

bien trouvé du traitement que je lui avais fait suivre, mais j'ai appris plus tard de M. le docteur Escalonne que les tumeurs du cou et de l'aisselle avaient acquis un volume extraordinaire, et que la trachée comprimée n'avait bientôt plus permis le passage de l'air. Le malade est mort asphyxié, sans que d'ailleurs la constitution ait paru s'altérer. Les tumeurs n'ont pas suppuré.

Cette observation est surtout remarquable par l'explosion de tumeurs multiples un mois après l'apparition d'une petite tumeur indolente du cou. En trois mois, les tumeurs sous-maxillaires et cervicales avaient acquis un volume tel, que la base de la face, qui se continuait avec le cou jusqu'aux clavicules, était plus grosse que le reste de la tête du malade. De plus, il était manifeste par la description que nous avons donnée que ces énormes tumeurs se continuaient derrière les clavicules et le sternum; elles rendaient compte de la dyspnée et de la respiration sifflante du malade. Dans ce cas particulier, les ganglions abdominaux étaient nombreux et très-volumineux, la rate et le foie avaient leurs rapports normaux. Enfin, malgré cette hypertrophie généralisée et si rapide dans son développement, la santé générale ne paraissait point d'abord affectée; ce fut seulement à la fin du quatrième mois que les gencives devinrent saignantes. Il est regrettable qu'à cette époque l'examen microscopique du sang n'ait pu être fait.

Quelques mois plus tard, je voyais dans mon cabinet un malade de Stockholm, âgé de près de trente ans, qui venait me consulter pour des tumeurs qu'il portait en diverses parties du corps. Longtemps il avait été sujet à un écoulement de l'oreille gauche; puis, après avoir éprouvé pendant toute l'année 1861 un malaise dont il ne pouvait se rendre compte, il remarqua, au mois de juin 1862, qu'une petite tumeur s'était développée au-dessous de la même oreille gauche. Trois semaines plus tard, plusieurs tumeurs semblables se développèrent sur le cou du même côté et ne tardèrent point à acquérir un volume considérable. Le côté droit du cou devint bientôt le siège de tumeurs ainsi que les régions inguinales et axillaires. Le professeur Malmsten (de Stockholm) conseilla les bains de Kreuznach, qui furent pris en septembre 1862. Après la saison des bains, la faiblesse devint plus marquée, les sueurs étaient profuses et l'appétit presque perdu. Les tumeurs ne paraissaient pas toutefois augmenter de volume, et, vers la fin de décembre 1862 jusqu'au 20 janvier 1863, elles diminuèrent d'une façon notable; l'appétit, puis les forces revinrent sensiblement. Mais à partir de la fin de janvier, l'appétit diminua, le malade devint très-impressionnable et les ganglions reprirent très-rapidement le volume qu'ils avaient perdu. Chaque soir, il y avait un léger accès de fièvre. Tel était l'état du malade lorsqu'il vint me consulter. Les ganglions cervicaux et axillaires avaient un volume considérable. Je ne constatai point d'hypertrophie de la rate ni du foie. Je conseillai les bains de sublimé et un régime tonique. Ce traitement ne parut pas d'abord agir favorablement, car le malade m'écrivait, six semaines plus tard, qu'il était toujours très-faible et ne pouvait rester couché dans son lit, il

était obligé de passer ses nuits dans un fauteuil; aussitôt qu'il essayait d'allonger les jambes, il était pris d'oppression, et ressentait un *serrement dans les tuyaux respiratoires*. Dans le mois de juin de la même année, j'apprenais que notre malade était allé demander conseil à Virchow. Le savant professeur déclara l'affection curable et pensa que l'adénie avait pour origine l'ancien écoulement de l'oreille gauche. Il fut alors constaté qu'il n'y avait aucune lésion organique du poumon, du cœur, de la rate ni du foie. De plus, Virchow affirmait qu'il n'existait point de leucémie, il conseilla des douches froides sur les tumeurs, afin de les ramollir et d'en faciliter la résorption.

