

car le sarcome mélanique est une tumeur des plus malignes ; et ces métastases offrent la particularité de se faire d'abord dans les ganglions, à l'inverse de ce qui se produit pour les sarcomes en général. Des tumeurs secondaires peuvent d'ailleurs s'échelonner en chapelet sur le trajet même des vaisseaux lymphatiques. Les tumeurs métastatiques, généralisées sont blanches quand elles sont récentes, plus ou moins pigmentées quand elles sont anciennes. Le sarcome mélanique intra-oculaire n'est pas d'un pronostic moins grave que celui de la peau.

Les *psammomes* ou tumeurs sableuses (sarcomes angiolithiques de Cornil et Ranvier) sont de petites tumeurs bénignes ayant leur siège exclusif dans l'arachnoïde et la pie-mère. Ce ne sont pas des sarcomes vrais et il n'en est fait mention ici que parce qu'on en parle d'ordinaire à l'occasion des sarcomes. Ces petites tumeurs ont la structure de tumeurs conjonctives plus ou moins riches en cellules et sont caractérisées par la présence de pelotons de cellules imbriquées qui se calcifient du centre à la périphérie. D'après CORNIL et RANVIER, l'imbrication des cellules se produit autour d'un diverticule vasculaire qui plus tard s'oblitére en même temps que les cellules se calcifient. On observe aussi des dépôts crétacés dans les faisceaux fibreux.

II. — SARCOMES ALVÉOLAIRES; ENDOTHÉLIOMES; ANGIOSARCOMES

1° SARCOMES ALVÉOLAIRES

Dans les sarcomes dont les types de structure ont été décrits au commencement de ce chapitre, les cellules constitutives de la tumeur sont réparties uniformément dans tous les points et les vaisseaux parcourent le tissu sans qu'il soit apparent qu'ils lui aient servi de centres de formation. Il semble donc que le développement se fasse par une multiplication cellulaire portant également et d'une manière diffuse sur toutes les cellules du ter-

ritoire intéressé. Mais d'autres fois il en est différemment : l'hyperplasie et l'hyperplasie cellulaires se produisent par petits territoires disséminés et voisins, de sorte que la néoplasie constituée présente des nids ou des traînées de grosses cellules épars dans une trame fibreuse constituée par les parties du tissu qu'a moins atteintes le travail de prolifération. C'est en définitive une structure alvéolaire, rappelant tout à fait le carcinome, qui se trouve réalisée. Ces sarcomes sont dits alvéolaires. Le diagnostic histologique d'avec le carcinome peut être fort délicat. Il se fonde : 1° sur le caractère des cellules des amas qui sont souvent moins volumineuses, moins régulièrement polyédriques que les cellules du carcinome, et sont souvent fusiformes ou pourvus de petits prolongements protoplasmiques; 2° sur le fait que la limite des amas cellulaires d'avec la matrice fibreuse n'est pas nette comme dans le carcinome, mais que la transition se fait graduellement par une pénétration réciproque des éléments des deux parties. Dans la pratique, la question serait souvent impossible à trancher si l'on n'avait pour se décider que l'examen objectif des préparations.

2° ANGIOSARCOMES

A l'examen de certains sarcomes on peut fréquemment s'assurer que la prolifération cellulaire dérive tout entière des éléments des vaisseaux sanguins. Si par exemple il s'agit d'un sarcome à petites cellules fusiformes, ces cellules sont toutes dirigées parallèlement aux vaisseaux et forment autour de chacun de ceux-ci des manchons cohérents qui s'anastomosent entre eux comme les vaisseaux mêmes qu'ils entourent et la tumeur tout entière est formée exclusivement par la réunion de ces agrégats cellulaires péri-vasculaires. S'il s'agit d'un sarcome globo-cellulaire, les capillaires donnent insertion à un système de fibres délicates qui loge des groupes de cellules rondes. L'ensemble constitue également un manchon péri-vasculaire. Il est manifeste dans ces cas que la tumeur procède tout entière des vaisseaux et que c'est par la prolifération des parois de ceux-ci, de l'endothélium ou plutôt du périthélium

que sont engendrés les éléments sarcomateux. L'endothélium des capillaires est en effet conservé. C'est pour fixer la notion

