

seulement les périodes eczémateuse et lichénoïde font défaut, mais encore les lésions sont plus circonscrites et plus fixes que dans le mycosis vulgaire. L'affection se résume dans l'apparition de quelques tumeurs bien limitées, à l'évolution desquelles se rattachent rapidement des modifications importantes de l'état général dont l'issue est la mort.

La LYMPHADÉNIE TESTICULAIRE frappe les deux glandes simultanément ou successivement. Celles-ci forment des masses ovoïdes, régulières, d'une consistance élastique, dont le volume ne devient pas très considérable. Les épидидymes sont respectés ou ne sont envahies que secondairement.

Bientôt se montrent des productions à distance, notamment dans les ganglions, dans les viscères, dans le tissu cellulaire sous-cutané. L'état général peut être encore satisfaisant au moment de l'apparition de ces néoformations secondaires, mais il ne tarde pas à fléchir, et, au bout de quelques mois, en général, les malades succombent dans la cachexie.

#### LYMPHADÉNIE LEUCÉMIQUE

##### *Lymphadénie leucémique chronique* (*Leucémie chronique*)

Nous savons qu'aucun cas de *lymphadénie testiculaire leucémique chronique* n'existe jusqu'à ce jour et que les *lymphadénies amygdalienne, intestinale et cutanée leucémiques* ne sont représentées que par quelques exemples.

Je me bornerai ici à résumer, en quelques mots, les observations de Béhier et de Kaposi qui peuvent être regardées comme des types, l'une de LYMPHADÉNIE INTESTINALE, l'autre de LYMPHADÉNIE CUTANÉE LEUCÉMIQUE.

L'observation de Béhier a trait à un homme de 25 ans chez qui les premiers symptômes morbides se manifestèrent en avril 1868. Le malade pâlit, maigrit, s'affaiblit, perdit l'appétit et s'éteignit en juillet de la même année. L'affection parcourt ainsi son cycle total en quatre mois, revêtant une marche plutôt subaiguë que chronique. A plusieurs reprises on avait constaté pendant l'évolution des accidents que le nombre des leucocytes était aussi considérable que celui des hématies et qu'ils appartenaient à la variété lymphatique. La rate et les ganglions n'étaient pas accrus et du côté de l'abdomen on n'avait noté qu'un léger ballonnement. L'autopsie permit de reconnaître que la leucocytémie et que les troubles mortels se rattachaient à une lymphadénie intestinale de la variété folliculo-hypertrophique.

Dans l'observation de Kaposi les premiers phénomènes consistèrent dans l'apparition d'un eczéma humide, très prurigineux, irrégulièrement localisé, privé de desquamation, puis en un épaissement pâteux des parties atteintes et enfin dans le développement de tumeurs cutanées et sous-cutanées entre lesquelles un certain nombre s'ulcérèrent. Les manifestations tégumentaires étaient dans l'ensemble peu différentes de celles du mycosis fongoïde. Puis, survinrent l'hypertrophie des ganglions et de la rate, la leucémie, des désordres graves de la santé générale et la mort.

Les véritables *lymphadénies leucémiques chroniques* sont les *osseuse, splénique et ganglionnaire*.

Encore convient-il de faire les plus grandes réserves au sujet de la fréquence de la LYMPHADÉNIE OSSEUSE primitive. Les symptômes par lesquels elle se manifeste consistent essentiellement, tout d'abord, dans la perte des forces et la décoloration progressive de la peau et des muqueuses. On peut être ainsi conduit à pratiquer l'examen du sang, qui révèle l'existence d'une leucémie, remarquable par un syndrome hématologique, que j'ai longuement décrit plus haut, d'après les travaux d'Ehrlich. L'altération des os se traduirait par des douleurs inconstantes occupant la diaphyse des os longs, mais plus particulièrement le sternum et les pièces de la colonne vertébrale; elle pourrait également se manifester par une mollesse et une souplesse anormale de certains points du squelette.

Ce n'est qu'exceptionnellement que la lymphadénie osseuse leucémique reste pure jusqu'à la mort.

Bientôt la rate, puis les ganglions entrent en scène et se réalise le tableau de la lymphadénie leucémique *mixte*.

