

lées, les autres étoilées et anastomosées par leurs prolongements, plongées toutes dans une substance fondamentale, amorphe, gommeuse, donnant de la *mucine* par la coction. La structure générale de ce tissu présente donc de grandes analogies avec celle du cartilage (cellules plongées dans une substance intercellulaire amorphe).



Fig. 37. — Myxome hydatiforme du placenta. (D'après Virchow).

5° Le *myxome kystique*, renfermant des cavités pleines d'un liquide tremblotant, résultant de la dégénérescence des éléments muqueux ;

6° Les *myomes mixtes*¹, c'est-à-dire renfermant — soit du

1. Ces tumeurs mixtes sont les plus connues ; il est certains organes, surtout le testicule, dont les tumeurs sont très habituellement mixtes.

Variétés. — Les myxomes présentent, au point de vue histologique, certaines variétés :

1° Le *myxome pur* ou *myxome hyalin* de Virchow ; c'est celui que nous venons de décrire ;

2° Le *myxome lipomateux*, remarquable par le grand nombre de vésicules adipeuses qu'il renferme, et au sein duquel la disparition de la substance amorphe est assez exactement parallèle à l'augmentation des cellules adipeuses ;

3° Le *myxome* contenant des *fibres élastiques*.

Des variétés plus rares comprennent :

4° Le *myxome télangiectasique* ou *hémorrhagique*, remarquable par le nombre de vaisseaux qu'il renferme et qui sont le siège de dilatations et de ruptures.

tissu embryonnaire (*myxo-sarcome*) ; ce sont les plus communs ; — soit du tissu cartilagineux (*myxo-chondrome*) ; — soit du tissu glandulaire (*adéno-myxome*).

Les éléments cellulaires des myxomes peuvent subir la dégénérescence muqueuse, et simultanément la dégénérescence graisseuse. Les tumeurs qu'ils contribuent à former peuvent s'enflammer, s'ulcérer et même se gangrener.

Symptômes. — Les myxomes se présentent sous l'aspect de tumeurs gélatineuses à forme polypeuse (ex. : polypes muqueux des fosses nasales, môles hydatiques du placenta).

Ces tumeurs seront aisément confondues, soit avec les kystes, soit avec les lipomes : d'autant mieux qu'elles peuvent, lorsqu'elles se sont développées dans le panicule graisseux et dans les membres inférieurs, etc., acquérir des dimensions énormes : — une ponction exploratrice révélera l'existence d'un kyste ; quant à la confusion avec un lipome, elle serait sans importance.

Pronostic. — Les myxomes sont le plus souvent des tumeurs bénignes, ne récidivant pas après une extirpation complète¹, ne se généralisant pas.

Cependant Virchow, H. T. Butlin, Brault, G. Simon, Poncet, etc., ont observé des cas avec récurrence et généralisation.

Traitement. — Il consiste à enlever le myxome, et, dans le cas où l'on conserverait des doutes au sujet de son extirpation complète, à cautériser son point d'implantation (Voy. *Polypes des fosses nasales*, dans ma *Pathologie chirurgicale*, t. I, p. 693).

D. — SARCOMES (σάρξ, chair).

TUMEURS FIBRO-PLASTIQUES, EMBRYOPLASTIQUES.

Les sarcomes sont des tumeurs formées par du tissu con-

1. Pourvu que cette extirpation soit complète, car la récurrence si fréquente des polypes muqueux des fosses nasales tient à une destruction imparfaite de leur pédicule.

jonctif embryonnaire pur ou subissant une des premières modifications qu'il présente pour devenir tissu adulte.

Au point de vue physiologique, ils ont pour prototype le tissu conjonctif en voie de développement. Au point de vue pathologique, ils se rattachent au tissu inflammatoire et au bourgeon charnu, avec ces différences que ces derniers tissus procèdent d'une plaie et contiennent des cellules lymphatiques en plus ou moins grande abondance et des cellules conjonctives qui n'affectent aucune ordination par rapport aux vaisseaux, qu'ils évoluent dans le sens d'une induration fibreuse tandis que le sarcome progresse sans cesse.