Il nous importe, messieurs, de faire remarquer que, dans ce cas particulier, l'adénie était limitée à la partie supérieure du corps, les régions inguinales et abdominales n'avaient point été envahies par l'hypertrophie ganglionnaire; la rate et le foie avaient conservé leur volume normal; de plus Virchow lui-même avait affirmé qu'il n'y avait point de leucémie. L'affection était donc *spéciale*, et si le savant professeur de Berlin ne redoutait point une issue fatale, il était du moins de la même opinion que moi sur la nature spéciale de l'affection ganglionnaire.

Vous avez vu aussi, par la relation de cette observation, que M. Virchow pensait que le point de départ de l'adénie avait été dans l'écoulement chronique de l'oreille gauche. Nous utiliserons plus tard cette assertion étiologique, en la rapprochant de faits analogues, où l'irritation locale, aiguë ou chronique, de la muqueuse nasale et oculaire, paraît avoir joué un rôle important. Peut-être alors serons-nous autorisé à soupçonner dans ces faits l'existence oubliée de quelque irritation muqueuse ou cutanée rendant compte de l'adénopathie primitive qui précède l'explosion de l'adénie généralisée.

Les malades, vous ai-je dit, peuvent succomber à la fréquence et à la gravité des accès de suffocation; j'ai essayé de vous montrer la part que l'hypertrophie des ganglions de la trachée et des bronches semblait avoir dans la production de ces phénomènes, tout en accordant aussi une part à l'état nerveux des malades. Des troubles importants, mais secondaires au point de vue de la marche de l'adénie, deviennent tôt ou tard manifestes du côté de la digestion, de l'innervation et de la nutrition. Ainsi, dans la seconde période de l'affection, l'appétit se perd, les digestions deviennent lentes, pénibles; la diarrhée cependant est rare. L'amaigrissement ne tarde point à survenir; la faiblesse devient extrême, et l'œdème des extrémités considérable. Quelquefois les mains sont le siège d'éruptions érythémateuses, des ecchymoses nombreuses couvrent les jambes; d'autres fois, c'est un pemphigus cachectique, comme chez un malade de M. Leudet; quelques-uns sont épuisés par des sueurs profuses et une fièvre hectique, ainsi qu'il est arrivé à un malade de M. Perrin (1) et à notre malade de Stockholm.

(1) Perrin, *Bulletins de la Société anatomique*, 1861, p. 247.

L'adénie finit donc par jeter une grande perturbation dans les principales fonctions ; elle ne tarde pas à troubler l'hématose ; elle abaisse la température du corps ou pour mieux dire rend les malades plus sensibles à l'impression du froid ; elle trouble les digestions, détermine des sueurs profuses et la fièvre hectique. C'est donc une affection d'une gravité très-grande et sur la marche de laquelle le médecin jusqu'à ce jour est resté à peu près impuissant. La durée de la maladie est ordinairement de dix-huit mois à deux ans.

Voici, messieurs, une observation recueillie par M. le professeur Leudet dans son service de l'Hôtel-Dieu, à Rouen, observation très-complète et qui vous permettra d'étudier la marche de la maladie, ainsi que sa terminaison par cachexie.

« R... (Victor), âgé de cinquante-sept ans, entre le 6 décembre 1862 à l'Hôtel-Dieu.

» D'une taille élevée, R... était autrefois d'une force et d'un embonpoint exceptionnels. Vers l'âge de dix-huit ans, il a commencé à boire abondamment des alcooliques, il se grisait une fois au moins la semaine, et le lendemain de l'excès ne pouvait guère se nourrir que de substances très-sapides ou vinaigrées. Dans sa jeunesse, R... n'a jamais eu d'engorgement glandulaire localisé ou général, d'otorrhées ou d'ophtalmies. Son temps de service militaire a été passé entièrement dans un régiment de cuirassiers ; pendant son temps de service, il contracta des chancres suivis d'un bubon inguinal suppuré : absence de symptômes ultérieurs de syphilis constitutionnelle du côté de la peau, des muqueuses ou des os. Après avoir été libéré du service militaire, R... abusa encore plus que précédemment des boissons alcooliques ; les effets morbides de ces excès furent uniquement des douleurs d'estomac, sans vomissements, diarrhée, ictère ou dérangements des fonctions de l'appareil nerveux.