Les phénomènes douloureux et les signes physiques qui pourraient dénoter la participation de la moelle osseuse au processus lymphadénique ne sont qu'exceptionnellement recherchés, non seulement au début de la maladie, mais encore pendant son décours, et d'ailleurs ils sont d'une constatation délicate et très inconstants. L'examen du sang lui-même est rarement pratiqué dans les premiers temps de l'affection et, d'une façon générale, toute théorie mise à part sur le siège initial des productions lymphadéniques, les choses se passent en clinique de la façon suivante.

Les malades sentent leurs forces diminuer et parfois leur embonpoint et leur appétit décroître; leurs téguments pâlisent; ils éprouvent assez souvent une pesanteur dans l'hypocondre gauche et le médecin reconnaît la réalité d'une hypertrophie splénique plus ou moins notable. En présence des troubles généraux de la santé et de l'augmentation du volume de la rate, l'examen du sang s'impose. La leucémie est constatée. Le diagnostic de LYMPHADÉNIE SPLÉNIQUE LEUCÉMIQUE est alors porté. Parfois la leucémie est reconnue avant que la splénomégalie ne soit appréciable; sa constatation ultérieure complète alors le diagnostic.

Dans d'autres cas, au contraire, existent pendant un certain temps des troubles de la santé générale et l'hypertrophie de la rate, en l'absence de toute leucémie; puis celle-ci apparaît, qu'il s'agisse d'une lymphadénie splénique commune (Mosler), ou de la variété des nourrissons (Jaksch).

La lymphadénie splénique leucémique peut demeurer pure jusqu'au bout, la rate devenant énorme et subissant parfois des variations de volume en plus et en moins. Dans la majorité des cas, les ganglions s'hypertrophient, à leur tour, et les malades succombent aux lésions d'une lymphadénie leucémique mixte.

La LYMPHADÉNIE GANGLIONNAIRE LEUCÉMIQUE est notablement plus rare que la forme précédente. Tantôt ce sont les troubles généraux de la santé qui attirent principalement l'attention et tantôt ce sont les tumeurs ganglionnaires qui invitent à l'examen du sang. Il est nécessaire de savoir, d'ailleurs, que si, dans certains cas, les hypertrophies ganglionnaires s'accompagnent de leucémie dès leur apparition, dans d'autres, la maladie traverse deux phases, l'une aleucémique, l'autre leucémique, cette dernière parfois pour ainsi dire terminale.

Ce n'est encore que par exception que la lymphadénie ganglionnaire leucé-



mique conserve jusqu'au bout son cachet de pureté, se caractérisant par des hypertrophies ganglionnaires partielles ou presque toujours généralisées, susceptibles de notables fluctuations, par de la leucémie à lymphocytes et par des modifications progressives de la santé générale. Presque toujours la rate se développe quelque jour, si bien que le tableau des lymphadénies leucémiques, quelque différents que soient leurs caractères initiaux, tend le plus souvent à s'uniformiser.

La lymphadénie leucémique parvenue à l'apogée de son développement, quel qu'ait été son mode de début, se traduit par un grand nombre de phénomènes morbides.

D'une part, existent des signes physiques et des troubles fonctionnels dépendant des modifications des ganglions, de la rate et de la moelle des os. Les signes physiques et les troubles fonctionnels dépendant des altérations ganglionnaires sont identiques à ceux que peut engendrer la lymphadénie ganglionnaire simple; les signes physiques et les troubles fonctionnels liés aux lésions de la rate sont, de même, identiques à ceux que peut occasionner la lymphadénie liénale aleucémique; quant à ceux qui découlent des modifications de la moelle osseuse, nous y avons trop insisté, eu égard à leur importance clinique.

En second lieu, l'examen du sang révèle l'existence de changements considérables apportés dans la composition de ce liquide. Je leur ai consacré d'assez longs développements pour pouvoir n'en dire ici que quelques mots. Le sang est modifié dans ses états physique, chimique et histologique. Aux éléments figurés normaux s'ajoutent des éléments anormaux, parmi lesquels les hématies nucléées doivent être citées en première ligne. Les éléments figurés normaux subissent eux-mêmes une atteinte marquée et entre eux les leucocytes se présentent comme étant le siège des lésions les plus remarquables. Leur nombre n'est pas seulement accru, mais encore ils subissent des modifications chimiques et biologiques. Nous avons longuement insisté plus haut sur les formules hématologiques des leucémies lymphatique et médullaire. Il est juste d'ajouter que cette distinction apportée entre les leucémies, dans leur rapport avec les diverses lymphadénies, n'est pas universellement admise et que, notamment, Biondi considère les variétés des leucocytes du sang comme marquant les diverses étapes de la vie d'un seul et même élément.