Brault attache une grande importance au rôle des vaisseaux dans le développement des sarcomes, et il définit ceux-ci : *des tumeurs formées par l'agglomération de cellules conjonctives toujours régulièrement ordonnées par rapport aux axes vasculaires qui les traversent.*

Anatomie pathologique. — *Siège.* — Le sarcome se développe, soit dans le *tissu cellulaire*, soit dans les *os* (moelle et périoste), soit dans les *glandes* (parotide, mamelles, testicule), et sa physionomie est influencée par le tissu ou l'organe qui en est le point de départ.

Aspect. — L'aspect des sarcomes est extrêmement variable : ce sont souvent des tumeurs arrondies, bosselées, dont les dimensions n'ont rien de fixe. Ces tumeurs sont tantôt aussi dures que les fibromes, tantôt molles et presque fluctuantes comme les myxomes ou les carcinomes ramollis. Leur coupe présente fréquemment un aspect comparable à celui de la chair, d'où le nom de sarcome, c'est-à-dire une couleur rosée et parfois blanchâtre ou jaunâtre; le raclage donne, dans certains cas, un suc comparable à celui du carcinome (*sarcome encéphaloïde*); mais, en général, la surface de la coupe est absolument sèche.

Histologie. — Les sarcomes ont une texture qui rappelle complètement celle du tissu conjonctif embryonnaire : ils sont formés par des *cellules* ne possédant pas de membrane

enveloppante et par une *substance fondamentale* au milieu de laquelle on rencontre des vaisseaux.

1° Les *cellules* du sarcome ont des formes et des dimensions très variées et très peu caractéristiques par elles-mêmes : — les unes sphériques et peu volumineuses, possédant un noyau très apparent qui envahit la presque totalité de la cellule, ont l'aspect de noyaux libres (noyaux embryoplastiques de Ch. Robin) et ressemblent beaucoup aux petites cellules inflammatoires conjonctives des bourgeons charnus; elles sont plus petites et beaucoup moins régulières de forme et de structure que les cellules lymphatiques avec lesquelles on pourrait les confondre; les cellules épithéliales jeunes se distinguent d'elles par l'existence d'un protoplasma très apparent au sein duquel se montre distinctement le noyau nucléolé, à contours nets; — les autres, plus ou moins nettement fusiformes et souvent groupées en faisceaux, se terminent par des prolongements déliés, parfois ramifiés; elles possèdent un noyau ovalaire qui permet de les distinguer des cellules musculaires lisses des myomes dont elles n'atteignent jamais les dimensions, leur longueur ne dépassant guère 15 à 20 μ ; elles sont habituellement entremêlées de fibres conjonctives plus ou moins bien développées et orientées dans la même direction que les cellules fusiformes. — Outre ces deux types principaux entre lesquels existent des formes de transition, on peut encore rencontrer dans certains cas (sarcomes giganto-cellulaires de Virchow) de grandes cellules à noyaux multiples, dont certaines présenteraient des vacuoles remplies de globules rouges et ressembleraient ainsi aux cellules vaso-formatrices de Ranvier; Malassez et Monod, qui les considèrent comme étant réellement des éléments vaso-formateurs, les auraient vues mettre leurs pointes en relation avec la lumière des vaisseaux; d'autres se rallient à l'opinion de Bard qui les rapproche des cellules géantes et les considère comme des produits inflammatoires.

2° La *substance fondamentale* est molle, demi-solide; elle est amorphe ou vaguement fibrillaire, rappelant la substance intercellulaire du cartilage. Le plus souvent, elle est si peu

abondante que les cellules sont presque juxtaposées ; d'autres fois, elle est étendue en nappe presque homogène au milieu de laquelle les cellules sont disposées en amas arrondis ou ovaires réunis par des traînées anastomotiques. Par exception, cette substance fondamentale est fibrillaire, muqueuse ou gélatineuse, ce qui rend difficile le diagnostic du sarcome.