» Aucune maladie grave antérieure.

» Il y a quatre ans, apparition rapide de tumeurs dures non suppurées avec douleur locale aussi vive la nuit que le jour, situées sur la partie antérieure et externe des deux jambes et sur le milieu de la hauteur de la face postérieure de l'avant-bras droit. Ces tumeurs, qu'il décrit très-incomplètement, auraient disparu après deux ou trois semaines de traitement pendant lequel on aurait eu recours à de l'iodure de potassium. A la suite de cette maladie, R... resta pendant près de six semaines très-faible, n'éprouvant néanmoins aucune douleur notable au niveau des articulations ou dans la continuité des membres. Cette faiblesse disparut complètement, et R... n'a éprouvé rien d'analogue depuis.

» Il y a quinze mois, apparition d'un coryza chronique, sans aucun malaise général, avec perte de l'odorat ; quelques mois après le début de ce coryza purulent et un peu sanguinolent, apparut une affection de l'angle interne de l'œil gauche au niveau du sac lacrymal. Cette affection se serait terminée par suppuration et la cicatrisation n'aurait eu lieu qu'après trois mois de maladie.

» Ce fut pendant cette dernière période de l'inflammation du *sac lacrymal gauche* que R... remarqua pour la première fois un gonflement des ganglions lymphatiques du cou ; les forces étaient en même temps très-affaiblies, sans qu'il y eût aucune paralysie.

» Première admission, il y a dix mois, dans une division chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, pour un gonflement des ganglions lymphatiques déjà très-prononcé dans les régions axillaires, cervicales, inguinales. Pendant cinq mois et demi, R... demeure dans les salles de chirurgie : les glandes auraient un peu diminué de volume, restant indolores et offrant les mêmes caractères que lorsqu'il est soumis à notre examen. Jamais R... n'a éprouvé pendant cet espace de temps de trouble des fonctions digestives, de diarrhée ou d'épistaxis ou d'hémorrhagies d'aucune nature.

» Sorti le 25 octobre 1862 du service chirurgical de l'Hôtel-Dieu, il fut occupé alors aux ateliers de charité, vivant d'un salaire de 75 centimes par jour ; les forces diminuèrent considérablement pendant ce temps. Vers le milieu de novembre 1862, R... fut atteint d'une toux qui s'accompagna d'une douleur dans le côté droit du thorax.

» Au moment de son admission dans ma division, je trouvai R... dans l'état suivant : Face pâle, embonpoint encore assez prononcé, quoique bien diminué, au dire du malade. Dépression des forces assez marquée, surtout depuis la toux ; récente anorexie, pas de diarrhée ; gonflement de la face, principalement au niveau de la région sous-maxillaire et sous-hyoïdienne dans laquelle la palpation fait reconnaître la présence d'une vingtaine de tumeurs rondes, mobiles, indolores spontanément ou à la pression. Les plus volumineuses de ces tumeurs égalent le volume d'un œuf de pigeon, les plus petites celui d'une noisette ; la présence de ces ganglions hypertrophiés donne l'aspect d'un double menton, et élargit la face transversalement. Des tumeurs offrant les mêmes caractères existent dans les régions sus-claviculaires, aucune en arrière du cou. Les plus volumineuses existent dans les aisselles, surtout dans la droite où leur ensemble dépasse le volume du poing d'un adulte ; cette masse est formée par d'autres tumeurs plus petites, non fusionnées. Même développement de ganglions plus petits dans les deux régions inguinales et dans le triangle fémoro-inguinal. Plusieurs petits ganglions existent au-dessus de l'épitrachée de chaque côté, toutes ces tumeurs ont le même aspect ; nulle part elles ne sont adhérentes à la peau, qui ne présente aucun changement de couleur, aucune dilatation vasculaire.

