

Traitement (1). — Il est curatif ou palliatif. Nous ne dirons que quelques mots de ce dernier mode thérapeutique qui consiste à vider périodiquement la cavité du kyste en le ponctionnant.

Le traitement curatif des kystes peut se diviser en trois classes, selon le but qu'on se propose (Broca) :

1^o Les moyens qui ont pour but de faire *résorber* le contenu du kyste; ce sont la compression, les applications résolutives, enfin les topiques irritants, comme les vésicatoires, les applications iodées.

2^o Les moyens qui ont pour but d'*oblitérer* la poche kystique. A ceux-ci se rapportent les injections irritantes et surtout iodées, l'écrasement, l'incision simple ou sous-cutanée, le séton, le drainage simple ou combiné aux injections iodées, l'excision partielle, la cautérisation linéaire ou en nappe. Ce dernier moyen n'est guère applicable qu'aux kystes du cuir chevelu.

3^o La *destruction* de la tumeur peut se faire soit par le caustique, soit par l'instrument tranchant. C'est l'extirpation.

Le traitement des tumeurs polykystiques est plus difficile à formuler, et l'extirpation, si elle est possible, est encore ce qu'il y a de mieux à faire.

BIBLIOGRAPHIE. — Louis, *Enkysté*, in *Dict. de Chirurgie*, Paris, 1772, p. 293. — Bichat, *Anat. générale*, Paris, an X, t. I, p. 107. — J. Hunter, *Anat. générale*, in *Œuvres complètes*, trad. fr., 1844, t. I, p. 634. — Meckel, *Ueber regelwidrige Haar-und Zahn, bildungen*, in *Meckel's Arch.*, t. I, p. 519, 1815. — Bricheau, *Dictionnaire en 60 volumes (An. path.)*, t. XXVII, p. 11, 1818. — Percy et Laurent, *Dictionnaire en 60 volumes (Thérapeutique)*, id., p. 44. — Cruveilhier, *Essai sur l'anatomie pathologique*, t. I, p. 202, Paris, 1818. — A. Cooper, *Mém. sur les tum. enkystées*, in *Œuvres complètes* (tr. franc.), p. 589, Paris, 1837. — Cesar Hawkins, *On serous oraqueous Encysted tumors*, in *Lond. méd. Gaz.*, vol. XXVIII, p. 843, 1841. — Sédillot, *Des kystes envisagés sous le point de vue, etc.*, thèse de concours pour Strasbourg, 1841. — Velpeau, *Recherches anatomiques, physiologiques et pathologiques sur les cavités closes, etc.*, in *Ann. de la chir. française et étrang.*, t. VII, p. 151, 1843. — Marjolin, *Kystes*, in *Dict. en 30 volumes*, t. XVII, p. 354, 1846. — Frerichs, *Ueber Gallert oder colloidgeschwülste*, Göttingen, 1847. — Paget, *Lect. on Surg. Pathol.*, vol. II, p. 26, London, 1853. — Abeille, *Traité des hydropisies et des kystes, etc.*, Paris, 1852. — Lebert, *Des kystes dermoïdes et de l'hétérotopie plastique en général*, in *Mémoires de la Société de biologie*, 1^{re} série, t. IV, p. 203, 273, 1852. — Lebert, *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*, t. I, p. 233, 1857. — Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. III, p. 330, Paris, 1856. — Verneuil, *Mém. sur*

(1) Voyez Malgaigne, *Manuel de méd. op.*, 8^e édit., par L. Le Fort, p. 129, 1^{re} partie, 1874.

Inclusion scrotale, etc., in *Arch. gén. de méd.*, 5^e série, t. VI, p. 302, 1855. — Id., *Rech. sur les kystes de l'organe de Wolff, etc.*, in *Mém. de la Soc. de chir.*, t. IV, p. 58, 84, 1857. — A. Lucke, *Die Cystengeschwülste*, in *Hand. d. allg. spec. chir.*, v. Pitha u. Billroth, Bd II, A. I, H. 1 et 2, s. 101-130 (Bibliog.), Erlangen, 1867-69. — Virchow, *Path. des tumeurs*, tr. franc., t. I, p. 209 et suiv., Paris, 1867. — Billroth, *Kystes, etc.*, in *Elém. de path. chir. générale* (trad. fr.), p. 690, Paris, 1868. — Broca, *Kystes*, in *Traité des tumeurs*, t. II, p. 12, Paris, 1869. — Cornil et Ranvier, *Kystes*, in *Manuel d'histol. path.*, 1^{re} partie, p. 300, Paris, 1869. — J. Paget et C.-H. Moore, *Cystic Tumours*, in *A System of Surgery*, by Th. Holmes, vol. I, p. 505, 2^e éd., London, 1870.

§ 2. — Lipômes.

On donne ce nom aux tumeurs formées par le développement anormal et circonscrit du tissu adipeux (*Comp. de chirurgie*) : aussi Cruveilhier propose-t-il de les appeler *adipomes*. Pendant longtemps ces tumeurs ont été confondues avec les kystes dermoïdes, et on les décrivait sous les noms d'athéromes, de loupes, de mélicéris, de stéatomes. Littré le premier distingua le lipôme des autres productions morbides et lui donna son nom (1709).

Anatomie pathologique (1). — La structure du lipôme est celle du tissu cellulo-adipeux; on y trouve donc des vésicules résultant de l'accumulation de la graisse dans les cellules plasmatiques, vésicules plus ou moins réunies en lobules et en lobes, et séparées par du tissu conjonctif et des vaisseaux. Toutefois, dans le lipôme, les vésicules adipeuses sont plus grosses (Verneuil) que normalement, et leur réunion forme des lobules souvent plus accusés que dans le tissu cellulo-adipeux ordinaire (Ranvier et Cornil).