3° Les sarcomes possèdent des *vaisseaux*, toujours difficiles à isoler, malgré leur nombre parfois considérable, en raison de la texture de leurs parois formées aussi par du tissu embryonnaire.

Pacinotti dit avoir injecté des vaisseaux lymphatiques dans les sarcomes.

Variétés. — La grande diversité des cellules du sarcome a conduit à en multiplier les variétés. De plus, on a remarqué que la forme des cellules était en grande partie en rapport avec l'état de la substance fondamentale : — celle-ci est-elle semi-fluide ? les cellules peu pressées prennent une forme arrondie ; — est-elle solide ? les cellules deviennent fusiformes ou aplaties. — En outre, si certains sarcomes sont formés par du tissu conjonctif embryonnaire pur, il en est d'autres dans lesquels ce tissu présente quelques-unes des modifications par lesquelles il passe pour devenir tissu adulte.

En tenant compte de ces diverses particularités, on peut, avec Ranvier et Cornil, distinguer plusieurs *variétés de sarcomes* :

1° Le *sarcome encéphaloïde*, dans lequel la substance fondamentale étant molle et peu abondante, les cellules sont arrondies et presque juxtaposées, et les vaisseaux volumineux : — ce sarcome représente le tissu conjonctif embryonnaire pur ; il siège surtout dans la peau, le périoste, la mamelle, la parotide et le testicule.

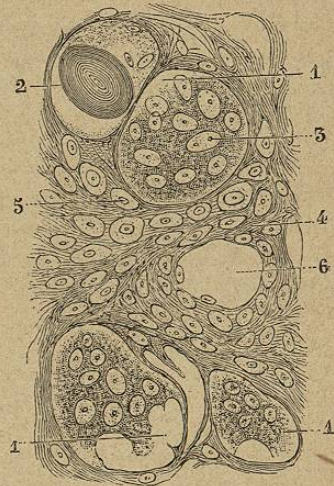
2° Le *sarcome fasciculé* (tumeur *fibro-plastique* de Lebert), dans lequel la substance fondamentale étant plus abondante, plus solide, les cellules deviennent fusiformes : ce sarcome représente la première modification par laquelle passe le tissu conjonctif embryonnaire pour devenir tissu conjonctif adulte.

3° Le *sarcome alvéolaire* dans lequel les interstices qui séparent les faisceaux de cellules fusiformes sont cloisonnés par un fin réseau fibrillaire et remplis par des amas de cellules arrondies. Il apparaît dans les os spongieux : phalange du gros orteil, mâchoire, apophyses des os longs.

4° Le *sarcome névroglie* (*gliome* de Virchow) formé par de la névroglie, c'est-à-dire par le tissu conjonctif¹ du système nerveux ; il contient souvent des éléments nerveux (*névro-glio-*

Fig. 38. — Tissu inflammatoire dont la composition histologique est semblable à celle des sarcomes.

- 1, 1. Cellules embryonnaires occupant la place de cellules adipeuses ; une de ces cellules renfermant encore une gouttelette graisseuse.
2. Gouttelette graisseuse.
3. Cellules embryonnaires.
- 4, 5. Tissu embryonnaire composé de cellules et d'une substance fondamentale.
6. Coupe d'un vaisseau ; on voit que sa paroi est formée par du tissu embryonnaire.



mes). Il se développe dans le cerveau, la moelle, la rétine, les nerfs optique et acoustique.

5° Le *sarcome angiolithique* (*psammomes*, grains de sable, Virchow), dont nous parlerons à propos des endothéliomes.

6° Le *sarcome géant-cellulaire* (Virchow).

7° Le *sarcome pigmentaire* de Kaposi (coloré par l'hémoglo-

1. S'il est démontré que la névroglie joue un rôle de soutènement analogue à celui du tissu conjonctif, il n'est nullement démontré qu'elle soit une variété de tissu conjonctif (V. p. 632). Brault, lui-même, reconnaît que les cellules araignées de la névroglie et des gliomes sont très différentes morphologiquement de la plupart des éléments connectifs.

bine provenant du sang extravasé) qui siège dans la peau et débute par les extrémités, et dans lequel Pringle a trouvé des bacilles.

