

sont uniquement constituées par du tissu adipeux sans aucune trace de ganglions. Les masses dures perçues à la palpation et à l'examen macroscopique étaient donc formées non pas par des ganglions, mais par du tissu adipeux normal très condensé renfermant une grande quantité de tissu fibreux. »

M. Desmons, dans le cas de lipomatose qu'il a opérée, nous dit ceci : « Les fragments de la tumeur enlevée étaient macroscopiquement et histologiquement du lipome pur. Je n'ai vu, ni touché, et encore moins enlevé aucun ganglion ni aucun fragment de tissu d'apparence ganglionnaire. »

Ce n'est pas avec pareils documents, qu'il est possible d'affirmer l'origine ganglionnaire de l'adéno-lipomatose diffuse symétrique. Et, cependant, je pense avec MM. Lanois et Bensaude que c'est encore l'hypothèse la plus probable. Si on veut bien se rappeler le rôle des ganglions lymphatiques, et, plus généralement, du tissu lymphoïde dans l'évolution de la graisse¹, si l'on veut bien admettre que c'est dans les régions où abonde le tissu ganglionnaire que se développent les productions lipomateuses diffuses symétriques, on sera assez disposé à voir dans ce tissu ganglionnaire le *primum movens* de l'affection que nous venons d'étudier. Voilà pourquoi, jusqu'à preuve du contraire, la dénomination d'adéno-lipomatose me paraît devoir être conservée.

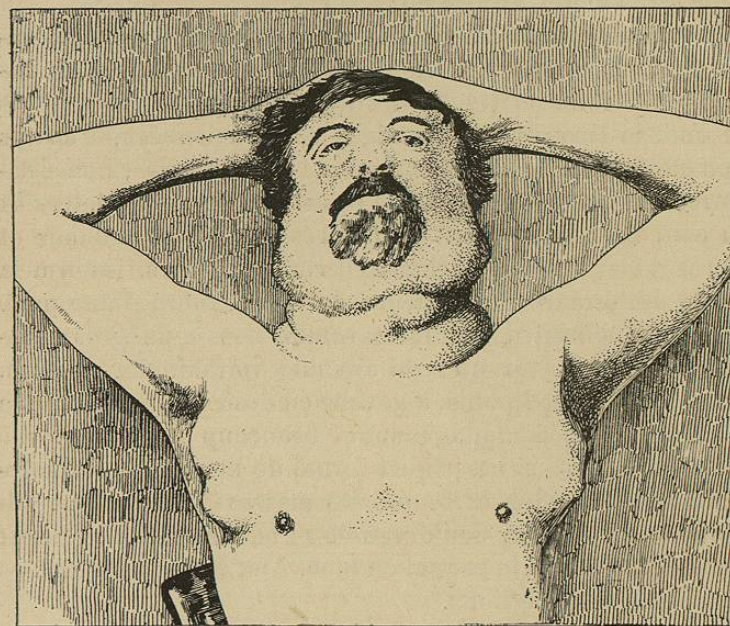
Seulement, à supposer même que cette théorie fut vraie, le fait, dans sa genèse, n'en resterait pas moins inexplicé. Pourquoi le tissu ganglionnaire se prêterait-il ainsi à pareilles productions de masses graisseuses? La question est posée mais pas résolue.

MESSIEURS,

Par une coïncidence dont nous allons profiter, et au moment où nous nous occupons de l'adéno-lipomatose, nous

1. Poulain. Étude de la graisse dans le ganglion lymphatique normal et pathologique. *Thèse de Paris*, 1902.

avons reçu, salle Saint-Christophe, un homme d'une cinquantaine d'années qui rappelle si bien, à première vue, le tableau de l'adéno-lipomatose, que plusieurs personnes se sont demandé s'il n'était pas atteint de cette affection. Et, en effet, à ne s'en tenir qu'à la morphologie, la similitude est complète. Voici le malade et vous pouvez juger; voici également sa photographie et elle donne tout d'abord l'apparence de lésions comparables aux lésions adéno-lipomateuses reproduites sur deux des photographies que je vous ai montrées à la précédente leçon.