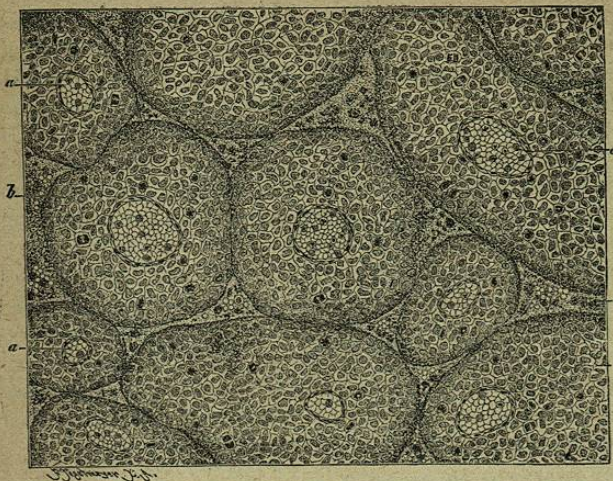


Fig. 83.

Angiosarcome du corps thyroïde.

a, coupe d'un vaisseau. — *b*, cylindre de cellules périvasculaires avec nombreuses figures de mitose. — *c*, tissu granuleux, avec cellules, interposé entre les cylindres de cellules (ZIEGLER).

de ce mode de développement qu'on donne à ces sortes de tumeurs le nom d'angiosarcomes¹.

3° ENDOTHÉLIOMES

Il nous reste enfin à nous expliquer sur les tumeurs dénommées *endothéliomes*. Ce sont des sarcomes alvéolaires dans lesquels les trainées de cellules sarcomateuses sont disposées en

¹ Le nom d'angiosarcomes a aussi été donné aux sarcomes tétanogectasiques. Il vaut mieux lui garder l'acception ci-dessus indiquée.

réseaux anastomosés rappelant la disposition des réseaux lymphatiques; d'autre part on peut parfois constater la présence d'un restant de lumière dans l'axe des trainées et l'on se fonde sur ces constatations pour admettre que la formation sarcomateuse s'est effectuée aux dépens des endothéliums des vaisseaux

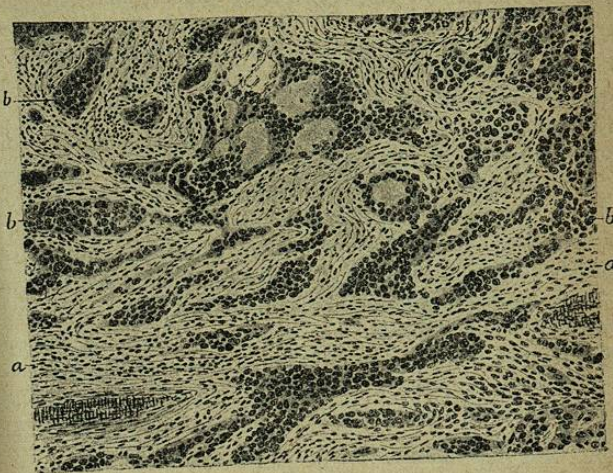


Fig. 84.

Endothéliome de la plèvre.

a, tissu conjonctif pleural épaissi. — *b*, cordons cellulaires (ZIEGLER).

lymphatiques. De là, le nom d'endothéliome. Dans d'autres cas les réseaux de cellules sarcomateuses sont grêles et s'effilent en pointe dans les interstices des vaisseaux fibreux. On appelle encore ces tumeurs endothéliomes en admettant que leur développement s'est fait aux dépens des cellules aplaties qui constituent un revêtement incomplet sur les faisceaux conjonctifs et qu'on appelle cellules endothéliales des espaces lymphatiques.