» Le coryza persiste et est toujours purulent et sanguinolent. Aucune déformation des os du nez ; adhérence de la peau au niveau du sac lacrymal gauche, demi-abaissement de la paupière supérieure gauche par suite de cette adhérence vicieuse de la peau à l'angle interne. Aucune rougeur de l'œil, aucun trouble dans ses fonctions.

» Toux intense depuis trois semaines, expectoration de crachats un peu purulents et muqueux, sans coloration brunâtre, mais à odeur fétide analogue

à celle du sphacèle. L'auscultation fait constater dans les deux côtés du thorax l'existence de beaucoup de râles sous-crépitants et même sibilants, plus nombreux à droite qu'à gauche. Un peu de tension du ventre, sans ascite; la paroi abdominale, peu dépressible, ne permet pas de constater de développement de ganglions dans le ventre. Aucun développement morbide de la rate ou du foie. — L'urine ne présentait pas de sédiment; examinée par la chaleur et l'acide nitrique, elle ne donnait aucun indice d'albumine; l'examen au moyen de la potasse et de la liqueur de Barreswil ne permettait de reconnaître aucune trace de glycose. Le sang, examiné plusieurs jours après l'admission de R..., ne m'a présenté rien d'anomal, aucune augmentation du nombre des globules blancs ou des globulins, les globules rouges étaient normaux. Cet examen, répété plusieurs fois depuis, a jusqu'ici (7 avril 1863) toujours donné les mêmes résultats. (Eau de Baréges; julep avec essence de térébenthine, 12 gouttes; tisane vineuse; une portion d'aliments.)

» Pendant le mois de décembre 1862, l'état de R... s'améliore; les accès de toux deviennent beaucoup moins intenses, sans jamais avoir occasionné d'orthopnée réelle, l'odeur fétide des crachats diminue et disparaît vers la fin de cette période. Les forces demeurent toujours au-dessous de l'état normal, aucune diminution du volume des ganglions. Vers la fin de décembre, un peu d'œdème survient aux membres inférieurs. (L'urine est toujours non albumineuse.) (Tisane vineuse; décoction de quinquina; iodure de fer en pilules; 2 portions d'aliments; 2 de vin.)

» Pendant le mois de janvier 1863, les glandes augmentent un peu de volume, surtout au cou et au-dessus de l'épitrachée de chaque côté, le ventre est toujours un peu volumineux, et le bord inférieur du foie commence à être appréciable au-dessous des fausses côtes; la matité splénique est également plus étendue, mais on ne parvient pas à sentir le bord inférieur de la rate au-dessous des fausses côtes gauches; un peu d'augmentation de l'œdème des membres inférieurs. La bronchite a presque complètement cessé; quelques râles sibilants et sous-crépitants à la base des deux poumons. L'écoulement purulent nasal persiste; l'expectoration fétide a complètement disparu. Les forces de R... se rétablissent néanmoins un peu, il demeure levé la plus grande partie de la journée et ne se plaint que de l'œdème des jambes et du gonflement incommode du ventre. Aucune dyspnée.

» A partir du milieu du mois de février 1863 jusqu'au commencement d'avril, les ganglions lymphatiques dans les régions sous-maxillaires, sus-claviculaires, axillaires, sus-épitrochléennes, inguinales, augmentent successivement de volume, mais conservent toujours les mêmes caractères que lors de l'entrée; le volume de la rate devient chaque jour plus marqué, et actuellement elle descend presque jusqu'au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure, son bord tranchant paraît dirigé en avant. Un peu d'ascite. Le cœur n'a jamais présenté aucun symptôme morbide. Le foie déborde au moins de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes droites. Les forces sont assez bonnes, et

R... se promène une partie de la journée dans la cour. — R... est encore actuellement dans mes salles et je continue de l'observer avec soin.