8° Le *sarcome mélanique*, ayant généralement pour point de départ la choroïde ou les cellules pigmentaires de la peau, dont les éléments sont infiltrés de granulations noires élaborées par le protoplasma cellulaire et qui ne sont jamais jaunes ou rougeâtres comme celles qui proviennent de la transformation d'hémoglobine extravasée.

9° Le *sarcome angioplastique* caractérisé par la formation de plaques protoplasmiques multinucléées ressemblant aux myéloplaxes, et de réseaux vasofornés (Malassez et Monod).

Nous avons vu plus haut que les *sarcomes myéloïdes* (*tumeurs à médullocelles* de Robin), les *ostéo-sarcomes*, les *sarcomes ossifiants*, les *tumeurs à myéloplaxes* semblent plutôt devoir être rangés parmi les tumeurs osseuses.

— Le tissu sarcomateux peut présenter diverses *altérations* : tantôt ses cellules ont subi la dégénérescence muqueuse (*sarcome muqueux*) ; tantôt elles sont infiltrées de vésicules graisseuses (*sarcomes lipomateux*).

Le sarcome peut encore subir la dégénérescence graisseuse ou calcaire, se creuser de *kystes sanguins* ou *séreux* (cysto-sarcome) ; il peut *s'enflammer* et suppurer, se *mortifier* par places.

Enfin il peut se combiner à d'autres néoplasies, de manière à former des tumeurs mixtes : fibro-sarcomes, myxo-sarcomes ; chondro, ostéo, angio, lympho-sarcomes, etc.

L'accroissement du sarcome se ferait de deux manières : — soit par la prolifération des éléments mêmes du sarcome, — soit par l'envahissement progressif du tissu conjonctif qui prend part à la constitution des organes voisins ; ce second mode d'accroissement serait plus grave que le premier. Tous deux, d'ailleurs, se succéderaient : le sarcome commencerait à s'accroître par prolifération de ses propres éléments et refoulerait les organes ambiants, mais une fois le tissu conjonctif de ceux-ci atteint, le sarcome s'accroîtrait par envahissement

et diffusion. Le sang serait la principale voie de généralisation : aussi les poumons sont-ils fréquemment le siège de noyaux secondaires, les bourgeons du néoplasme qui ont pénétré dans les veines y trouvant le premier obstacle susceptible de les arrêter.

Symptômes. — Les sarcomes se présentent sous l'aspect de tumeurs dont le siège, le volume, la forme, les caractères présentent les plus grandes variétés.

Ces tumeurs sont tantôt molles, élastiques, presque fluctuantes, tantôt très dures. Au début, elles sont peu volumineuses, libres d'adhérences et en général indolentes, à moins qu'elles ne compriment des nerfs ou des organes sensibles : en un mot, dans cette première période de leur évolution, les sarcomes présentent les caractères des tumeurs bénignes ; la santé générale est conservée, les ganglions restent intacts.

La *marque* des sarcomes est très variable : les uns conservent presque indéfiniment leurs premiers caractères, d'autres progressent d'une façon lente et régulière ou d'une manière très rapide.

Dans ce dernier cas, on les voit alors adhérer à la peau, se ramollir, s'ulcérer et donner lieu à des hémorrhagies et à un écoulement ichoreux qui est bien rarement abondant et infect comme celui du cancer ; c'est alors aussi que l'on observe l'*engorgement ganglionnaire* et l'*infection viscérale*, c'est-à-dire la production d'autres sarcomes dans divers viscères.

Pronostic. — Certaines variétés de sarcomes sont relativement bénignes, d'autres sont malignes : les premières restent localisées et ne récidivent que sur place ; les secondes ont la même puissance de généralisation que le cancer épithélial. Les sarcomes dont l'organisation se rapproche le plus de celle du tissu conjonctif embryonnaire (*sarcome encéphaloïde*) sont les plus graves ; ils se généralisent et récidivent sur place comme des tumeurs malignes. Les mélano-sarcomes se comportent de même. Le sarcome, chez les enfants, est d'autant plus grave que ceux-ci sont plus jeunes.