Les lipômes offrent un certain nombre d'espèces qui sont :

1^o Les *lipômes purs*, formés par du tissu cellulo-adipeux et peu de tissu conjonctif;

2^o Les *lipômes myxomateux*, dans lesquels les vésicules adipeuses sont séparées par du tissu muqueux;

3^o Les *lipômes fibreux* (*Tumeurs adipo-fibreuses* de Cruveilhier); dans ces tumeurs, les éléments conjonctifs sont devenus très-abondants et tendent à étouffer le tissu cellulo-adipeux;

Enfin 4^o les *lipômes érectiles*, qui sont caractérisés par un développement anormal des vaisseaux. L'existence de cette dernière espèce est contestée par quelques auteurs qui renvoient son étude à l'examen des angiômes ou tumeurs érectiles (Broca).

(1) Voyez Cornil et Ranvier, *loc. cit.*, p. 65.

En général, l'aspect du lipôme est tellement analogue à celui du tissu cellulo-adipeux, qu'il est très-facile de le reconnaître à l'œil nu. L'examen histologique n'est utile que pour en déterminer les variétés et les espèces (Cornil et Ranvier).

Les lipômes peuvent atteindre un volume des plus variables, quelques-uns arrivent à peser 11 (Pelletan), 22 (J. L. Petit) et 23 kilog. (Dagorn), tandis que d'autres sont gros comme un pois. Leur densité est peu considérable (Follin).

Leur forme varie aussi beaucoup; souvent arrondies, globuleuses, lobulées ou lobées, ces tumeurs peuvent être pédiculées, polypiformes, ou bien disposées en nappes aplaties.

Ordinairement limités par une enveloppe celluleuse à larges mailles et formant ainsi une vraie tumeur enkystée, les lipômes peuvent être diffus et contracter des adhérences intimes avec les parties voisines. Quelquefois ils offrent de véritables prolongements ou racines pénétrant jusque dans l'intérieur des grandes cavités splanchniques (Cruveilhier, Broca, etc.).

Leur consistance varie avec leur structure; on conçoit que le lipôme fibreux soit plus dur que le lipôme ordinaire ou myxomateux. Cependant quelques auteurs ont admis que la présence de cristaux de margarine dans certains groupes des cellules adipeuses d'un lipôme, pouvait leur donner une consistance anormale (Prat et Morel).

Les artères qui alimentent les lipômes sont ordinairement petites; les veines, au contraire, sont parfois volumineuses, ce qui n'implique nullement une idée de malignité (Broca).

Les altérations de nutrition que peuvent subir les lipômes méritent d'être mentionnées: ils peuvent s'infiltrer de sérosité et prendre un aspect gélatiniforme (Broca). Mais n'est-ce pas là le lipôme myxomateux?

La transformation *graisseuse* peut aussi avoir lieu, c'est-à-dire que les cellules adipeuses se détruisent et donnent naissance à des granulations fines et à des corps granuleux. Le tissu de la tumeur devient alors plus dense, grisâtre, et ressemble à un sarcome ou à un carcinome dégénéré (Cornil et Ranvier).

La prétendue ossification des lipômes n'est autre qu'une *calcification*. Enfin les lipômes peuvent s'enflammer, se gangréner, et, pour certains auteurs, dégénérer en tumeurs malignes (Ollier, Tripier). Cette transformation est contestée par la plupart des anatomo-pathologistes (Broca).

L'étude histologique du développement du lipôme ne peut nous occuper ici (1).

Voyez Cornil et Ranvier, *loc. cit.*, p. 165.

Siège. — *Nombre.* — Le siège des lipômes est très-variable, on peut dire qu'ils se rencontrent presque partout, mais principalement dans les régions pourvues d'un tissu cellulo-adipeux abondant. Les lipômes *sous-cutanés* s'observent surtout au cou, au dos, aux lombes, aux fesses, aux épaules; ils sont plus rares aux membres, à la tête, et surtout aux extrémités; cependant on en a signalé aux mains (Robert), aux doigts (Broca), au nez (Liston), etc.

Les lipômes *sous-muqueux* sont rares, ils ont été vus sous la langue (Marjolin, Bastien), sous la muqueuse de l'œsophage, de l'intestin (Cruveilhier, Virchow).

Le tissu cellulaire sous-séreux est très-fréquemment le siège de ces tumeurs; on en a trouvé sous le péritoine (Lebert, Broca, Moynier, etc.), et ils seraient même l'origine de certaines hernies dites graisseuses (Scarpa) ou bien des corps dits fibreux, libres dans l'abdomen (Virchow, Cornil et Ranvier).

Enfin les lipômes se développent sous les aponévroses, dans les interstices musculaires, dans les muscles (Follin, Broca), les glandes (Cruveilhier), et même dans les os (Nélaton, Viard, etc.).

Le nombre de ces tumeurs est assez variable; souvent uniques, solitaires, elles peuvent être multiples et affectent quelquefois une disposition symétrique (Huguier). On a compté jusqu'à 2080 lipômes sur un même sujet (Broca).

Étiologie. — Les contusions répétées, les froissements peuvent donner lieu au développement d'un lipôme; mais cette tumeur apparaît souvent sans cause connue. Remarquons que le volume du lipôme n'est nullement en rapport avec l'embonpoint de l'individu qui le porte, et des personnes très-maigres ont eu des lipômes considérables.

Dans quelques cas, il paraît exister une véritable prédisposition au développement des lipômes, une sorte de diathèse dite *lipomateuse*, se caractérisant par l'existence d'un grand nombre de tumeurs graisseuses, non-seulement à l'extérieur, mais dans les muscles, le cœur, les gaines vasculaires, etc. (Broca). Notons que ces tumeurs multiples se développent presque toujours successivement, et que leur apparition peut être lente ou rapide. Cette sorte de diathèse est-elle héréditaire (Tripier)? Le professeur Broca n'en connaît pas d'exemple.