» A partir du mois de juin, l'état de R... devint plus grave, la diarrhée reparut; au commencement de juin les membres inférieurs devinrent le siège d'un peu d'œdème et quelques bulles de pemphigus cachectique apparurent sur le dos du métacarpe d'une main. L'ozène persistait.

» Vers le milieu de juin 1863, un peu de dyspnée continue, augmentant dans les mouvements, mais sans aucun cornage.

» Au commencement de juillet, la faiblesse devint plus marquée. (Absence d'albumine dans l'urine ou d'altération leucémique du sang.) Je constatai, le 15 juillet, un épanchement occupant la moitié inférieure de la plèvre droite. Mort le 19 juillet 1863, sans accès de dyspnée, sans altération de la voix.

» Examen du cadavre le 21 juillet 1863, trente-sept heures après la mort.

» Intégrité absolue du crâne et du cerveau. Les fosses nasales, examinées en arrière seulement (le sujet étant réclamé) présentent un épaississement marquée avec teinte grisâtre et ramollissement de la muqueuse, sans ulcération. Les os, examinés par le crâne, semblent sains.

» Aucune altération du larynx, de la trachée, des deux bronches; aucun aplatissement de leur paroi ou d'altération de leur calibre.

» Épanchement dans la moitié inférieure de la plèvre droite d'un demi-litre environ de sérosité gélatineuse teinte de sang. Couche de sérosité citrine molle recouvrant le reste du poumon. Cet organe est un peu plus résistant que dans l'état normal, un peu dur comme dans une pneumonie planiforme, sans granulations. Aucun dépôt de tissu morbide. Pas de dilatations bronchiques. Le poumon gauche était à peine un peu engoué.

» Cœur et péricarde sains. Aucune altération embolique de l'artère pulmonaire.

» Un peu d'épanchement dans la cavité du péritoine; un demi-litre environ de sérosité citrine sans fausses membranes.

» Foie d'un volume normal, un peu jaunâtre, sans apparence extérieure; dégénérescence graisseuse ou amylicée.

» La rate est considérablement augmentée de volume; elle mesure en hauteur 0<sup>m</sup>,26, en largeur 0<sup>m</sup>,17; aucun épaississement de la membrane fibreuse d'enveloppe; parenchyme d'une couleur lie de vin clair, sans diffluence, sans épaississement du stroma.

» Reins d'un volume ordinaire, un peu pâles et sains.

» Les ganglions lymphatiques offraient une augmentation de volume considérable, surtout au cou, dans la région sous-maxillaire, aux deux régions sus-claviculaires; dans les deux aisselles, dans la cavité abdominale, en avant du rachis, dans les deux régions inguinales. Le plus grand nombre de ces ganglions réunis ensemble pesait un peu moins de 4 kilogrammes.

» Leur volume était variable, les plus volumineux étaient ceux de la cavité abdominale, aussi bien pris isolément qu'ensemble. Dans cette région, ils for-

maient une masse qui avait presque le volume d'une tête d'adulte. Dans les aisselles, chacune des masses avait le volume du poing d'un jeune sujet. Les plus gros de ces ganglions, ceux du ventre, avaient la grosseur d'un œuf de dinde.

» Les ganglions du cou, des aisselles, des aines, étaient plus roses que ceux du ventre; ces derniers étaient blanchâtres. La capsule d'enveloppe n'était pas épaissie, et le contenu était partout un peu mou, diffluent, sans épaississement du stroma.

» Quelques ganglions, hypertrophiés également, existaient au pli des bras. Une substance un peu aplatie, formée par des ganglions assez volumineux et rosés, existait dans les deux gouttières vertébrales au-dessous de la plèvre pariétale.