En dernier lieu, dans les lymphadénies leucémiques existent des modifications physiques des organes et des troubles fonctionnels qui, pour la plupart, sont en rapport avec l'état du sang et la possibilité de néoformations lymphoïdes en dehors des ganglions, de la rate et de la moelle osseuse.

La peau est d'une pâleur extrême ou d'une teinte blanc sale; les muqueuses sont décolorées. Les forces diminuent rapidement et les malades deviennent incapables du moindre effort. Ils sont sujets aux vertiges, aux éblouissements, aux bourdonnements d'oreilles, aux essoufflements faciles, aux palpitations et aux lipothymies. Ils se plaignent de douleurs diverses et, avec une assez grande fréquence, de céphalalgie. L'auscultation du cœur révèle, souvent, l'existence d'un souffle systolique, occupant ordinairement la partie interne du deuxième espace intercostal gauche; les veines du cou sont, de même, fréquemment, le siège de bruits continus. Le pouls est rapide et mou. Dans un grand nombre de cas la température s'élève, particulièrement le soir, d'une façon notable. Les

membres inférieurs sont, d'abord, le siège d'œdèmes légers et fugaces, puis plus marqués et permanents.

Les hémorragies sont notablement plus communes que dans les lymphadénies simples: le purpura, l'épistaxis, l'hémoptysie, l'hématémèse et le mæna, l'hématurie et la métrorragie ont été observés; ces hémorragies sont souvent abondantes et peuvent se terminer par la mort. Parfois l'épanchement sanguin a lieu dans la profondeur des tissus, dans la boîte crânienne et l'on assiste à l'évolution symptomatique d'une hémorragie cérébrale ou méningée, souvent mortelle. La moindre piqûre d'ailleurs est suivie d'un écoulement de sang abondant, si bien que toute intervention chirurgicale devient fort dangereuse. L'extraction d'une dent et l'application de sangsues ont entraîné la mort de plusieurs malades par hémorragie.

Les troubles de la vue sont rares, si l'on excepte ceux qui, comme les éblouissements, découlent de l'anémie. Cependant, on a noté la déformation en zigzag des images rectilignes (métamorphopsie), l'état lacuneux et le rétrécissement du champ visuel, exceptionnellement même la cécité. Mais l'examen ophtalmoscopique montre, d'une façon constante, des altérations du fond de l'œil (rétinite leucémique de Liebreich). Celles-ci sont caractéristiques, si bien que l'affection à laquelle elles se rattachent, ignorée jusque-là, peut être reconnue et diagnostiquée par l'ophtalmologiste. La rétine présente une teinte jaune pâle spéciale; les veines rétinienne sont tortueuses, dilatées, d'une teinte violet pâle; les artères sont rétrécies et d'une coloration jaune pâle. Le long des vaisseaux, notamment des veines, se montrent des traînées blanchâtres formées par les leucocytes accumulés dans les gaines périvasculaires. Les hémorragies rétinienne se traduisent par la présence de macules jaunâtres, proéminentes, entourées d'une auréole rose; on les rencontre surtout à la périphérie de la rétine, ou bien dans les environs de la tache jaune. La papille forme une saillie considérable. Le corps vitré peut être le siège d'hémorragies. Il en est de même de la choroïde et de l'iris qui, en outre, contiennent parfois des néoplasies lymphoïdes. Exceptionnellement les paupières, les glandes lacrymales, l'orbite recèlent de semblables productions, dont le développement peut avoir pour conséquence l'exophtalmie.

Les troubles de l'ouïe, qui ne dépendent pas de l'anémie, sont encore plus rares que ceux de la vue. Toutefois, on a cité quelques cas de surdité progressive ou brusque, incomplète ou absolue, quelquefois accompagnés de bourdonnements, à timbre métallique, attribuable tantôt à une hémorragie, tantôt au développement de tissu lymphoïde dans l'organe de l'audition.