De part et d'autre, des masses volumineuses et symétriques forment à la région cervicale comme une collerette et comme un collier évasé transversalement, d'où émerge la tête dite « tête en poire ». De part et d'autre, la région mentonnière s'étale à la façon du double et triple menton des gens obèses, et des tumeurs émergent sur les parties laté-

rales de la face et à la nuque. De part et d'autre, existe au dessous de la nuque une grosse tumeur au niveau de la septième vertèbre. Enfin, de part et d'autre, font saillie, sous les aisselles, les bras étant levés, des masses volumineuses, symétriques, ressemblant à des mamelles.

Voilà donc un homme qui morphologiquement, à première vue, rappelle l'aspect d'un homme atteint d'adéno-lipomatose symétrique. Dans les deux cas, des masses volumineuses se sont développées dans des régions identiques, et cependant il s'agit de deux affections bien différentes qui ne comportent ni le même diagnostic ni le même pronostic; l'une est bénigne, l'autre ne l'est pas.

Reprenons en détail l'examen de notre malade. Les tumeurs de la région cervicale sont moins molles, plus indurées, plus circonscrites que les masses lipomateuses diffuses de l'adéno-lipomatose; certaines sont fusionnées, d'autres sont nettement lobulées; elles sont peu mobiles, non douloureuses, non adhérentes à la peau. Sur les parties latérales du cou, les masses sont moins résistantes au toucher et donnent un peu la sensation de certains lipomes. Enfin à la partie postérieure et inférieure du cou existent d'une part, quelques nodosités indurées, semblables à de gros ganglions, d'autre part un vrai lipome, volumineux et étalé. Au-dessous de ce lipome, à gauche en descendant, on trouve deux autres lipomes plus mous et beaucoup plus petits.

Aux aisselles est un paquet formé de masses incomplètement lobulées, plus dures que des masses lipomateuses. Ces tumeurs ne sont ni douloureuses ni adhérentes à la peau; on peut mobiliser le paquet en bloc. Aux régions inguinales sont quelques ganglions.

Au dire du malade, c'est la tumeur lipomateuse de la nuque qui est apparue la première il y a cinq ans. Les tumeurs du cou sont de date beaucoup plus récente. Il y a dix-huit mois qu'une petite grosseur est survenue sous l'angle de la mâchoire à droite; bientôt après d'autres « petites grosseurs » se sont étagées le long de la branche montante du maxillaire inférieur; ça poussait « comme une grappe de raisin ». En trois mois ces tumeurs s'étaient réunies en

masses volumineuses et indurées. Deux mois après le côté droit, le côté gauche se prenait à son tour, de même manière. Les mois suivants les régions antérieures et postérieures du cou étaient progressivement envahies.

Vers la même époque des grosseurs ont apparu symétriquement dans le creux de l'aisselle et elles ont augmenté rapidement de volume au point de former les masses que nous constatons aujourd'hui.

A part cela, la santé de cet homme est excellente; il a bon appétit et bonne mine, il a le teint coloré, il n'a pas maigri, il n'est pas syphilitique, ses poumons sont sains, ses urines ne contiennent ni sucre ni albumine, la *rate* et le *foie* ont leur volume normal.

En résumé, nous trouvons chez notre malade, d'une part quelques lipomes et d'autre part des masses ganglionnaires énormes. Mais il ne s'agit pas ici d'adéno-lipomatose symétrique diffuse, les quelques lipomes que nous avons constatés nous paraissent devoir être relégués au second plan, tandis que les masses ganglionnaires, sans adjonction de lipomatose ont pris des proportions considérables. Pour le moment laissons donc de côté les lipomes et recherchons la cause et la nature de ces tumeurs ganglionnaires. C'est une question de diagnostic et de pronostic.