» Les ganglions bronchiques étaient relativement beaucoup moins développés que ceux du cou et surtout que ceux des aisselles; deux d'entre eux avaient néanmoins la grosseur d'une noix, mais ils ne comprimaient ni les vaisseaux ni les canaux aërières.

» Le canal thoracique était sain.

» L'examen microscopique de quelques-unes des tumeurs ganglionnaires nous a démontré qu'il n'existait dans leur parenchyme ni cancer, ni fibroplastie, ni dégénérescence amyloïde, mais seulement des noyaux d'un très-petit volume, moindre que celui des éléments de la lymphe et ayant de l'analogie avec les noyaux épithéliaux. »

En résumé, un homme de cinquante-sept ans, naguère d'une très-bonne santé malgré de nombreux excès alcooliques, et qui dans son enfance n'avait jamais eu aucune manifestation scrofuleuse, présente sur les jambes et l'avant-bras droit, il y a quatre ans, des tumeurs qui se sont terminées par suppuration et qui pouvaient être considérées comme des gommes syphilitiques. Lorsque ce malade entre dans le service de M. le professeur Leudet, il a un coryza chronique et porte la cicatrice d'une tumeur lacrymale. C'est pendant la période de suppuration de la tumeur lacrymale qu'apparaissent les premières tumeurs du cou, et ce n'est que plus tard que de semblables tumeurs se développent dans les régions sus-claviculaires, sous-axillaires et inguinales. Ces tumeurs sont volumineuses, indolentes. Plus tard, et l'adénie faisant des progrès, il n'y a pas de doute sur la généralisation de l'adénie et l'on reconnaît l'augmentation de volume du foie et de la rate. A plusieurs reprises l'examen du sang ne permet point de constater la présence d'un excès de leucocytes ou de globulins, et les principaux symptômes de la leucémie splénique ou lymphatique sont complètement défaut. Quatre mois avant la mort, l'hypertrophie ganglionnaire et splénique fait de rapides progrès: le malade s'affaiblit de plus en plus, l'œdème des extrémités inférieures est plus marqué, l'ascite plus considérable. Plus tard apparaissent des bulles de pemphigus cachectique sur l'un des pieds; le malade est pris de toux, il existe à droite un épanchement pleural qui occupe le tiers inférieur de la poitrine.

L'autopsie démontre que les lésions graves étaient limitées aux ganglions lymphatiques et à la rate. Encore ces lésions n'étaient-elles constituées que

par une hypertrophie simple de ces organes, et le microscope en aucune de ces parties n'a permis de découvrir autre chose qu'une augmentation des éléments normaux.

Cependant, bien que le sang n'ait offert aux moyens d'investigation ordinaires aucune altération notable, on ne peut s'empêcher de croire qu'il existait, dans ce fait et dans ceux qui lui sont analogues, une dyscrasie spéciale de ce liquide, car les malades succombent dans un état cachectique, lorsqu'ils n'ont pas été enlevés par un accès de suffocation. Cette dyscrasie, dont l'essence nous est inconnue, ne saurait être douteuse pour nous, et si l'adénie généralisée ne produit point un excès de leucocytes et de globulins, si elle n'en diminue point non plus le nombre normal, il est vraisemblable qu'elle modifie les éléments de la lymphe de telle sorte qu'au bout d'un temps variable il en résulte l'anémie, puis la cachexie. Déjà les Anglais, et plus particulièrement MM. Pavy et Wilks ont décrit une variété d'anémie à laquelle ils ont donné le nom d'*anémie lymphatique*, entendant par là que les altérations ganglionnaires pouvaient déterminer une anémie spéciale. J'avoue, messieurs, que je suis disposé à accepter ce mode d'interprétation.

En effet, nous admettons tous aujourd'hui qu'à certains organes est dévolue la fonction de concourir à la formation et à l'entretien du sang; la pathologie, mieux encore que la physiologie, démontre la fonction hématopoiétique de ces organes. Nous savons, par exemple, que les affections chroniques du foie et de la rate ont de graves conséquences sur la composition du liquide sanguin, car, quelle que soit la nature de ces affections, elles sont suivies d'anémie avec modification dans le nombre, la consistance, la forme, la coloration, la composition chimique des globules sanguins. La tuberculisation mésentérique entraîne le même résultat; il en est de même de la scrofule dont les diverses manifestations ont pour siège principal le système lymphatique.