Le lipôme, parfois congénital (Heyfelder), est plus fréquent chez l'adulte que chez l'enfant ou l'adolescent. Les femmes y seraient plus prédisposées (*Comp. de chirurgie*).

Symptômes. — Les lipômes sont ordinairement indolents, aussi les malades ne s'aperçoivent-ils souvent de leur présence que par

tout
 soie
 L
 tabl
 ont
 leur
 prés
 O
 cha
 enfi
 L
 d'at
 infla
 infla
 d'ai
 mal
 S
 asse
 par
 ren
 feet

 I
 flan
 pré
 cor
 des
 mé
 F
 sur
 suc

 I
 con
 son
 I
 spo
 ven
 I
 situ
 rulé

la gêne résultant du volume de la tumeur. Quoi qu'il en soit, ils se présentent sous la forme d'une tumeur mollesse, recouverte par des téguments distendus mais sains; cette tumeur est mobile sur les parties profondes et lobulée comme la mamelle; elle donne à la palpation la sensation d'un corps léger et solide, souple et spongieux (Broca). Quand on prend la tumeur à pleine main, on sent qu'elle est lobulée, granulée, et on perçoit parfois une sensation de *crépitation* toute spéciale.

Ajoutons que la plupart de ces symptômes peuvent manquer ou être modifiés, de là la possibilité d'erreurs de diagnostic.

La tumeur peut être douloureuse (Pérotte, Bégin et Sanson), adhérente à la peau et aux parties profondes; sa densité peut augmenter beaucoup, ou bien elle semble franchement fluctuante. On conçoit enfin que le siège profond du lipôme le fasse difficilement reconnaître.

Ces tumeurs se développent avec lenteur, et leur accroissement est d'ordinaire continu; toutefois elles peuvent grossir très-vite et irrégulièrement.

On a signalé l'influence des excès (Littre), de la grossesse, des époques menstruelles (Blaes), sur leur développement, qui en paraît activé. Arrivés à un certain volume, ils peuvent rester stationnaires.

Spontanément ou sous l'influence d'un traumatisme, les lipômes peuvent s'enflammer, suppurer, ce qui est rare, enfin s'ulcérer (Gerdy, Maunoir) et se gangréner (Bertrand, Hébert).

Notons que par leur poids, ces tumeurs peuvent être entraînées dans une certaine direction et se déplacer (Pajet, Lyford). Mais n'a-t-on pas eu affaire, dans ces cas, à des hernies graisseuses (Follin)?

Diagnostic. — Le diagnostic des lipômes est parfois entouré des plus grandes difficultés. A la vérité, une tumeur lobulée, molle, mobile, non fluctuante, indolore, sans changement de couleur à la peau, peut avec raison être considérée comme un lipôme; mais si ces signes ne sont pas bien tranchés, il peut y avoir erreur de diagnostic, et les annales de la science fourmillent de méprises de ce genre.

La tumeur est-elle dure, on la prend pour un fibrôme, un carcinôme, même un chondrôme si le lipôme est calcifié.

La consistance du lipôme est-elle normale, on peut le confondre avec un angiôme, surtout lorsqu'il existe un mélange des deux tissus (*Nævus lipomatodes*). Si la tumeur lipomateuse est molle, bien arrondie, non lobulée, elle peut être prise pour une tumeur liquide,

un kyste, un abcès froid, ou bien encore pour une tumeur maligne en voie de ramollissement.

Dans le premier cas, une ponction exploratrice lèvera ordinairement tous les doutes; cependant quelques kystes à contenu solide ou demi-solide ne donneront que des résultats négatifs. Il faut alors tenir compte des débris qui peuvent s'engager dans la canule du trocart; s'il n'y a que du sang, c'est qu'on a affaire à un lipôme (Broca) ou à une tumeur maligne ramollie (carcinôme, sarcome encéphaloïde, etc.).

Dans le second cas, enfin, une aiguille à acupuncture, plongée dans la tumeur, ne pourra exécuter un mouvement complet de circumduction que lorsqu'on a affaire à toute autre production que le lipôme (Nélaton).

Un anévrysme oblitéré par des caillots a pu être pris pour un lipôme (Pautrier).

Le *Pronostic* des lipômes est en général bénin; ils ne produisent d'accidents graves que par leur volume, la compression qu'ils peuvent exercer sur les parties voisines, enfin par les opérations qu'ils nécessitent. Leur récurrence est exceptionnelle, elle se manifeste surtout lorsque la tumeur n'a pas été entièrement enlevée (Michon), et dans ce cas encore la réapparition du lipôme n'est pas constante.

Traitement. — Lorsque la tumeur est un peu volumineuse, qu'elle gêne le malade, qu'elle tend à s'accroître, il faut l'opérer.

Son volume énorme, nécessitant de grands délabrements opératoires, peut faire rejeter toute intervention chirurgicale (Broca). Dans quelques cas peut-être pourrait-on employer le procédé de Blandin, c'est-à-dire enlever la tumeur en plusieurs fois?

Lors de lipômes multiples, il faut s'adresser aux tumeurs les plus gênantes et en pratiquer l'enlèvement successif.

Les divers moyens chirurgicaux utilisés contre les lipômes sont :

1° Le *broiement sous-cutané* (Bonnet, de Lyon), qui consiste à diviser la tumeur d'abord en deux parties, puis en quatre, etc., puis à la faire fuser dans le tissu cellulaire par une pression assez énergique. Cette méthode paraît abandonnée aujourd'hui.

2° La *cautérisation* (Chopart). Elle est douloureuse, agit avec lenteur, et est tout au plus applicable aux tumeurs d'un très-petit volume. Tout récemment on a conseillé la cautérisation avec le caustique de Vienne comme premier temps de l'extirpation des lipômes (Dubrueil).