L'affection dont notre homme est atteint est-elle de nature tuberculeuse, et à ce sujet, que nous ont appris les travaux récents? Ils nous ont appris qu'au nombre des formes multiples et banales que peut revêtir la tuberculose ganglionnaire, il en est deux qui méritent une place à part: l'une, c'est l'adéno-lipomatose tuberculeuse; l'autre, c'est le tuberculome ganglionnaire pseudo-lymphadénique. Etudions ces deux formes:

L'adéno-lipomatose tuberculeuse est caractérisée par des ganglions tuberculeux, qui sont l'élément prépondérant, et par une adjonction de tissu graisseux qui est l'élément surajouté. Il y a des périadénites lipomateuses, comme il y a des pérityphlites lipomateuses et des périnéphrites lipomateuses. En voici quelques exemples:

M. Jaboulay¹ a présenté à la Société de médecine de Lyon un malade de trente-sept ans, atteint d'adéno-lipomatose tuberculeuse. Il était porteur d'une série de lipomes disséminés, les uns symétriques, les autres médians; les plus gros qui occupaient la région sus-hyoïdienne latérale ont été enlevés il y a trois semaines. Au milieu du tissu graisseux, étaient des ganglions lymphatiques qui, examinés au microscope, ont été reconnus tuberculeux, avec une éclosion récente comme granulique. Il faut dire qu'à l'âge de douze ans, ce malade avait été atteint d'adénites suppurées sous-maxillaires qui ont laissé des traces caractéristiques. D'autres lipomes siègent à la région occipitale, en face de la septième vertèbre, dans les lombes, aux bras et sur la ligne médiane de l'abdomen. On trouve aux aines deux grosses masses formées à la fois de ganglions et de graisse.

Les urines sont normales. L'analyse du sang a dénoté la présence par millimètre cube de 12.000 globules blancs dont 35 p. 100 de mononucléaires. Ce qu'il y a de curieux dans ce cas, ajoute M. Jaboulay, c'est que la tuberculose paraît avoir été l'agent premier de tout ce mouvement, en frappant d'abord les ganglions qui ont fait apparaître de la graisse, puis l'altération du sang.

La tuberculose ganglionnaire peut également revêtir l'aspect du lymphadénome, au point, dit M. Sabrazès, que le diagnostic ne peut être fait que par l'examen histologique et par l'inoculation aux animaux. C'est cette forme qui est décrite sous le nom de lymphome tuberculeux par les auteurs allemands, sous le nom de lymphadénie d'origine tuberculeuse par M. Sabrazès², sous le nom de tuberculose hypertrophique méconnue des ganglions lymphatiques par M. Duclion³, sous le nom de tuberculose ganglionnaire pseudo-lymphadénique par MM. Berger et Bezançon⁴, nommons-le *tuberculome ganglionnaire pseudo-lymphadénique*. Tantôt

1. *Lyon-médical*, 30 mars 1902, p. 500.

2. Sabrazès. *Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, 1892, p. 53.

3. Duclion. *Thèse de Bordeaux*, 1896.

4. *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 23 juillet 1899.

les tumeurs ganglionnaires tuberculeuses se cantonnent à la région cervicale, tantôt elles apparaissent successivement en d'autres régions, notamment aux aisselles.

Dans cette variété de tuberculose ganglionnaire, les ganglions hypertrophiés sont indolores, indurés, mobiles, non adhérents aux tissus profonds; ils prennent à la longue le volume d'une noix, d'une petite orange, ils se réunissent par groupes, ils ne suppurent pas, ils ne déterminent des accidents de compression ni sur les vaisseaux ni sur les conduits aériens. Ces tuberculomes ganglionnaires ont une évolution très lente qui dure des années, ils diffèrent des adénopathies tuberculeuses vulgaires, en ce qu'ils ne se caséifient pas, ils ne se ramollissent pas, ils n'infiltrent pas les tissus du voisinage, ils ne suppurent pas, il ne provoquent à la peau ni ulcérations ni fistules.

Dans cette forme d'adénopathie tuberculeuse l'examen du sang décèle parfois un accroissement du chiffre des globules blancs mais cette leucocytose porte sur les polynucléaires et n'atteint pas les lymphocytes.