Les sarcomes doivent donc être rangés dans la classe des tumeurs à pronostic variable.

Étiologie. — Ces tumeurs se manifestent plus particulièrement pendant l'enfance et l'adolescence.

On a invoqué comme causes de leur production le traumatisme, l'irritation prolongée du tissu conjonctif, et aussi l'intervention de divers microorganismes sans que le rôle d'aucun d'eux ait pu être confirmé.

Diagnostic. — Voy. *Diagnostic général des tumeurs*.

Traitement. — Les sarcomes doivent être extirpés par le bistouri ou détruits par les caustiques.

On a tenté, contre eux, des injections de toxines ou de sérums, mais sans résultats bien démonstratifs.

E. — ENDOTHÉLIOMES.

Confondus souvent avec les sarcomes ou les épithéliomes (Ch. Robin), les endothéliomes peuvent se développer aux dépens de l'endothélium des séreuses ou de celui des vaisseaux sanguins.

Ceux qui se développent aux dépens de l'endothélium des séreuses se rencontrent surtout au niveau des méninges : là, ils se montrent constitués par un stroma fibreux, contenant dans ses mailles alvéolaires des cellules endothéliales, plus ou moins fusiformes, à un ou deux noyaux (*sarcome endothélioïde alvéolaire* de Bizzozero). Lancereaux croit qu'on les a souvent méconnus et décrits comme des sarcomes fusocellulaires.

Ceux qui se développent aux dépens des endothéliums vasculaires, se rencontrent aussi de préférence au niveau des méninges. Ils se présentent sous la forme d'un petit bourgeon ovoïde, ou de masses plus ou moins irrégulières, toujours faciles à délimiter, tantôt enkystées, tantôt villeuses et formées par la réunion de plusieurs bourgeons élémentaires contenant des globes stratifiés et brillants. Le plus souvent ces tumeurs sont suspendues à un vaisseau : leur intérieur

peut alors être creux et communiquer avec la lumière du tronc vasculaire (*sarcomes angiolithiques de Cornil et Ranvier*). D'autres fois, elles semblent isolées, mais il est probable que c'est du fait de la rupture de leur pédicule. — Chaque bourgeon est constitué par la juxtaposition de grandes cellules plates, de formes irrégulières, à un ou deux noyaux, disposées en couches concentriques comme les cellules épidermiques dans les globes cornés des épithéliomes ectodermiques. Les divers bourgeons peuvent devenir le siège d'infiltrations calcaires aboutissant à la production centrale d'un grain calcaire (d'où le nom de *psammomes* sous lequel Virchow les a décrits).

Les tumeurs développées aux dépens de l'endothélium des séreuses peuvent s'accroître assez rapidement et récidiver, mais il est rare qu'elles se généralisent.

F. — LYMPHADÉNOME. — LYMPHO-SARCOME. — ADÉNO-LYMPHOME.

On donne ces différents noms à des tumeurs formées par du tissu lymphatique de nouvelle formation (*tissu adénoïde* de His).

Lorsque la tumeur est constituée par un tissu absolument semblable à celui qui compose les glandes lymphatiques, elle porte le nom de *lymphadénome*.

Si la tumeur est constituée par des éléments lymphatiques jeunes et par des cellules conjonctives embryonnaires, le nom de *lympho-sarcome* lui est plutôt applicable¹.

Bien qu'une lumière complète ne soit pas encore faite à cet égard, on tend de plus en plus à admettre que les maladies désignées sous les noms de *leucocythémie* ou *leucémie*, *d'adénie*, de *lymphadénome* et de *lympho-sarcome*, sont les expressions variées d'une seule et même unité morbide, qu'on pourrait nommer *lymphadénie*².

1. Le lympho-sarcome a une évolution plus rapide et plus maligne que le lymphadénome.

2. Bard reproche à ce groupement d'être artificiel et de réunir des lésions disparates. Pour lui, il y a lieu d'établir une distinction complète, entre — les lymphadénomes proprement dits, — l'adénie — et les hypertrophies ganglionnaires leucocythémiques.