3° La *ligature*. Elle est employée pour les tumeurs pédiculées. On

tout
soie
L
tabl
ont
leur
prés
O
cha
enfi
L
d'al
infla
infla
d'ai
ma
S
asse
par
ren
fect

I
flan
pré
cor
des
mé
I
sur
suc
I
con
son
I
sp
ver
I
situ
rul

peut appliquer le fil constricteur directement sur les téguments, ou mieux sur la peau préalablement désorganisée à l'aide de la potasse caustique ou de la pâte de Vienne (Boyer). Chopart trempait le fil à ligature dans la potasse caustique.

4° *L'écrasement linéaire*. Toujours pour les tumeurs pédiculées et paraissant vasculaires.

5° *L'anse galvano-caustique*.

6° *L'extirpation avec le bistouri*, procédé le plus souvent indiqué et qui se fait soit en enlevant de la peau avec la tumeur, soit en évitant de réséquer les téguments. Cela dépend du volume et de la pédiculisation, de la production morbide; dans certains cas on a taillé sur la tumeur de véritables lambeaux, comme dans les amputations (Maunoir, etc.)

Dupuytren, Roux, Gensoul, et enfin Jobert, ont préconisé un procédé d'*extirpation dit par transfixion*. Le lipôme séparé en deux, soit directement, soit par transfixion, on enlève ensuite, en partie par arrachement, ses deux moitiés latérales; faut-il encore que celles-ci ne soient pas trop adhérentes aux tissus voisins.

Un pansement simple est indiqué après cette opération, et nous croyons qu'il ne faut tenter la réunion immédiate qu'avec beaucoup de circonspection (Verneuil) et en ayant soin d'établir une compression très-méthodique (U. Trélat).

BIBLIOGRAPHIE. — J. B. Montfalcon, *Dictionnaire* en 60 vol., t. XXIX, p. 76, 1818. — Th. Ch. Bigot, *Dissertation sur les tumeurs, etc.*, n° 175, Paris, 1821. — Pautrier, *Essai sur les lipômes*, thèse de Paris, 1834, n° 6. — Marjolin, *Dictionnaire* en 30 vol., art. LOUPE, t. XVIII, p. 198, 1838. — Heyfelder, *De lipomate et de steomate, etc.*, Stuttgart, 1842, et *Arch. gén. de méd.*, 4^e série, t. I, p. 264, 1843. — Lebert, *Physiologie pathologique*, t. II, p. 100, 1845. — Philippeaux, *Application de la méthode sous-cutanée au traitement du lipôme, etc.*, in *Bull. therap.*, 1848, t. XXXV, p. 61. — Hébert, *De l'inflammation du lipôme*, thèse de Paris, 1849, n° 27. — Paget, *Lectures on surgical pathol.*, vol. II, p. 92, Lond., 1853. — Verneuil, *Note sur la structure intime du lipome, etc.*, in *Bull. Soc. biol.*, 2^e série, 1854, t. I, p. 11. — Lebert, *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*, t. I, p. 122, 1857. — Cruveilhier, *Anatomie pathol. générale*, t. III, p. 302, Paris, 1856. — Perrotte, *Du lipôme*, thèse de Paris, 1857, n° 44. — Virchow, *Pathol. des tumeurs* (14^e lec.), t. I, p. 361, Paris, 1867 (trad. franç.). — E. Darbez, *Des lipômes et de la diath. lipôm.*, th. de Paris, 1866, n° 301. — Cornil et Tripier, *Lipome* (*Anat. et chir.*), in *Dict. encycl. des sc. méd.*, 2^e série, t. II, p. 633, 1869. — Broca, *Des lipômes*, in *Traité des tumeurs*, t. II, p. 375, Paris, 1869. — A. Lücke, *Die lipome*, in *Handb. d. allg. u. spec. chir.*, v. Pitha u. Billroth., Bd II, Ab. I, H, 2, s. 145, Erlangen, 1869

(Bibliogr.). — Pansier, *Du lipôme au p. de vue clinique*, th. de Montpellier, 1870, n° 6. — J. Paget et Ch. Moore, *Fatty Tumours in Holme's A system of Surgery.*, vol. I, p. 518, 2^e éd., 1870, London. — Lécuyer, *Cons. sur les lipômes*, th. de Paris, 1872, n° 129. — Dubrueil, *Ablation des lipômes*, in *Gaz. des hôp.* (Soc. de chirurgie), p. 1076, 1873. Voir en outre les classiques.

§ 3. — Fibrômes.

Désignés sous les noms de *fibroïdes*, de *desmoïdes* (Müller), les *tumeurs fibreuses* ou *fibrômes* (Verneuil) sont constituées par du tissu fibreux (Cornil et Ranvier) ou du tissu conjonctif arrivé à l'état parfait (Lücke).

Ces tumeurs ont été désignées encore sous les noms de *corps fibreux*, d'*innômes* (Paget), de *tumeurs fibro-celluleuses* (Paget), etc.

Classification. — De nombreuses divisions ont été faites par les divers auteurs qui ont traité la question des fibrômes; ce qui tient à ce que ces tumeurs n'ont pas toujours été nettement séparées des sarcomes, des myômes, etc., ou bien même des simples hypertrophies fibreuses résultant d'un processus inflammatoire chronique ou spécial. Il est certainement des circonstances où la distinction de ces diverses altérations est des plus difficiles; toutefois, nous plaçant surtout au point de vue clinique et chirurgical, il nous sera permis de mieux circonscrire le groupe des fibrômes.

Nous éliminerons donc de notre description :

1° Les *myômes*, rangés encore, par Billroth, Lücke et Rindfleisch, parmi les fibrômes;

2° Beaucoup des tumeurs *fibro-cellulaires* de Paget, qui pour la plupart ne sont que des sarcomes ou des myxômes;

3° Les *fibrômes à formes diffuses* de Virchow (éléphantiasis, fibrômes diffus du sein);

4° Les *fibrômes verruqueux* du même auteur, (*Fibrômes papillaires* ou *villex* d'Heurtaux), qui sont des papillômes;

5° Les plaques fibreuses de la plèvre, du péricarde, etc.; formées par du tissu fibreux « à cellules aplaties et à substance fondamentale amorphe » (Cornil et Ranvier). Ce sont les *fibrômes cornéens* de Rindfleisch (1).