Il convient de remarquer d'ailleurs qu'une certaine confusion règne au sujet de la dénomination d'endothéliome. Les uns

l'appliquent exclusivement aux tumeurs dérivées des endothéliums lymphatiques; mais d'autres l'appliquent aussi aux sarcomes dérivés des tuniques des capillaires sanguins, confondant sous le même nom d'endothéliomes les hémangiosarcomes et les lymphangiosarcomes. La dénomination n'a qu'une importance secondaire. La notion qu'il importe de retenir parce qu'elle rend compte d'un nombre important de faits, c'est que le développement des sarcomes peut, dans certains cas, s'effectuer électivement aux dépens des endothéliums des capillaires et des radicules lymphatiques¹.

Les endothéliomes ont été observés dans les méninges (pièrre et dure-mère). Des faits de tumeurs malignes multiples des séreuses, qui ont été décrits comme cancers primitifs des séreuses, appartiennent à l'endothéliome; ZIEGLER l'a rencontré à la mamelle. Enfin il existe des observations déjà nombreuses d'endothéliomes du rein et de l'ovaire. Quand les tumeurs occupent ainsi des glandes accessibles à l'exploration et à l'intervention chirurgicale, leur symptomatologie se confond avec celle des sarcomes en général et c'est aussi le diagnostic de sarcome qui est porté à l'examen à l'œil nu. C'est l'examen microscopique qui seul précise la structure et fixe le diagnostic d'endothéliome.

III. — FIBROMES

1° Définition. — Deux caractères définissent le *fibrome*: 1° il est constitué par du tissu conjonctif adulte de nouvelle formation; 2° il ne contient aucun autre tissu. — En effet, comme l'observent CORNIL et RANVIER, presque toutes les tumeurs possèdent un stroma fibreux, parfois très dense: mais cette trame fibreuse est combinée, en proportions variables, à des éléments cellulaires: par exemple, à des cellules rondes (fibro-sarcomes)

¹ La même prolifération endothéliale peut donner lieu aussi à des productions bénignes. C'est ainsi qu'on trouve les formations de provenance endothéliale dans les tumeurs mixtes de la parotide qui sont des tumeurs bénignes.

ou à des cellules épithéliales (carcinomes), ou à des cellules adipeuses (fibrolipomes).

2° Anatomie pathologique. — Le fibrome est une tumeur résistante, rosée ou blanchâtre, parfois rougeâtre en des points qui correspondent à un développement caveux des vaisseaux. La surface de section, raclée au rasoir, ne donne pas de suc.

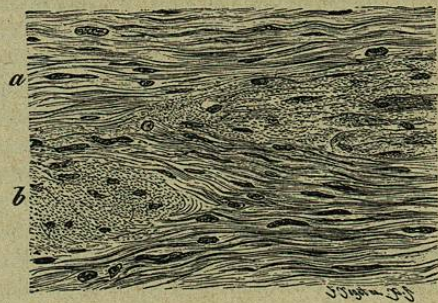


Fig. 85.

Fibrome.

a, fibres coupées parallèlement. — b, fibres coupées transversalement (ZIEGLER).

mais fournit quelques débris où se reconnaissent, par la dissociation, des faisceaux connectifs. Si l'on traite la coupe d'un fibrome par l'acide acétique, après coloration au carmin, on reconnaît la coupe transversale des faisceaux de fibres et autour d'eux les cellules connectives qui les entourent. Ces faisceaux de fibres conjonctives ont une disposition variable: sur la coupe mince d'un fibrome ils s'entre-croisent en tous sens, et se montrent coupés tantôt selon la longueur, tantôt en section transversale. Dans quelques cas, les fibres connectives se disposent concentriquement autour de centres multiples: il semble, et cela se vérifie surtout par les fibromes utérins, que le centre de ces formations soit un vaisseau. Certains fibromes (polypes nasopharyngiens surtout), sont remarquables par un développement vasculaire anormal: ces vaisseaux donnent à la tumeur un aspect caveux et sont l'origine d'hémorragies abondantes, soit spontanées, soit opératoires.