Cette unité morbide présente, au *point de vue anatomique*, deux variétés : — 1° Dans l'une, les tumeurs lymphatiques coexistent avec une surabondance de globules blancs dans le sang : c'est la *leucocythémie* de Bennett et de Virchow. — 2° Dans l'autre, les tumeurs lymphatiques existent seules, le sang ne renferme pas de globules blancs en excès : c'est l'*adénie* de Trousseau ¹.

Au *point de vue clinique*, elle présente également deux variétés : — *a*) Dans certains cas, la prolifération des éléments glandulaires se localise dans un seul groupe de ganglions (la tumeur est ordinairement bénigne). — *b*) Dans d'autres cas, qui sont les plus communs, elle se généralise à tous les organes lymphoïdes (la tumeur est alors maligne) ².

Étiologie. — Les causes du lymphadénome sont complètement inconnues. On ne s'accorde même pas sur sa fréquence relative aux divers âges, car, en France, il paraît avoir été observé surtout dans l'âge adulte, tandis qu'en Allemagne il serait plus commun dans la jeunesse ³.

Le rôle des divers microbes décrits par Kelsch et Vaillard, Pawlowski, P. Delbet, n'a pu être prouvé.

Anatomie pathologique. — *Siège.* — Les lymphadénomes ou lympho-sarcomes frappent de préférence les *ganglions lymphatiques* et plus particulièrement les ganglions du cou, de l'aîne, de l'aisselle ; on les observe également dans *tous les organes lymphoïdes*, rate, thymus, amygdales, estomac, intestin (dont la muqueuse renferme des follicules clos).

Dans leur période de généralisation, ils envahissent la plupart des organes ou tissus : le foie, les reins, les poumons, le cœur, les os, etc. ⁴.

1. Voy. « Leucocythémie » dans mon *Manuel de Pathologie interne*, 2^e édition, p. 635.

2. Cette différence d'évolution nous a conduit à placer les lymphadénomes dans le groupe des tumeurs à pronostic variable.

3. Comme complément à l'étude du lymphadénome, consultez l'article consacré à la « Leucocythémie », dans ma *Pathologie interne*, 2^e édition, p. 635.

4. La maladie de peau connue sous le nom de *mycosis fongoïde* serait pour certains auteurs une lymphadénie cutanée.

Aspect. — Le *volume* de ces tumeurs est extrêmement variable. — Dans les *ganglions*, elles forment des masses volumineuses, arrondies, bosselées, et semblent être une simple hypertrophie de ces organes. — Dans les muqueuses stomacale ou intestinale, tantôt elles sont fort petites et ressemblent à un follicule clos hypertrophié ; tantôt elles forment des tumeurs bosselées, grisâtres, souvent très étendues et pouvant mesurer jusqu'à 3 ou 4 centimètres d'épaisseur.

Leur *couleur* est tantôt grisâtre, tantôt rosée, offrant une teinte uniforme ou tachetée de points rouges, noirs, jaunes, provenant de petites hémorragies. A la coupe, on constate que leur tissu est tantôt mou, tantôt dur (d'où leur distinction en *lymphadénomes mous* et *durs*) ; en raclant la surface sectionnée on obtient un suc laiteux dont l'aspect est celui du suc cancéreux ¹ et dans lequel le microscope décèle de petites cellules rondes de 10 μ . contenant un seul noyau et de grosses cellules polynucléées pouvant mesurer 20 μ .

Histologie. — *Ces tumeurs sont formées par du tissu adénoïde* ².

Le tissu adénoïde ou réticulé se compose d'un *réseau de fibrilles conjonctives*, réseau dont les mailles renferment pour certains des *cellules lymphatiques* : ce tissu forme aux *capillaires* qui le traversent une couche condensée d'où se détachent les fibrilles, et dans les points d'intersection de ces fibrilles se remarquent des *nœuds*.