Nous n'examinerons donc ici que les *fibrômes tubéreux* (Virchow) ou *tumeurs fibreuses* proprement dites (Heurtaux).

(1) Voyez Cornil et Ranvier, *loc. cit.*, p. 155.

Anatomie pathologique. — Les fibrômes proprement dits forment des tumeurs arrondies, nettement délimitées, parfois lobées et plus ou moins saillantes, selon qu'elles sont superficielles ou profondes. Dans les cavités comme le pharynx, le sinus maxillaire, etc., elles ont un aspect polypiforme.

Leur grosseur est variable; ordinairement petits, les fibrômes peuvent atteindre un volume considérable et peser jusqu'à 25 (Heurtaux), 50 et même 70 livres (Walter).

Leur consistance est aussi assez différente selon les cas; tandis que quelques-uns offrent une densité comparable à celle des tendons et une texture très-serrée, d'autres sont mous et présentent l'aspect du tissu cellulaire sous-cutané. De là une distinction faite par Billroth et Lücke en fibrômes *mous* et fibrômes *durs*.

Ajoutons que ces variétés tiennent souvent à des modifications de nutrition (Cornil et Ranvier), ou bien à la nature du tissu où se développent les tumeurs (Lücke).

Les fibrômes que nous étudions ici, *fibrômes fasciculés* de Cornil et Ranvier, ont à la coupe un aspect spécial: « ils sont formés par une agglomération de lobules durs constitués isolément par un pelotonnement de fibrilles concentriques ».

Cette disposition, très-appreciable dans les tumeurs dures, est moins nette pour d'autres variétés, et dans ce cas, les faisceaux fibreux sont ou bien flexueux et ondulés, ou bien même feutrés et sans direction bien accusée (Paget, Heurtaux).

La surface de section du fibrôme est ordinairement jaune ou blanche, d'autres fois elle présente une teinte rosée qui tient à la plus grande vascularisation de la tumeur. Tantôt sèche et rugueuse, cette surface sectionnée peut être molle et laisser transsuder une sorte de suc blanchâtre, qui, examiné au microscope, renferme des fibres conjonctives et des cellules fusiformes. Ce sont là des caractères certainement insuffisants pour faire reconnaître la nature de la masse morbide (Cornil et Ranvier).

A l'examen histologique, les fibrômes sont formés par des faisceaux de tissu fibreux entre-croisés, et contenant tous des cellules plasmiques avec des prolongements. Plus le tissu de la tumeur est mou, plus les cellules conjonctives jeunes sont développées, d'où l'analogie qui existe entre les fibrômes et les sarcomes: aussi quelques auteurs ont-ils décrit certaines de ces tumeurs sous le nom de *fibro-sarcomes*.

Les vaisseaux sont artériels, veineux et capillaires; en général peu nombreux, ils offrent parfois, et surtout les veines, un volume relativement excessif (*fibrômes caverneux* de Rindfleisch). La tunique adventice des vaisseaux artériels et veineux manquant, il en

résulte une adhérence des parois vasculaires aux éléments de la tumeur, d'où la possibilité d'hémorragies graves après la section ou la déchirure de la production morbide.

Enfin on a signalé la présence de lymphatiques (Billroth) et des nerfs dans les fibrômes (?).

Avec ces éléments essentiels et constitutifs des tumeurs fibreuses, on rencontre souvent des *éléments associés* (Verneuil), vestiges de l'organe, du tissu, où le fibrôme a pris naissance et qui ont fait croire trop souvent à l'existence de tumeurs d'une tout autre nature.

Les tumeurs fibreuses peuvent subir un certain nombre d'altérations ou de modifications qui en font des variétés spéciales.

a. La tumeur s'infiltré en entier de sérosité; le fibrôme est dit *molluscoïde* (Cornil et Ranvier). Le molluscum simple en est un exemple bien net; d'après Heurtaux, beaucoup de ces tumeurs auraient été décrites jadis sous les noms de *colloïdes*, de *fibro-colloïdes*, de *collonema* (J. Müller). Mais ne sont-ce pas là des myxômes?

b. La transformation muqueuse « de la substance fondamentale et des cellules » amène une destruction partielle de la tumeur, d'où la formation d'un kyste dit *lacunaire*, rempli d'une matière molle et gélatiniforme. « C'est là le *fibrôme muqueux* » (Cornil et Ranvier).

c. On a signalé, mais plus rarement, la transformation graisseuse ou mieux la dégénérescence granulo-graisseuse des fibrômes.

d. Enfin, notons la transformation *calcaire*, assez fréquente dans les tumeurs fibreuses qui ont duré un certain temps. Il ne faut pas confondre cette calcification avec une *ossification* de la tumeur, phénomène plus rare et qui s'observe surtout pour les fibrômes nés du périoste (Lücke, Heurtaux).

Étiologie et développement. — Les fibrômes proprement dits se développent surtout dans la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et sous-muqueux, les aponévroses et le périoste. On en a trouvé dans le tissu cellulaire profond, dans l'orbite, dans les muscles, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal (A. Nélaton), dans la mamelle, etc.

Quelques-uns (molluscum) peuvent être congénitaux (Paget, Heurtaux), la plupart se montrent à l'âge adulte, ils sont rares dans la vieillesse (1). Certains fibrômes paraissent héréditaires (Virchow).