On a eu souvent l'occasion de pratiquer l'ablation de ces tuberculomes ganglionnaires ce qui a permis de bien étudier leur structure. Anatomiquement ils ont l'apparence de très gros ganglions bien encapsulés. A la coupe, la section est grisâtre, sans trop de ramollissement ou d'induration, elle ne présente ni caséification, ni granulations tuberculeuses. A l'examen histologique on trouve des nodules ayant les caractères du follicule tuberculeux, mais les bacilles s'y rencontrent rarement. « Il semble que dans ces formes il n'y ait plus qu'un petit nombre de bacilles tuberculeux vivants, et encore ceux-ci sont-ils de faible virulence » (Berger et Bezançon). L'inoculation aux cobayes est un moyen précieux de diagnostic; dans six cas de tuberculose ganglionnaire simulant le lymphadénome MM. Sabrazès et Duclion ont fait le diagnostic par l'inoculation aux cobayes. Toutefois, ce moyen peut n'être pas absolument probant, car des ganglions lymphadéniques peuvent être infectés par le bacille de Koch, aussi l'examen histologique du ganglion est-il aussi nécessaire que l'inoculation

au cobaye quand il s'agit de distinguer le lymphadénome du tuberculome ganglionnaire.

Revenons à notre malade. Bien que notre opinion fût que cet homme était atteint de lymphadénomes, rien jusqu'ici ne nous autorisait à l'affirmer. Il pouvait être atteint de l'une des formes d'adénopathies tuberculeuses dont je viens de vous parler, il pouvait être atteint de ces hypertrophies ganglionnaires si bien étudiées par mon maître Trousseau sous le nom d'adénie, il pouvait être atteint de lymphadénie lymphatique, aleucémique, etc.

Afin d'éclairer le diagnostic, il fallait recourir au séro-diagnostic, à l'examen histologique des tumeurs, à l'inoculation d'un fragment de tumeur et à l'analyse du sang.

Le séro-diagnostic de la tuberculose (Arloing et Courmont) nous a donné chez ce malade un résultat négatif; c'était donc déjà une forte présomption contre la tuberculose.

Avec le consentement du patient, je priai M. Marion de lui enlever son lipome du cou et plusieurs masses indurées d'apparence ganglionnaire, situées dans le voisinage. Le lipome était un lipome vrai, circonscrit, encapsulé, uniquement formé de tissu graisseux sans trace de ganglion lymphatique. Les tumeurs d'apparence ganglionnaire, au nombre de cinq, s'étaient développées dans le tissu cellulo-adipeux sous-cutané; quatre avaient la dimension de noisettes, une avait la dimension d'une petite noix. Ces tumeurs étaient distinctes les unes des autres et sans adjonction d'enveloppe lipomateuse. Elles étaient si friables qu'on a dû prendre des précautions pour les enlever sans les endommager.

L'examen histologique de ces tumeurs a été fait par un de nos chefs de laboratoire, M. Jolly. A la coupe, elles ont une coloration blanc rosé, il s'écoule de la surface de section un suc laiteux qui au microscope apparaît formé d'un plasma incolore tenant en suspension un nombre considérable de cellules lymphatiques appartenant toutes à la variété lymphocytes. Des fragments ont été fixés, débités et colorés. Voici le résultat de l'examen des coupes au microscope. A un faible grossissement la tumeur apparaît limitée par une capsule conjonctive infiltrée en certains points d'éléments arrondis

vivement colorés. Le tissu de la tumeur est à peu près homogène; on n'y distingue pas comme dans un ganglion lymphatique normal une zone centrale, médullaire, et une zone corticale; on n'y voit pas de follicules et de centres clairs. On y distingue simplement un tissu formé par des éléments arrondis, bien colorés et pressés les uns contre les autres. De place en place, on aperçoit la coupe d'un vaisseau.

A un plus fort grossissement on se rend compte que la tumeur est formée d'une charpente conjonctive de tissu réticulé qui apparaît surtout nettement sur les pièces traitées par l'alcool au tiers et qui est en relation avec de nombreux capillaires sanguins. C'est dans les mailles de cette charpente réticulée que sont contenus en grand nombre les éléments propres de la tumeur: petites cellules à protoplasma très peu abondant, à noyau arrondi, vivement coloré, remplissant presque toute la cellule. En quelques points on trouve des éléments à noyau moins colorable, à protoplasma plus abondant. Les premiers de ces éléments correspondent aux lymphocytes, les seconds aux grands mononucléaires relativement très rares. Les lymphocytes sont distribués d'une façon à peu près homogène; en quelques endroits ils forment des amas plus serrés, mais sans donner la moindre apparence de follicules véritables. On ne trouve ni cellules géantes, ni cellules éosinophiles, ni mastzellen. La capsule conjonctive périphérique apparaît en certains points absolument infiltrée de lymphocytes. On ne trouve pas de grandes cellules renfermant du pigment ou des globules rouges. Enfin on voit des figures de karyokinèse relativement très nombreuses, mais en aucun point elles ne sont rassemblées sous forme de centres germinatifs ou centre de formations folliculaires; elles sont disséminées sans ordre apparent.