Est-il besoin de vous rappeler l'action des lésions organiques des poumons sur la composition du sang? Toutes, elles ont nécessairement pour effet d'entraver l'échange de gaz qui constitue l'essence même de l'hématose pulmonaire, et par suite d'entraîner l'anémie. Il existe donc une anémie d'origine pulmonaire, de même que chez le fœtus il existe très-probablement une anémie de cause placentaire, lorsque le placenta a subi en partie la dégénérescence graisseuse et fibrineuse. Si donc nous acceptons une anémie pulmonaire, une anémie splénique, hépatique, pourquoi n'accepterions-nous pas une *anémie lymphatique*? Il suffit, pour s'en convaincre, de se rappeler la fonction du système lymphatique. Les réseaux de ce système puisent dans la profondeur de nos organes et dans la membrane muqueuse intestinale les éléments nécessaires à l'entretien du liquide sanguin. La lymphe et le chyle subissent une modification dans le parenchyme ganglionnaire, puis tout le liquide lymphatique, quelle que soit son origine, se déverse dans le système veineux, et, comme le sang sus-hépatique, splénique et intestinal, il va subir dans le

poumon une modification telle qu'il devient du sang propre à nourrir tous nos organes. Je ne saurais vous dire, messieurs, quelle est l'action spéciale de l'hypertrophie ganglionnaire généralisée sur la composition du sang; j'ignore si elle diminue notablement les leucocytes, mais je puis affirmer qu'elle ne les augmente pas. Le microscope et l'analyse chimique ne nous ont point appris comment le sang est modifié dans l'adénie, mais cette modification nous est démontrée par les symptômes; et il ne saurait en être autrement, lorsque presque tous les ganglions du corps ont acquis un développement si considérable. D'ailleurs, cette modification du sang nous est démontrée par l'anémie et la cachexie à laquelle succombent les malades, lorsqu'ils ne meurent pas asphyxiés par la compression des bronches ou de la trachée. J'accepte donc avec MM. Pavy et Wilks qu'il existe une anémie lymphatique au même titre qu'une anémie hépatique, splénique; et peut-être que la leucémie dont je vous ai antérieurement entretenu, n'est qu'une variété d'anémie dans laquelle il existe une proportion excessive de leucocytes ou de globulins. Nous savons, en effet, que la présence des leucocytes est compatible dans une certaine mesure avec la santé et se rencontre dans un grand nombre d'états morbides sans paraître en augmenter la gravité; nous savons, d'autre part, que les lésions organiques, considérées par Virchow et Bennett comme les éléments producteurs de la leucémie, peuvent manquer; nous savons enfin que les états organiques par excellence de la lésion, à savoir l'hypertrophie lymphatique et splénique, peuvent exister, et existent le plus souvent, sans leucémie. De sorte que les seuls symptômes qui accusent la gravité de la maladie dite leucémie, sont l'anémie et la cachexie, conséquence ultime de toute anémie profonde et durable.