3° Formes cliniques et sièges. — En chirurgie, l'espèce prépondérante est présentée par les tumeurs fibreuses de l'utérus : ces fibromes utérins sont plutôt des fibro-myomes, composés, en proportions variables, de fibres conjonctives et de fibres musculaires lisses. — Le périoste est une origine importante des fibromes. Le type le plus intéressant est le fibrome naso-pharyngien, qui se développe dans le périoste des os de la base du crâne. — Dans les aponévroses, le fibrome, parfois rattaché par un pédicule au périoste d'un os voisin (rebord iliaque, vertèbres cervicales), peut atteindre un très gros volume ; tels sont les fibromes du creux sus-claviculaire et surtout ceux de la paroi abdominale. — Le développement des fibromes dans la peau est fréquent ; on en observe diverses formes. D'abord la kéloïde, production fibreuse d'origine cicatricielle. Puis, une variété de fibromatose cutanée multiple : ce sont de petites tumeurs multiples, très denses, du volume d'un grain de mil à celui d'un pois, enchâssées dans le tissu cellulo-adipeux sous-cutané, surtout au niveau de la face interne du tibia. Selon RECKLINGHAUSEN, il s'agit alors de *neuro-fibromes* développés aux dépens des gaines connectives des nerfs. Enfin, une forme banale est le *molluscum*, qui est le plus souvent pédiculé et que l'on appelle alors *molluscum pendulum* : ce sont de petites tumeurs arrondies ou piriformes, revêtues d'une peau aminciée, violacée, flétrie, dont la résistance est quelquefois dure, quelquefois très molle, ce qui tient à une infiltration séreuse imbibant et séparant les faisceaux ondulés de tissu conjonctif. — Enfin on trouve le fibrome dans les glandes, surtout dans la mamelle.

Pronostic. — Ces tumeurs sont bénignes, ne récidivant pas quand elles sont à l'état pur. Mais cette bénignité n'est point constante. Un fibrome utérin tue par ses hémorragies, par ses phénomènes de compression ; un fibrome naso-pharyngien peut être mortel par son extension aux cavités de la face, par les pertes de sang qu'il entraîne, par les troubles asphyxiques ou infectieux qui le compliquent. D'autre part, la pureté histologique du néoplasme ne se maintient pas toujours : les fibromes riches en éléments cellulaires peuvent se transformer en sarcomes ou récidiver comme tels.

IV. — LIPOMES

1° Définition. — Le lipome est constitué par une masse circonscrite, ordinairement encapsulée, de tissu adipeux, différente d'une simple accumulation de graisse sur un point donné, puisqu'un lipome peut continuer à croître tandis que son porteur maigrit.

2° Anatomie pathologique. — De même que le tissu graisseux normal, le lipome est composé de lobules, séparés par des cloisons de tissu conjonctif lâche, et formés par le groupement de cellules adipeuses. Ces cellules forment de volumineuses vésicules, remplies par une grosse goutte de graisse et entourées d'une membrane, contre laquelle on trouve le noyau enveloppé d'une mince couche protoplasmique. Les lobules plus volumineux et plus mous qu'à l'état physiologique sont plus facilement perceptibles et donnent souvent une sensation pseudo-fluctuante. — En général, le lipome forme une tumeur bien limitée, encapsulée : ce qui est propice à son ablation opératoire. Mais, dans quelques cas, le lipome est diffus, se confondant sans limites avec le tissu cellulo-graisseux voisin, infiltrant une nuque, une paroi abdominale, un segment de membre. — Les vaisseaux qui alimentent le lipome rampent dans les cloisons conjonctives interlobulaires, puis se ramifient et s'anastomosent en réseau.

