleur de la peau et par le lacis des veines bleues qui les recouvraient. Des tumeurs si volumineuses entravent non seulement les mouvements des bras qu'elles tiennent éloignés du tronc,

minaux (estomac, intestin, foie, rate). Le grand épiploon, infiltré en totalité par la néoplasie, formait un énorme tablier blanchâtre, épais, rigide, de 4 centimètres d'épaisseur et du poids de 7 livres, recouvrant entièrement la masse intestinale. Le mésentère présentait un aspect analogue. L'intestin grêle était entouré sur presque toute sa longueur d'une gaine néoplasique d'un demi-centimètre d'épaisseur. Les franges épiploïques du gros intestin infiltrées également avaient pris la forme de grosses amandes appendues tout le long du bord libre. Partout la muqueuse était intacte. (E. PARMENTIER et R. BENSUADE, *Soc. anal.*, séance du 29 mars 1895.)

mais encore deviennent un obstacle à la circulation veineuse; aussi n'est-il pas rare d'observer dans ce cas de l'œdème des mains et des avant-bras. L'hypertrophie peut envahir les ganglions sous-pectoraux (1).

« Dans l'aine, les ganglions acquièrent aussi un volume très considérable; ils ont les mêmes conséquences, c'est-à-dire qu'ils déterminent de la fatigue dans les mouvements et de la gêne dans la circulation de retour. Presque toujours les pieds et les jambes sont œdématisés. Les tumeurs inguinales occupent quelquefois toute l'étendue du triangle de Scarpa, et la main appliquée au-dessus du ligament de Fallope peut souvent sentir des tumeurs analogues dans les fosses iliaques. Le toucher par le vagin et le rectum démontre aussi l'existence de semblables tumeurs dans le petit bassin. Enfin, la palpation abdominale peut permettre chez les personnes maigres de constater l'hypertrophie ganglionnaire au niveau de l'angle sacro-vertébral, le long de la colonne vertébrale; et si la main n'atteint pas toujours ces régions profondes, c'est que le ventre est empâté par le développement des ganglions mésentériques. Dans plusieurs observations, l'ascite a pu être facilement reconnue. Aussi, au début même de la maladie, et lorsqu'il n'y a pas encore d'état cachectique, a-t-on considéré comme affectés d'anasarque de cause viscérale des malades qui n'avaient en réalité qu'un œdème multiple des extrémités et une ascite par le seul fait de la gêne de la circulation générale et de celle de la veine porte. »

On a parfois noté l'hypertrophie du foie et de la rate. L'augmentation de volume de ce dernier organe peut être considérable, au point d'occuper toute la partie gauche de l'abdomen, de s'étendre jusqu'à l'ombilic, de remplir complètement la fosse iliaque, et cela, sans leucémie.

Bientôt, et quelquefois à une époque rapprochée du début, de nouveaux signes apparaissent, indice de l'envahissement des ganglions thoraciques : toux sèche, modifications stéthoscopiques, dyspnée, accès de suffocation.

L'évolution est singulière, paroxystique, bien que progressive. On est frappé de ce fait, dit Trousseau, que le plus souvent l'augmentation de volume n'a porté d'abord que sur un ou deux ganglions; puis quelques semaines ou deux ou trois mois après l'apparition de ces petites tumeurs initiales, il y a une véritable *explosion* de tumeurs ganglionnaires en différentes parties du corps, en même temps que les tumeurs primitives augmentaient rapidement de volume.

Et tandis que certains ganglions continuent à s'hypertrophier, d'autres rétrocedent et deviennent à peine appréciables. Les alternatives d'augmentation et de *régression*, voire même de disparition de

(1) Ces ganglions ont été bien décrits par J. Cloquet.

certaines groupes ganglionnaires, sont un des faits les plus singuliers de cette maladie.

Les poussées ganglionnaires peuvent s'accompagner d'une notable élévation de la température, de véritables accès fébriles (Jaccoud, Virchow, etc.). La fièvre peut être aussi continue, oscillant entre 38,5, 39 et même 40°; elle peut enfin prendre le caractère d'une fièvre intermittente chronique (Pel, Ebstein, Renvers).

Qu'il existe ou non de la fièvre, des troubles importants de l'état général ne tardent pas à se manifester. Quelquefois même, dès le début, les malades se plaignent d'un affaiblissement croissant inexplicable, auquel vient s'ajouter tôt ou tard un amaigrissement d'autant plus précoce qu'ils ont continué à vivre d'une vie active comme par le passé (Jaccoud et Labadie-Lagrave).

La pâleur des téguments augmente, l'anémie s'accuse de plus en plus. La leucémie fait défaut, sauf à la période terminale et dans des cas exceptionnels.