La clinique nous a appris que la maladie était caractérisée par l'augmentation du volume des ganglions; l'examen nécroscopique vient démontrer en effet que les tumeurs ont bien pour siège les ganglions lymphatiques et que les tissus ambiants ne présentent aucun vestige de travail inflammatoire. Une dissection attentive permet d'isoler chacun des ganglions dont la réunion constitue les masses ganglionnaires. Ces tumeurs, à forme mamelonnée, de consistance élastique, ont acquis quelquefois un poids énorme; dans l'observation du docteur Bonfils, l'une des tumeurs de l'aîne pesait 2250 grammes, les tumeurs des régions axillaires pesaient seulement 1000 et 500 grammes. Les ganglions cervicaux superficiels et profonds, les ganglions occipitaux et toute la chaîne ganglionnaire circum-maxillaire hypertrophiée donnent à la figure l'aspect le plus singulier; leur volume peut varier depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'un œuf de pigeon, d'un œuf de poule. Les ganglions profonds, c'est-à-dire ceux de la poitrine et de la cavité abdominale, peuvent acquérir une hypertrophie considérable. Dans la poitrine, les tumeurs sont rarement plus grosses qu'un œuf de pigeon, mais leur disposition autour de la trachée et des bronches peut déterminer la compression de ces organes. Dans aucune autopsie on n'a constaté que les masses ganglionnaires eussent comprimé et dé-

formé les gros vaisseaux qui sont voisins du cœur. Les masses ganglionnaires intra-abdominales étaient constituées par les ganglions pelviens, lombaires, aortiques, et les ganglions mésentériques, mésocolique, gastro-hépatique, gastro-splénique, gastrique, pancréatique. Les premiers, qui appartiennent au système lymphatique général, réunis ensemble, pesaient 3620 grammes dans l'observation du docteur Bonfils, et quelques ganglions abdominaux, dans l'observation de M. Leudet, avaient la grosseur d'un œuf de dinde. Quant aux ganglions du système chylifère, ils constituent ordinairement des tumeurs moins volumineuses; cependant M. Bonfils a noté que quelques-uns avaient la grosseur d'un œuf de pigeon. Ajoutons que les masses ganglionnaires des régions axillaires et sous-maxillaires se continuent quelquefois avec les masses intrathoraciques, par l'intermédiaire de chapelets de ganglions hypertrophiés. Même remarque doit être faite pour les ganglions inguinaux et pelviens. Le système chylifère est ordinairement moins affecté, avons-nous dit, que le système lymphatique général; toutefois l'hypertrophie glandulaire peut aussi avoir pour siège les glandes de Peyer, comme cela a été constaté dans l'observation de M. Potain (1). « A partir de la moitié à peu près de l'intestin grêle et jusqu'à la valvule iléo-cæcale, on voyait un grand nombre de follicules isolés, légèrement saillants et blancs; les plaques de Peyer, au nombre d'une vingtaine, étaient très-apparences, légèrement saillantes, un peu granuleuses à leur surface, souples, sans induration notable et d'un blanc mat. » Il convient encore de noter que dans ce cas quelques-uns des ganglions mésentériques avaient le volume d'un gros œuf de poule.

Si j'ai insisté si longuement sur ces détails anatomiques, c'est pour vous montrer qu'aucun ganglion n'échappait à cette hypertrophie et qu'elle pouvait être considérable.

Tous les observateurs sont unanimes pour admettre que l'enveloppe et le stroma du ganglion n'ont subi aucune modification. A la coupe, le parenchyme présente une coloration grisâtre dans les plus petits ganglions, une coloration gris jaunâtre dans les ganglions moyens, et une coloration jaunâtre dans les plus volumineux; ces derniers seulement présentaient dans leur intérieur des taches ecchymotiques, et le raclage de leur coupe fournissait un suc trouble, blanchâtre et miscible à l'eau. On pourrait donc croire que ces derniers renferment un suc analogue au suc cancéreux, avec ses vastes cellules ou ses éléments nucléolaires; mais il n'en est rien, et MM. Ch. Robin, Leudet et Potain ont tous constaté que ces ganglions ne renfermaient point les éléments dits cancéreux, mais seulement des noyaux et cellules lymphatiques tassés les uns contre les autres; c'est-à-dire que dans l'adénie les ganglions ont augmenté de volume, mais que la partie conjonctive du ganglion a conservé sa disposition normale; seulement il existe une multiplication, une hypergenèse des cellules et des noyaux lymphatiques, lesquels sont néanmoins

(1) Potain, *Bulletins de la Société anatomique*, 1861, p. 220.