Nés dans le tissu conjonctif ou fibreux, les fibrômes peuvent en quelque sorte s'enkyster et rester stationnaires; d'autres, au contraire,

(1) Cette particularité vérifierait la loi de Tiersch, à savoir que la résistance du feuillet moyen du blastoderme aux affections pathologiques diminue avec l'âge et que celle du feuillet externe augmente relativement (Lücke).

tout
 soie
 L
 tabl
 ont
 leur
 pré
 C
 cha
 enfi
 I
 d'a
 infl
 infl
 d'ai
 ma
 S
 ass
 par
 ren
 fect

I
 flan
 pré
 cor
 des
 mé
 I
 sur
 suc

I
 con
 son
 I
 spo
 ven
 I
 situ
 rul

s'accroissent, envahissent les tissus voisins et se pédiculisent. Leur accroissement peut être *central* ou *périphérique*; pour certains auteurs, chacun des lobules de la tumeur « posséderait un développement autogène distinct » (Förster, Cornil et Ranvier). L'irritation qui suit un traumatisme pourrait dans quelques cas faire naître une tumeur fibreuse (Lücke).

Symptômes. — Les fibrômes proprement dits, forment des tumeurs de consistance et de volume variables, tantôt dures, tantôt molles et presque fluctuantes; souvent arrondies et lobées, parfois pédiculées et polypiformes (voyez les *polypes naso-pharyngiens*). Ces tumeurs peuvent être mobiles ou adhérentes aux parties profondes; leur nombre est parfois considérable, elles siègent alors dans le tissu cellulaire sous-cutané, constituent le *molluscum vrai*, et dans ces cas l'une des tumeurs peut atteindre un volume et un poids considérables (Lebert, Virchow, Nélaton). Le plus souvent le fibrôme est unique.

En général, la peau qui recouvre la tumeur est mobile, non adhérente et tout au plus amincie. Notons toutefois qu'elle peut s'ulcérer, mais c'est sous l'influence de l'inflammation et de la distension qu'elle subit.

Ces tumeurs, ordinairement indolentes, peuvent par la compression qu'elles exercent sur les tissus voisins, déterminer des douleurs névralgiques très-intenses (voyez les *tubercules sous-cutanés douloureux*, et les *fibrômes des nerfs*).

L'évolution de ces tumeurs est ordinairement lente, et elles n'ont aucun retentissement sur la santé générale. Cependant elles peuvent s'enflammer, se gangrener, s'ulcérer, et dans ce dernier cas donner lieu à des hémorragies parfois très-graves, et pouvant entraîner la mort (Birkett). Cet écoulement du sang s'explique par la disposition spéciale des vaisseaux, qui, adhérents au tissu morbide, restent béants à la surface de l'ulcère.

Les transformations graisseuse, calcaire ou osseuse des fibrômes indiquent une marche rétrograde dans leur processus et souvent un état stationnaire.

Diagnostic. — Il est fondé sur un ensemble de caractères pour la plupart négatifs, d'où sa difficulté dans quelques cas.

L'âge du malade; la forme, le volume, le siège, la consistance de la tumeur, son accroissement lent; l'intégrité de la peau et des ganglions, enfin l'état général conservé, doivent surtout entrer en ligne de compte.

Le lipôme, et surtout le lipôme fibreux, peut être très-difficile à distinguer du fibrôme. Il en est de même de certains sarcomes, des

chondrômes, enfin même des ostéomes, lorsque par exemple le fibrôme a subi la transformation calcaire ou bien s'est ossifié.

La marche rapide des carcinômes et aussi de la plupart des sarcomes, leur retentissement du côté des ganglions et sur toute l'économie les feront facilement distinguer des fibrômes, au moins dans le plus grand nombre des cas. Cependant, des fibrômes ulcérés, donnant lieu à des hémorragies, pourront être pris pour des productions malignes; il faut alors tenir compte de l'accroissement lent de la tumeur et de son volume ordinairement considérable, qui explique l'ulcération en quelque sorte mécanique des téguments.

Quelques fibrômes infiltrés de sérosité, sont presque fluctuants et peuvent être pris pour des kystes. D'ailleurs ils renferment quelque fois des cavités kystiques ou bien ils sont entourés de bourses séreuses accidentelles pouvant être le siège d'épanchements anormaux.

Pronostic. — Les fibrômes sont des tumeurs bénignes, leur gravité dépend presque exclusivement de leur volume et de leur siège. Toutefois certains fibrômes tendent à récidiver sur place, avec une réelle opiniâtreté s'ils sont incomplètement enlevés (*Polypes naso-pharyngiens*). Encore cette tendance à la récurrence locale n'a-t-elle qu'un temps et disparaît-elle avec l'âge.

La multiplicité des tumeurs fibreuses (*molluscum* ou *tumeurs congénitales*) n'entraîne aucune modification fâcheuse dans l'état général. Cependant, en établissant une certaine relation entre le *molluscum* et le myxôme, Cornil et Ranvier semblent aggraver quelque peu le pronostic (?).

Certains auteurs, Pajet entre autres, ont cité des faits de généralisation des fibrômes; mais ne s'agissait-il pas là de tumeurs sarcomateuses d'abord mal étudiées? ou bien faut-il croire, avec Virchow, à une véritable *dégénérescence* des tumeurs, et en particulier des tumeurs fibreuses? D'un autre côté, admettre avec Billroth que les fibrômes infectieux sont des fibrô-sarcomes, n'explique pas grand-chose; car dans un fibrôme en voie d'évolution on trouvera du tissu conjonctif jeune comme dans le sarcome.

En résumé, cette question des fibrômes malins est encore à l'étude.

Traitement. — S'ils sont petits et stationnaires ou bien multiples, les fibrômes peuvent être respectés; mais dès qu'ils augmentent de volume, comme leur accroissement peut être considérable, on doit les enlever.

Les divers procédés utilisés à cet effet sont :

1° *L'extirpation* avec le bistouri et en disséquant la tumeur;

2° La *cautérisation*, applicable aux petites tumeurs fibreuses et en général abandonnée;

3° L'*écrasement linéaire*, surtout pour les tumeurs pédiculées;

4° Enfin la *galvanocaustie*, soit qu'on utilise l'anse coupante ou bien le couteau galvanique de Séré.