Donc, trois éléments composent le lipome : la cellule adipeuse ; le faisceau conjonctif ; l'élément vasculaire. Le développement anormal des vaisseaux crée une variété : certains lipomes deviennent presque des tumeurs érectiles, ce sont les *angioli-pomes*. Le *lipome fibreux* est celui dans lequel le tissu conjonctif devient très abondant. Dans le *lipome myxomateux*, on trouve du tissu muqueux entre les vésicules adipeuses. Les vieux lipomes peuvent s'infiltrer de sels calcaires.

3° Siège. — Le lipome naît presque constamment, du tissu graisseux physiologique. C'est dire que ses sièges d'élection répondent aux points riches en graisse : d'abord et surtout, le tissu cellulaire sous-cutané des régions grasses, la nuque, le dos, les

lombes, le creux poplité; puis la graisse sous-aponévrotique de certaines régions, l'aisselle, la paume, la plante, la boule graisseuse de Bichat. Les lipomes intermusculaires sont plus rares : on les rencontre au cou, à la cuisse où nous les avons vus atteindre un volume considérable. La graisse sous-péritonéale est le point

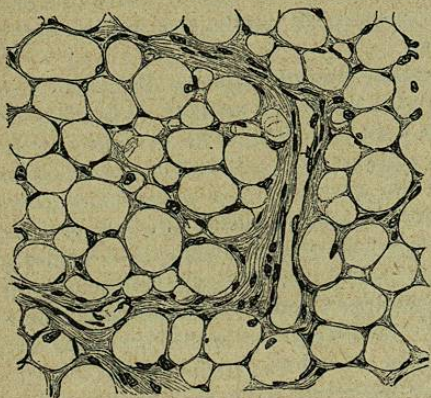


Fig. 86.
Lipome (ZIEGLER).

de départ de formations lipomateuses intéressantes en pathologie herniaire : on observe, au niveau de la ligne blanche ou du canal crural, des « hernies graisseuses » qui ne sont composées que d'une masse adipeuse ; ailleurs, ces lipomes préherniaires entraînent la séreuse en doigt de gant et amorcent la formation d'un sac. Sous le feuillet séreux viscéral, de pareilles productions adipeuses s'observent, mais sont rares : lipomes sous-péritonéaux de l'estomac ou de l'intestin ; transformation lipomateuse des appendices épiploïques du gros intestin. Le tissu sous-muqueux est rarement l'origine de lipomes : nous en avons opéré un cas à la langue.

4° Étiologie et pathogénie. — Le lipome se développe généralement à l'âge adulte ; il évolue de préférence chez les arthritiques ; il a paru parfois succéder à des frottements répé-

tés, à des contusions chroniques sur la région. Mais, tous ces caractères sont inconstants et n'éclaircissent point la pathogénie. Une conception a été récemment émise et surtout défendue, en France, par MATHIEU : c'est l'origine nerveuse du lipome. Elle s'applique surtout à certains cas de lipomes symétriques et multiples, et à certaines affections qui sont une variété de l'œdème chronique et qui, depuis VERNEUIL, et POTAIN, sont connues sous le nom de « pseudo-lipomes », observés spécialement au niveau du creux sus-claviculaire. Selon cette conception, une lésion nerveuse trophique entraînerait un œdème circonscrit ; puis cet œdème passerait à l'état de masse pseudo-lipomateuse ou même de véritable lipome par la transformation adipeuse des cellules conjonctives de l'hypoderme. — Sous le nom d'*adipose douloureuse*, nous connaissons aujourd'hui une affection caractérisée par les éléments suivants : 1° des nodules adipeux, élastiques, plus fermes que la moyenne des lipomes, de volume variable, occupant le tissu cellulaire sous-cutané ; 2° des douleurs, provoquées par la pression ; 3° une asthénie, avec débilité mentale, dont la perte de la mémoire est le symptôme le plus frappant.