En résumé, ces tumeurs ont la structure des tumeurs lymphatiques, lymphomes ou lymphadénomes; on ne peut affirmer que ces néoformations proviennent de ganglions lymphatiques normaux hypertrophiés et modifiés, mais ce qu'on peut affirmer c'est que les tumeurs de notre homme sont des lymphadénomes purs; il n'est pas question de tuberculose. C'est également à cette conclusion qu'était

arrivé M. Dominici par l'examen de l'une des tumeurs du cou et par des inoculations aux cobayes qui étaient restées négatives.

L'analyse du sang fait par M. Jolly a donné les résultats suivants :

Nombre de globules rouges par millimètre carré.	4.610.000
Quantité d'hémoglobine pour 100 centimètres cubes de sang	13 gr. 5
Valeur globulaire	29
Nombre de globules blancs par millimètre cube	9.400

A ne s'en tenir qu'aux chiffres précédents, l'analyse en bloc paraît normale, ou peu s'en faut, il n'y a pas d'anémie, mais la numération des différentes variétés de globules blancs démontre que nous sommes en face d'un cas de lymphocytémie :

Pour 100 leucocytes.	{	Lymphocytes	66
		Grands mononucléaires	1,5
		Polynucléaires	31,5
		Eosinophiles	2

De son côté, M. Dominici était arrivé au même résultat.

En résumé, notre malade est atteint de tumeurs qui sont des lymphadénomes et l'analyse de son sang plusieurs fois répétée, dénote un certain degré de lymphocytémie sans anémie. Depuis six mois les tumeurs se sont accrues, mais l'état général est bon et la lymphocytémie reste stationnaire.

Maintenant, y-a-t-il une relation quelconque entre les lipomes et les lymphadénomes de cet homme? Je l'ignore. En tout cas ces deux genres de tumeurs sont chez lui parfaitement distinctes. Il ne s'agit pas de masses lipomateuses avec ganglion inclus, il ne s'agit pas davantage d'adénopathies avec périadénite lipomateuse; lymphadénomes et lipomes paraissent avoir évolué ici isolément. Néanmoins, étant donné les discussions actuelles relatives aux adénopathies et à la lipomatose, il était intéressant de faire connaître ce cas de lymphadéno-lipomatose.

DIX-NEUVIÈME LEÇON

**ATTENDRE, POUR OPÉRER,
QUE L'APPENDICITE SOIT « REFROIDIE »
C'EST EXPOSER LE MALADE A LA MORT
LE REIN APPENDICULAIRE**

MESSIEURS,

Je voudrais aujourd'hui bien mettre en évidence le rôle de l'intoxication dans les accidents mortels de l'appendicite, je voudrais vous montrer, pièces en mains, avec quelle rapidité nous tuent les terribles toxines appendiculaires et vous jugerez alors ce qu'il faut penser de la doctrine qui conduit le malade à la mort, doctrine qui, *de parti pris*, conseille de retarder l'opération jusqu'à ce que l'appendicite soit « refroidie ». Voici les faits :

Le lundi matin, 2 juin, M. Marion, suppléant du professeur Duplay à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, nous demandait de venir voir, salle Saint-Landry, n° 31, un garçon de vingt-trois ans, entré la veille à l'hôpital. Ce jeune homme nous raconte que sa maladie a débuté d'une façon inopinée dans la nuit du jeudi au vendredi, alors que la veille il était comme toujours en parfaite santé. Le jeudi il avait travaillé comme d'habitude, il avait dîné de bon appétit et il s'était couché sans éprouver le moindre malaise. Vers