L'appétit se perd, les digestions deviennent lentes et pénibles, la diarrhée peut apparaître. Quelquefois, les mains, les pieds, sont le siège d'éruptions érythémateuses ou pemphigoïdes; des ecchymoses couvrent les jambes. Les malades, épuisés par les sueurs, la diarrhée colliquative, la fièvre, succombent dans un véritable état de marasme cachectique, quand ils ne sont pas enlevés brusquement ou rapidement par l'asphyxie.

La maladie a duré dix-huit mois à deux ans. Elle peut se prolonger davantage ou s'abrèger encore.

Trousseau distingue deux périodes : la première caractérisée par l'apparition et la multiplication des hypertrophies ganglionnaires, la seconde caractérisée par le développement des phénomènes généraux et de la cachexie.

Enfin, quelques auteurs se sont demandé s'il n'existait pas entre la lymphadénie ganglionnaire aleucémique et la *fièvre ganglionnaire*, qu'ils désignent sous le nom d'*adénie aiguë* (Combemale), le même rapport qu'entre la lymphadénie leucémique et la leucémie aiguë.

La maladie désignée sous le nom d'*adéno-lipomatose symétrique*, à prédominance cervicale, est caractérisée par la présence de tumeurs lipomateuses diffuses, multiples et symétriques, ayant leur siège de prédilection dans certaines régions ganglionnaires. Elle serait distincte de la lymphadénie pour la plupart des auteurs. Toutefois M. Hayem (1) a publié un exemple de lymphadénie aleucémique avec lipomatose périganglionnaire.

**Lymphadénie splénique.** — On distingue deux variétés de lymphadénie splénique : la lymphadénie splénique commune et la lymphadénie splénique des nourrissons.

(1) HAYEM, *Société des Hôpitaux*, 5 mars 1897.

**Lymphadénie splénique commune** (hypertrophie diopathique de la rate sans leucémie de Gaucher, splénomégalie primitive de Debove et Brühl). — Elle se rencontre chez les enfants et les vieillards, mais de préférence chez les adultes et dans le sexe masculin. Sa cause nous échappe, car elle apparaît en dehors de l'impaludisme et de la syphilis.

La maladie débute le plus souvent d'une façon insidieuse par des *phénomènes généraux*. Ce sont les signes d'anémie, la pâleur des téguments et des muqueuses, l'affaiblissement progressif capable de rendre tout travail impossible, les phénomènes nerveux rappelant à neurasthénie (1), la diminution des masses musculaires qui éveillent l'attention du malade et de son entourage. Plus rarement, c'est une complication grave, telle qu'une hématomélose abondante, qui survient tout à coup. Quelquefois les signes locaux, tels que gêne, tension abdominale, troubles digestifs, pesanteur dans l'hypocondre gauche, sensation vague de tumeur perçue par le patient, douleur localisée dans la région splénique, précèdent les autres manifestations.

A l'examen direct, on constate une *hypertrophie régulière, totale, uniforme de la rate* avec l'échancrure caractéristique du bord antérieur et la tendance inévitable qu'à l'extrémité inférieure à se porter en dedans.

La rate arrive ainsi à occuper le flanc gauche, la région sous-ombilicale et même à descendre jusque dans la fosse iliaque. La palpation, facile en dehors des crises douloureuses, permet d'apprécier la consistance dure et ferme de la glande hypertrophiée. La matité est absolue.

Le foie subit une augmentation de volume variable, quelquefois à peine marquée, d'autres fois accusée par une matité de deux à trois travers de doigt au-dessous du rebord costal. Jamais son hypertrophie n'égale, même de loin, celle de la rate. Le subictère et l'urobilinurie ne sont pas rares.

Les phénomènes fonctionnels (troubles digestifs, dyspnée, palpitations) accompagnent les signes physiques et dépendent de la même cause.

Les épistaxis, les hémorragies cutanées, le purpura, sont assez communs. Quelquefois même, les gencives deviennent fongueuses et saignantes (Gaucher). Les hémorragies rétinienne ont été signalées par S. West (2).

L'examen du sang démontre une anémie globulaire plus ou moins profonde, mais sans leucémie. Les globules blancs ne dépassent pas 15 à 20 000. Enfin, il n'y a pas d'hypertrophie ganglionnaire.

(1) Sur deux malades que j'ai observés l'an dernier, l'un avait été considéré comme atteint de neurasthénie, l'autre avait présenté comme premier symptôme une hématomélose abondante (P.).

(2) S. WEST, De la splénomégalie primitive. Discussion à la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres. F. Taylor a vu l'affection durer quatre ans chez une fillette de dix ans et demi. Séance du 9 juin 1896.