5° Symptômes. — Une tumeur indolente, circonscrite, molle ou pâteuse, sans changement de coloration de la peau, mobile et libre d'adhérences soit avec les parties profondes, soit avec les téguments, donnant à la palpation la sensation d'une masse lobulée : ainsi se présente ordinairement un lipome encapsulé, sous-cutané. — Dans certains cas, la tumeur est assez molle pour faire croire à une pseudo-fluctuation et être prise pour un abcès froid ; mais la confusion est rare. Dans d'autres cas, le développement vasculaire considérable fait hésiter entre un lipome et un angioliipome : cette erreur fut commise par DUVY-TREN lui-même. — La lenteur de l'évolution et du progrès de la tumeur, la mobilité conservée, l'absence de toute altération cutanée, la lobulation particulière de la masse, indiquent la bénignité de l'affection et, dans les cas douteux, permettent le diagnostic d'avec un sarcome.

Les lipomes diffus du cou de la nuque se reconnaissent aussi à leur indolence, à leur lobulation, à leur consistance pâteuse. Le diagnostic des œdèmes pseudo-lipomateux est souvent

malaisé : le « pseudo-lipome » de POTAIN s'observe surtout dans la région sus-claviculaire ; il y forme un soulèvement ovoïde, à bords mal limités, ni dur, ni fluctuant, ni susceptible de garder l'empreinte du doigt « en godet » comme le font les œdèmes, élastique et donnant à la palpation la sensation qu'on éprouve à toucher une région grasse, telle que la fesse ou la paroi abdominale d'un sujet obèse.

6° Pronostic et traitement. — Le lipome est une tumeur bénigne, ne se généralisant pas, ne récidivant pas après une ablation parfaite. Mais, cette bénignité n'est pas qualité absolue, ni permanente : on observe surtout, au niveau de la racine de la cuisse, des lipo-sarcomes, à tendance maligne ; d'autre part, un lipome du cou peut entraîner des accidents de suffocation, un gros lipome rétro-péritonéal peut amener de l'occlusion intestinale.

V. — MYXOMES

1° Définition. — Le myxome est une tumeur formée par du tissu muqueux. Normalement, ce tissu est surtout un tissu de l'embryon chez qui il s'observe dans une des premières phases du tissu conjonctif et où il forme la gélatine de WHARTON du cordon ombilical ; chez l'adulte, il persiste seulement dans le corps vitré.

2° Anatomie pathologique. — Deux éléments cellulaires s'observent dans le tissu muqueux normal : 1° des cellules rondes, isolées au milieu d'une substance fondamentale muqueuse ; 2° des cellules étoilées et anastomosées, disposées au milieu de la même substance. — Le myxome pur présente, ordinairement, ces deux formes cellulaires : grandes cellules stellaires, anastomosées par leurs prolongements, et cellules rondes et petites, au sein d'un liquide muqueux où se rencontrent des mailles vasculaires plus ou moins abondantes. Le développement anormal de ces vaisseaux, mal soutenus par une substance intercellulaire presque fluide et, partant exposés à la rupture, donne lieu au myxome télangiectasique ou hémorragique. Le myxome se combine souvent avec d'autres formations

tissulaires, graisse, cartilage, tissu sarcomateux, tissu fibreux : de là les variétés de *lipomyxome*, *chondromyxome*, *myxosarcome*, *fibromyxome*.