En général la lymphadénie leucémique amène des modifications considérables dans le caractère (Blau) (1): les malades deviennent moroses, tristes, parfois lypémaniques; le sommeil se perd et vers la fin apparaît quelquefois du délire.

L'appétit est normal ou exagéré au début; plus tard il baisse sensiblement; la soif est accrue; les éructations, les vomissements, la diarrhée ou la constipation sont loin d'être rares. Les amygdales sont, dans certains cas, tuméfiées ainsi que les parotides et les sous-maxillaires; lorsqu'à cette tuméfaction se joignent la stomatite et la pharyngite leucémiques l'alimentation peut devenir très difficile. D'une façon presque constante, le foie est augmenté de volume, l'ascite n'est point rare, mais l'ictère exceptionnel.

(1) BLAU, Erkrankungen des Gehörorgans bei Leukaemie, Zeitschr. f. Klin. medic., Bd. X. S. 45.



L'urine est excrétée en quantité normale au début et en faible quantité à la fin de la maladie. Sa couleur est pâle et sa densité oscille entre 1020 et 1027. Sa réaction est fortement acide. L'urée y est diminuée et l'acide urique y est presque toujours accru d'une façon remarquable. Alors qu'à l'état physiologique l'urine des 24 heures contient 50 centigrammes d'acide urique, dans la lymphadénie leucémique son taux peut s'élever jusqu'à 5 gr. 40 comme dans un cas de Laache. L'acide sulfurique et l'acide phosphorique y augmentent. Les bases alloxuriques, l'hypoxanthine y ont été rencontrées (Mosler.) Quelquefois on y trouve de l'albumine.

L'étude des échanges nutritifs des leucémiques est encore fort incomplète, les malades assimilent bien les aliments quand ils n'ont pas de troubles intestinaux, sinon, on trouve une désassimilation insuffisante de l'azote et du phosphore. L'absorption de l'oxygène et l'exhalation de l'acide carbonique restent normales, pour Voit et Pottenkoffer.

Les fonctions génésiques et les règles se suspendent. Les épидидymes renferment quelquefois des nodosités lymphadéniques ainsi que la peau (Biesiadcki). Des néoplasies lymphomateuses peuvent se localiser dans les corps caverneux à une période rapprochée du début de la leucémie (Kast)<sup>(1)</sup> ou à une période plus avancée. Elles se traduisent par un priapisme pénible, qui peut disparaître. Le satyriasis s'observe plus fréquemment dans les formes aiguës (Guttman)<sup>(2)</sup> que dans les formes chroniques<sup>(3)</sup>.

La marche de la lymphadénie leucémique est chronique et sa durée comprise entre 1 et 2 ans. Elle pourrait se prolonger 4, 6 et même 8 ans. En face de ces durées exceptionnellement longues, se rangent des cas dans lesquels la durée a été exceptionnellement courte (Senator, Küssner, Ebstein, Westphal, Stinzing, etc.). Il n'existerait pas d'ailleurs seulement une lymphadénie leucémique à forme aiguë dont l'évolution serait comprise en quelques semaines; il y aurait lieu de décrire une forme suraiguë dont la durée ne dépasserait pas quelques jours. C'est ainsi que, dans un cas relaté par Senator, le jour de la mort le nombre des leucocytes était à celui des hématies comme un à deux, alors que 9 jours auparavant le chiffre des leucocytes était normal.

Ces faits, dont la relation avec ceux de leucémie chronique est indéterminée, méritent plus qu'une simple mention, mais une description détaillée et spéciale que l'on trouvera ci-dessous.

La terminaison est toujours fatale. Tantôt la mort a lieu lentement et doucement dans la cachexie, tantôt elle est le résultat de l'asphyxie liée aux adénopathies médiastines; tantôt elle est la conséquence d'hémorragies répétées et abondantes ou d'un raptus intra-crânien; tantôt enfin elle est amenée par une infection intercurrente, par un érysipèle ou une pneumonie, par exemple.