Malassez et Ranvier classent les lymphadénomes en lymphadénomes à type pur, et lymphadénomes à type irrégulier. — Dans les lymphadénomes à type pur, l'hyperplasie frappe dans la même proportion, le réticulum et les éléments cellulaires. — Quant aux lymphadénomes à type irrégulier, ils se subdivisent en lymphadénomes à prédominance cellulaire de consistance molle, et en lymphadénomes à prédominance réticulaire se présentant sous forme de tumeurs dures.

1. Les lymphadénomes présentent donc un aspect assez semblable à celui d'un cancer encéphaloïde.

2. C'est-à-dire par le tissu qui forme les organes lymphoïdes, ganglions, rate, thymus, etc.

Altérations. — Ces tumeurs, qui possèdent des vaisseaux assez abondants, sont parfois le siège d'hémorragies diffuses, mais elles subissent rarement les transformations caséuse ou calcaire.

Symptômes. — Au point de vue clinique, les lymphadénomes présentent deux variétés :

A. L'affection se localise dans un groupe de ganglions.

B. Elle se généralise non seulement aux organes lymphoïdes, mais encore aux autres tissus.

A. La première variété présente tous les caractères de l'hypertrophie ganglionnaire simple, dont elle se distingue diffi-

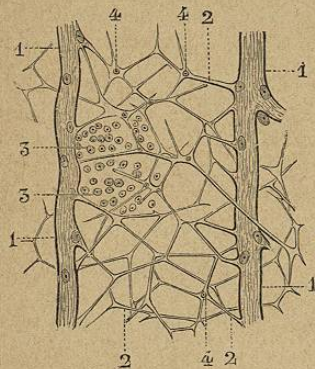


Fig. 39. — Tissu réticulé ou adénoïde d'un follicule lymphatique de l'intestin (d'après Frey).

- 1, 1. Vaisseaux capillaires parsemés de noyaux et dont on voit se détacher les fibrilles conjonctives.
- 2, 2. Réseau de fibrilles conjonctives.
- 3, 3. Cellules lymphatiques occupant les mailles du réseau formé par les fibrilles conjonctives.
- 4, 4. Nœuds placés au niveau du point d'entrecroisement de ces fibrilles.

lement ; elle ressemble pour l'aspect et la marche aux adénites scrofuleuses, reste comme elles localisée dans les ganglions du cou, plus rarement dans ceux de l'aîne ou de l'aisselle ; mais, contrairement aux adénites scrofuleuses, elle ne suppure pas.

B. La deuxième variété se rapporte aux maladies décrites sous les noms de *leucocythémie* et d'*adénie*.

En voici les principaux caractères : un homme, en général dans la période moyenne de la vie, voit, sans cause appréciable, se développer un certain nombre de tumeurs au niveau du cou, de l'aisselle, ou de l'aîne.

Ces tumeurs, arrondies, indolentes, élastiques, sans adhérences à la peau, sont formées par le développement des ganglions de ces régions.

Leurs progrès sont plus ou moins rapides, mais constants ; non seulement les tumeurs primitives s'accroissent, se fusionnent de manière à former d'énormes masses lobulées, mais encore des tumeurs semblables se développent aux dépens de tous les organes lymphoïdes (rate, amygdales, etc.) ; il s'en

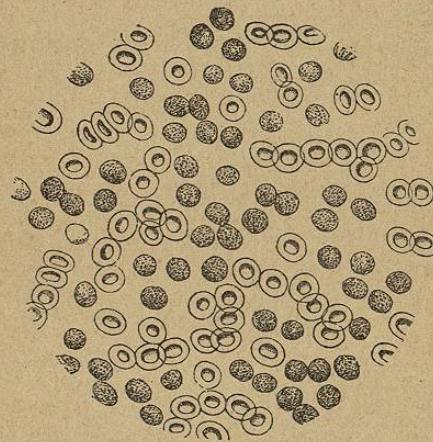


Fig. 40. — Sang dans la leucémie à forme ganglionnaire. 700 diamètres (d'après EICHHORST).

développe même dans des organes dépourvus de tissu lymphatique et dans le tissu cellulaire sous-cutané.