3° Sièges. — Le myxome a pour lieu d'élection : 1° le tissu adipeux sous-cutané (nuque, dos, racine de la cuisse) ; 2° le

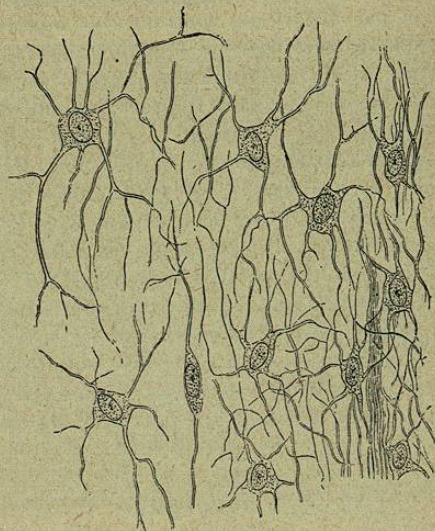


Fig. 87.

Cellules d'un myxome (ZIEGLER).

tissu muqueux, surtout la sous-muqueuse des fosses nasales où se rencontre un type clinique fréquent, le polype muqueux du nez ; 3° la gaine des nerfs, où il se développe en étalant ou en refoulant les fibres nerveuses dont il respecte la fonction. — Comme sièges rares, on signale : les muscles et les cloisons aponévrotiques, les os, la mamelle, le testicule, les glandes salivaires.

4° Symptômes. — Les myxomes, lorsqu'ils sont situés superficiellement, tendent à se pédiculiser : ainsi se forment les

polypes des fosses nasales ; de même, dans la glande mammaire, le tissu myxomateux fait saillie et bourgeonne à l'intérieur des canaux galactophores. — Sous la peau, les myxomes forment des tumeurs bien limitées, indolentes, d'une consistance molle et presque fluctuante ; les myxomes profonds intermusculaires, se reconnaissent à leur moindre mobilité et à leur immobilisation par l'effort qui contracte les muscles. — Les myxomes des nerfs sont souvent désignés sous le nom de névromes, ce qui est une confusion histologique : on doit réserver l'appellation de névrome aux tumeurs constituées par du tissu nerveux de nouvelle formation.

5° Pronostic et traitement. — Les myxomes ont la réputation de tumeurs bénignes. C'est évidemment le cas des polypes myxomateux des fosses nasales, qui, enlevés complètement, ne récidivent pas. Il n'en est pas de même des myxomes des nerfs que nous avons vu récidiver, ce qui s'explique par la difficulté de leur ablation totale. Une espèce est particulièrement redoutable : ce sont les gros myxomes de la racine de la cuisse ; nous en avons observé la récurrence, à l'instar de véritables sarcomes, et d'ailleurs ces tumeurs montrent du tissu embryonnaire ; ce sont des myxo-sarcomes, capables de généralisation.

VI. — CHONDROMES

1° Définition. — Le chondrome est une tumeur constituée par du cartilage néoformé.

2° Anatomie pathologique. — A l'état normal, le tissu cartilagineux se présente sous trois formes : le *cartilage hyalin* où la substance intercellulaire est homogène, hyaline et transparente ; le *cartilage élastique*, dans lequel la substance fondamentale est parcourue par des fibres élastiques ; le *fibro-cartilage* caractérisé par la présence de faisceaux conjonctifs au sein de cette substance.

Or, à l'état pathologique, ces diverses variétés de cartilage se combinent : la plupart des chondromes sont *mixtes* ; certains sont formés par un ou plusieurs lobes de cartilage hyalin, con-

tenant des capsules pareilles à celles des cartilages permanents de l'adulte et séparés par du tissu conjonctif ou par du fibro-cartilage vasculaire. Dans quelques cas, le tissu fibreux interlobulaire est tellement développé que VIRCHOW en a fait une espèce distincte sous le nom de *chondro-fibromes*. Ailleurs, à côté des ilots cartilagineux, se rencontrent des masses de tissu embryon-



Fig. 88.