#### Lymphadénie leucémique aiguë (Leucémie aiguë)

L'aspect clinique de la leucémie aiguë est tel que le diagnostic, facile pour qui est prévenu, n'est pas posé le plus souvent. En effet, elle diffère de la

(1) KAST, *Zeitschr. f. Klin. med.*, t. XXVIII, p. 2. Priapisme et paralysie bulbaire leucémique.  
(2) GUTTMANN, *Berl. Klin. Woch.*, 1891, n° 46. S. 4110.  
(3) VON MORACZEROSKI, Echanges nutritifs dans la leucémie et la pseudo-leucémie. *Med. f. pat. Anat. de physiol.*, t. CLI, p. 1.

leucémie chronique, par une invasion soudaine, une évolution rapide, un groupement spécial des symptômes, encore que ce soient les mêmes qui s'observent dans les deux affections, enfin par une formule hématologique particulière.

Le début est ordinairement marqué par des frissons, un point de côté, de la céphalée, de la fièvre. D'autres fois, ce sont des hémorragies profuses et des troubles dus à une anémie intense et rapidement croissante. Ce qui rend le diagnostic difficile, c'est l'effacement des signes physiques habituels de la leucémie. En effet, le système ganglionnaire est pris dans son ensemble, mais les ganglions sont très peu tuméfiés, sauf les cervicaux. La rate est toujours augmentée de volume, mais son hypertrophie est peu considérable; elle ne déborde guère de plus de deux travers de doigts le rebord costal. Le tissu lymphoïde des amygdales et de l'intestin, le thymus sont moins constamment lésés. Les amygdales, lorsqu'elles sont tuméfiées, se recouvrent souvent d'exsudats pultacés ou diphthéroïdes.

Les lymphomes métastatiques sont encore plus fréquents que dans la leucémie chronique. Aucun organe n'est à l'abri de ces infiltrations: ce sont eux qui donnent naissance à de nombreux symptômes. La gingivite leucémique est pour ainsi dire de règle et s'accompagne d'hémorragies.

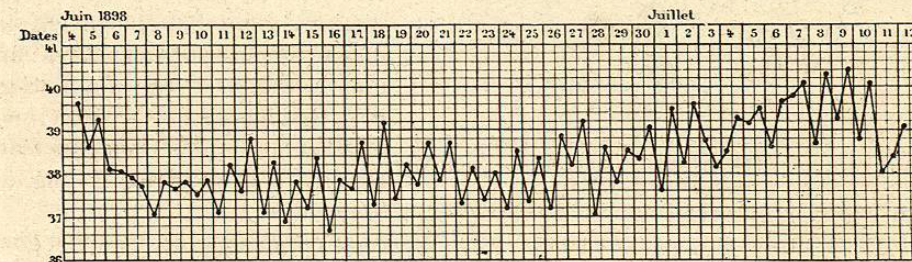


Fig. 25. — Courbe thermique dans un cas de leucémie aiguë.

La température est généralement élevée, sans que la fièvre affecte de type fixe (fig. 25).

Les urines contiennent, outre de l'albumine, une quantité extraordinaire d'acide urique. Dans un cas, Frankel en a trouvé 8 gr. 72 par 24 heures; en moyenne, il y en a de 2 à 8 grammes. Il semble que cette richesse en acide urique soit due, comme dans la leucémie chronique, à la destruction des leucocytes et à la mise en liberté de la nucléine globulaire. Frankel a relaté un fait à l'appui de cette hypothèse: dans un cas où survint une brusque leucolyse (le chiffre des leucocytes tomba de 84000 à 15000), l'acide urique monta dans l'urine de 1 gr. 14 à 2 gr. 41.

Les hémorragies s'observent dans tout le cours de l'affection; elles peuvent en marquer le début ou en hâter la fin. Elles prennent naissance dans tous les viscères, mais les plus habituelles sont la stomatorragie, l'épistaxis, le purpura. Aussi est-ce surtout avec les purpuras infectieux, que l'on confond le plus souvent la maladie.

D'après la prédominance des symptômes, on peut décrire trois formes dans la leucémie aiguë: une forme typique, se rapprochant des allures de la leucémie ordinaire et d'un diagnostic facile, une forme hémorragique, et enfin une forme