A cette époque on peut noter :

1° Que les tumeurs ganglionnaires sont *indolentes* par elles-mêmes et qu'elles n'ont *aucune tendance à supurer*, contrairement à ce qui a lieu pour les adénites ordinaires ; très souvent la *rate* est en même temps gonflée ;

2° Que ces tumeurs déterminent des *phénomènes de compression* sur les vaisseaux (œdèmes), les nerfs (douleurs, phénomènes asphyxiques dans les cas de compression du récur-

rent ou du pneumogastrique par lymphadénomes du cou ou du médiastin, etc.), et les organes voisins ¹ ;

3° Que l'état du sang n'est pas toujours le même : tantôt il présente une augmentation considérable dans le nombre des globules blancs (*leucocythémie*) (fig. 40) ; tantôt, au contraire, le chiffre des globules blancs reste normal (*adénie*).

Période de cachexie. — Après un certain temps, en général quelques mois, le malade présente des symptômes de cachexie : il pâlit, maigrit, est atteint de diarrhée, de vomissements, d'hémorragies par les diverses muqueuses ; souvent les urines sont albumineuses ; la fièvre hectique s'allume et il succombe. A côté de ces symptômes généraux, qui se rattachent au développement de lympho-sarcomes dans la plupart des organes, il faut noter les accidents locaux souvent assez graves pour entraîner par eux-mêmes la mort.

La marche de la maladie est constamment progressive et elle se termine par la mort, après un laps de temps qui ne dépasse guère deux années (Potain).

Diagnostic. — Les lymphadénomes peuvent être confondus avec :

1° Les *adénites scrofuleuses*, qui s'en distinguent par la jeunesse du sujet, la présence d'autres manifestations scrofuleuses et surtout par la tendance à la suppuration

2° Les *adénites syphilitiques*, mais elles se rattachent directement à des lésions cutanées et ne présentent dans leur volume et dans leur évolution rien qui rappelle le lympho-sarcome ;

3° Les *adénites* consécutives au carcinome, à l'épithéliome, au sarcome, sont si nettement sous la dépendance de ces tumeurs que la confusion avec un lympho-sarcome n'est pas possible.

Pronostic. — La première forme est bénigne, la seconde presque constamment mortelle.

1. Phénomènes extrêmement variés, puisque ces tumeurs peuvent occuper le cou, le thorax, l'abdomen, le bassin, etc.

Traitement. — Il doit être médical et chirurgical.

Le *traitement médical* consiste à chercher à modifier par les toniques, le phospho-glycérate de chaux, la strychnine, l'iode, le phosphore, l'arsenic, cacodylate de soude, etc., l'état spécial et inconnu de l'organisme. L'arsenic, employé en injections interstitielles dans les ganglions malades, a donné plusieurs fois de bons résultats.

Le *traitement chirurgical* n'est applicable que dans des circonstances assez rares, lorsque la maladie est encore localisée dans un groupe de ganglions, que la rate n'est pas développée, que le sang ne renferme pas un excès de globules blancs (Verneuil). Certains chirurgiens (Trélat) repoussent toute intervention chirurgicale, par ce motif qu'on ne saurait dire si la lésion est encore locale ou si elle est généralisée, et par cet autre motif plus sérieux que le traumatisme chirurgical peut provoquer une nouvelle poussée beaucoup plus grave que la première.

C. — Tumeurs malignes.

A. — ÉPITHÉLIOMES. — CANCROIDES.

Les épithéliomes sont des tumeurs formées par du tissu épithélial ¹.

Or, il existe deux espèces principales d'épithéliums normaux : 1° l'épithélium pavimenteux stratifié ; 2° l'épithélium cylindrique. — A chacun d'eux correspond une variété d'épithéliome. Il y aura donc : A, un *épithéliome pavimenteux* ; B, un *épithéliome à cellules cylindriques* ; et en tenant compte des variétés présentées par l'épithéliome pavimenteux, on peut établir la classification suivante :

1. On les désigne assez fréquemment sous les noms de *cancroïde*, *cancer épithélial*, *épithélioma*.