Chondrome périostal avec calcification.

a, cartilage hyalin. — bc, cartilage calcifié (ZIEGLER).

naire : ce sont les *chondro-sarcomes*. Chez d'autres, la substance fondamentale se ramollit, prend une apparence muqueuse : ce sont les *myxo-chondromes* ; ce ramollissement muqueux peut transformer le lobule cartilagineux en un kyste, *cysto-chondrome* de VIRCHOW. Il est une variété curieuse : c'est le *chondrome à cellules ramifiées*, qui s'observe à la parotide, et où se rencontrent des cellules cartilagineuses non enfermées dans une capsule, anastomosées par leurs prolongements, cellules qui ne s'observent point chez l'homme à l'état physiologique et qui

sont semblables à celles étudiées dans le cartilage de la tête des céphalopodes. Il peut arriver que le tissu cartilagineux des chondromes donne naissance à de l'os; ce sont les *chondromes ossifiants*.

3° Siège. — Les os sont le siège d'élection du développement du chondrome; le point de départ de la néoplasie peut occuper : 1° les couches sous-périostiques (*chondromes périphériques*, qui ne sont recouverts que par le périoste); 2° le tissu

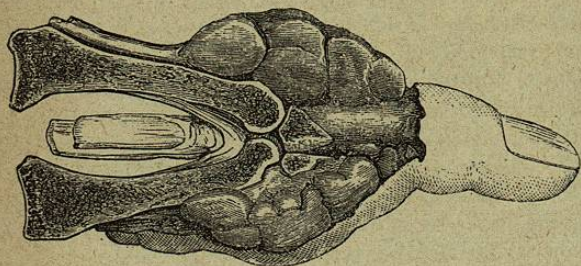


Fig. 89.

Périchondrome des phalanges (CORNIL et RANVIER).

spongieux (*chondromes centraux*, enveloppés par une coque osseuse, qui s'amincit à mesure que la tumeur s'accroît). — Les os de la main et du pied, l'omoplate et le bassin sont les sièges les plus fréquents des chondromes : viennent ensuite les maxillaires, les côtes, l'épiphyse des os longs. — Deux organes sont particulièrement exposés aux chondromes : la parotide et le testicule ; mais le type anatomique est rarement pur, et il s'agit ordinairement de chondro-sarcomes ou de myxo-chondro-sarcomes.

On s'explique ces sièges d'élection : dans les os, le chondrome naît de débris cartilagineux de la période embryonnaire ; dans la parotide, il procède de résidus du cartilage de MECKEL ; au testicule, il dérive de cellules cartilagineuses des vertèbres primitives, englobées par l'organe, à la phase où il se trouvait au-devant du rachis.

4° Symptômes. — Le chondrome se présente sous l'aspect

d'une tumeur, d'évolution lente, indolente, généralement circonscrite, de forme arrondie et bosselée, de consistance ordinairement ferme et élastique, mais pouvant se ramollir et devenir pseudo-fluctuante par la dégénérescence muqueuse ou kystique. La peau qui recouvre le néoplasme reste saine et non envahie ; elle ne s'ulcère que par surdistension ou pressions locales. Les engorgements ganglionnaires font défaut. Le chondrome des doigts et des métacarpiens forme des tumeurs noueuses, multiples, bosselant la main. Les chondromes centraux sont enveloppés d'une coque à surface régulière, parfois assez amincie pour se déprimer et se relever sous la pression du doigt en donnant lieu à la « crépitation parcheminée ».

5° Pronostic. — Le chondrome pur est bénin. Mais cette bénignité est inconstante : on a vu le chondrome se généraliser, par voie veineuse, et faire des embolies métastatiques dans le poumon, le foie, la rate, le cerveau. Nous avons observé, dans un cas de cysto-chondrome du testicule, l'envahissement des ganglions abdominaux. La malignité s'explique bien dans les chondro-sarcomes, qui sont un mélange de chondrome et de sarcome mou.



Fig. 90.

Chondrome multiple des doigts (CORNIL et RANVIER).

ARTICLE V

TUMEURS A TISSUS MULTIPLES
EMBRYOMES; TÉRATOMES

1° Définition. — Ce groupe de tumeurs se différencie par les caractères suivants : 1° elles résultent de la combinaison de