BIBLIOGRAPHIE. — Dupuytren, *D'une espèce part. de tumeurs fibro-celluleuses enkystées, etc.*, in *Leçons orales de clin. chirurgicale*, t. IV, p. 257 et 414, Paris, 1839. — Cruveilhier, *Corps fibreux de la mamelle*, in *Bull. de l'Ac. de méd.*, t. IX, p. 330, Paris, 1844; et *Traité d'anatomie pathologique génér.*, t. III, p. 585, Paris, 1856. — Lebert, *Tum. fibrineuses*, in *Physiol. patholog.*, t. II, p. 160, 1845, et *Traité d'anat. path. gén. et spéc.*, p. 149, 1855. — Paget, *Fibrous Tumours*, in *Lect. on surg. pathol.*, vol. II, p. 130, London, 1853, et éd. de 1863, p. 440 et 472. — Verneuil, *Quelques prop. sur les fibrômes, etc.*, in *Compt. rend. et Mém. de la Soc. de biologie*, 2^e série, t. II, p. 183, 1855. — Collis, *Fibrous Tumours*, in *On the diagn. and treat. of cancer, etc.*, p. 218, London, 1864. — Virchow, *Fibrômes*, in *Pathol. des tumeurs* (trad. franç.), t. I, p. 285, Paris, 1867. — Billroth, *Elém. de path. chir. générale* (trad. franç.), p. 700, Paris, 1868. — Lücke, *Die fibrôme*, in *Handb. der allg. u. speciell. Chirurg.*, v. Pitha u. Billroth, Bd II, A. I, H. 2, s. 431, Erlangen, 1869 (Bibliogr.). — J. Paget et C. H. Moore, *Fibrous Tum.*, in *A system of surgery*, by T. Holmes, 2^e édit., vol. I, p. 527, London, 1870. — A. Heurtaux, *Fibrôme*, in *Nouv. Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. XIV, p. 675, Paris, 1871 (Bibliographie). — E. Rindfleisch, *Sarcômes fibreux*, in *Traité d'histol. pathol.* (trad. franç.), p. 145, Paris, 1873.

§ 4. — Myxômes.

Confondus avec la plupart des autres productions morbides, les *myxômes* en furent assez nettement séparés par Virchow. Ce sont des tumeurs formées par du tissu muqueux, d'où les noms de *tumeurs muqueuses*, *tumeurs du tissu muqueux* qu'on leur a donnés (Virchow).

A ces productions morbides appartiennent en grande partie les altérations décrites sous les noms de *tumeurs colloïdes* (Laënnec), *tumeurs gélatineuses* ou *collonema* (J. Müller), *sarcômes gélatineux* et *hyalins*, *tumeurs fibro-cellulaires* (Paget), etc.

Anatomie pathologique. — Les myxômes sont des tumeurs molles plus ou moins volumineuses, d'aspect gélatineux, et parcourues par des traînées cellulo-vasculaires visibles à l'œil nu. A la coupe, elles laissent exsuder, ou plutôt on peut recueillir par le raclage un mucus filant, « semblable à une solution de gomme arabique, mais ne contenant pas de suc laiteux » (Cornil et Ranvier).

Ce liquide, plus ou moins coloré en jaune (Virchow), contient des globules rouges, et des cellules rondes ou anguleuses, à contours peu nets et avec des prolongements.

Au microscope, le tissu du myxôme se compose d'un réseau capillaire à mailles larges, englobant le tissu muqueux, formé lui-même de cellules pâles, fusiformes et anastomosées, et de petites cellules rondes, entourées d'une atmosphère ou substance fondamentale muqueuse (Cornil et Ranvier) renfermant de la *mucine* (Virchow).

Souvent aussi la masse morbide contient des fibres élastiques (Ranvier) et des cellules adipeuses, fait qui n'a rien d'extraordinaire si l'on tient compte des rapports établis par Virchow entre le tissu muqueux et le tissu grasseux (1).

Les myxômes offrent un certain nombre de variétés parmi lesquelles nous signalerons surtout :

1° Le *myxôme pur* (hyalin ou gélatineux de Virchow), c'est le type que nous venons d'étudier;

2° Le *myxôme* contenant des *fibres élastiques* (Cornil et Ranvier);

3° Le *myxôme lipomateux*, souvent difficile à différencier du lipôme (Lücke);

4° Le *myxôme télangiectasique*, dans lequel les vaisseaux du stroma sont excessivement développés;

5° Le *myxôme kystique* ou *cystoïde* (Virchow), qui renferme des kystes, tenant à la transformation muqueuse des éléments cellulaires de la production morbide. Des hémorrhagies s'observent parfois dans ces cavités kystiques (*myxôme hémorrhagique*);

6° Ajoutons enfin que les myxômés peuvent se combiner avec d'autres tissus, tels que les tissus fibreux et cartilagineux, et forment ainsi des tumeurs mixtes souvent difficiles à classer au point de vue anatomo-pathologique (*myxômes fibreux*, *myxômes cartilagineux* de Virchow). Quelques auteurs admettent qu'ici le myxôme est secondaire (Lücke), tandis que dans la combinaison du sarcôme avec le myxôme, ce dernier tissu serait primitif (?).

Un certain nombre de grosses tumeurs, celles du testicule en particulier, sont formées d'un mélange de sarcôme, de myxôme et d'enchondrôme (Lücke). Quant aux myxo-adénômes de l'ovaire (Klebs), ce seraient des adénômes avec production de liquide muqueux (Lücke).

Notons en terminant que Billroth considère tous les myxômes comme des myxosarcômes.

Étiologie, Siège. — Ces tumeurs se développent surtout à l'âge

(1) Voyez *Pathologie des tumeurs*, t. I, p. 396 et suiv.

adulte ou dans l'adolescence; cependant on a rencontré des myxômes congénitaux (O. Weber, Schuh); souvent alors ils siègent sur le trajet du cordon ombilical (Cornil et Ranvier).

Mettant de côté les tumeurs du placenta (*môle hydatique*), dont nous n'avons pas à nous occuper ici, nous dirons que les myxômes naissent surtout dans les endroits où il y a du tissu cellulo-adipeux (Virchow), par exemple dans le tissu cellulaire sous-cutané (cuisses, dos, mains, joues, avant-bras), dans les muscles ou plutôt dans le tissu cellulaire intermusculaire (Virchow).

Nous ne ferons que signaler les myxômes des centres nerveux, développés dans la névroglie (Virchow); mais il nous faut insister sur les *myxômes des nerfs*, confondus jusque dans ces dernières années avec les névrômes.

Les myxômes combinés avec d'autres tissus et formant des tumeurs mixtes se rencontrent dans les glandes (sein, testicule, ovaire (?). Enfin on en trouve dans les os (os maxillaires), dans le périoste et dans la peau. Ce sont les os courts qui seraient le plus fréquemment le siège du myxôme. Dans la peau le myxôme présenterait souvent la forme papillaire (Cornil et Ranvier).

Symptômes. — Ils sont assez obscurs, en ce sens qu'ils se rapprochent beaucoup des signes fournis soit par les lipômes, soit par les fibrômes, soit même par les enchondrômes, etc. Il suffit de se rappeler les diverses variétés signalées plus haut pour comprendre cette analogie symptomatologique.

Dans d'autres circonstances, la mollesse, l'élasticité, la fluctuation évidente de ces tumeurs a pu les faire prendre pour des kystes, et la ponction exploratrice seule, a pu éclairer jusqu'à un certain point le chirurgien.

Quelques-unes de ces tumeurs peuvent être pédiculées, affecter la forme de polypes, tels sont en particulier les myxômes des fosses nasales (*polypes muqueux*). Des myxômes pédiculés ont aussi été observés au sein, à la grande lèvre, enfin à la peau (Virchow).

La marche des myxômes est ordinairement lente, ils peuvent former des tumeurs énormes, surtout lorsqu'ils se développent dans le panicule graisseux et plus spécialement aux extrémités inférieures (Lücke).

Les myxômes peuvent s'enflammer, s'ulcérer, voire même se gangrener en partie ou en totalité (Cornil et Ranvier).

Diagnostic. — Il se fait surtout en tenant compte du siège qu'occupe la tumeur; toutefois, cette remarque ne s'applique guère qu'aux myxômes des nerfs, aux tumeurs composées des glandes (parotide, testicule), et aux myxômes des fosses nasales.

Le diagnostic des tumeurs sous-cutanées ou intermusculaires est

bien plus difficile, et dans ces cas on peut confondre les myxômes non-seulement avec des lipômes ou des kystes, mais aussi avec des tumeurs malignes ramollies, des tumeurs dites encéphaloïdes, suivant l'expression clinique adoptée (sarcomes, carcinômes).

Pronostic. — Il est ordinairement assez bénin, toutefois les myxômes peuvent se généraliser (Waldeyer, Virchow, Lücke), et par conséquent acquérir une certaine malignité.

D'après Cornil et Ranvier, la gravité du pronostic serait en raison directe de la quantité de tissu embryonnaire que la tumeur renferme.

Les tumeurs mixtes nous paraissent d'un pronostic plus grave que les myxômes simples ou lipomateux. Enlevées complètement, ces dernières tumeurs ne récidivent que très-rarement (Cornil et Ranvier); telle n'est cependant pas l'opinion de Billroth et de Lücke, qui les regardent comme douées de malignité.

L'apparition de myxômes multiples des nerfs n'est pas rare, elle ne peut être confondue avec une généralisation de ces tumeurs, puisque celles-ci n'existent que dans un seul système de l'organisme.

Le traitement, fort simple, consiste à enlever le myxôme, soit par l'instrument tranchant, soit à l'aide de l'écraseur linéaire, du serre-nœud, etc., si la tumeur est pédiculée (myxômes des fosses nasales, de la peau, etc.).

BIBLIOGRAPHIE. — Andral, *Précis d'anat. pathol.*, 1829, t. I, p. 439. — J. Müller, *Gallertgeschwulst* in *Arch. f. anat. u. physiol.*, 1836, s. ccxix. — Frerichs, *U. Gallert-oder Colloidgeschwülste*, Götting., 1847. — Rokitansky, *Lehrb. der path. Anat.*, Bd. I, s. 167, Wien, 1855. — A. Förster, *Lehrb. der allg. path. anat.*, s. 224, Leipz., 1855. — R. Virchow, *Ein Fall von, etc.*, in *Virchow's Archiv*, Bd. XI, s. 281, 1857. — Ibid., *Myxomes*, in *Pathol. des tumeurs*, t. I, p. 395 (trad. franç.), Paris, 1867. — Billroth, *Elém. de path. chir. génér.* (trad. franç.), p. 732, Paris, 1868. — Lücke, *Die myxome*, in *Handb. der allg. u. speciell. Chirurgie*, v. Pitha und Billroth, Bd II, A. I, H. 2, s. 172, Erlang., 1869 (Bibliographie). — Ed. Rindfleisch, *Traité d'histol. pathol.* (trad. franç.), p. 158, Paris, 1873.

§ 5. — Chondrômes.

Ce sont des tumeurs constituées par la production accidentelle de tissu cartilagineux plus ou moins anormal (Lücke).

Longtemps confondus avec les tumeurs dites cancéreuses, les chondrômes en ont été séparés d'abord par Cruveilhier (1828), puis par Müller (1838). Les travaux ultérieurs de Vögel, Lebert, Fichte,