

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 péricule 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,

Paget, Virchow, Dolbeau, etc., permettent de tracer l'histoire assez complète de ces tumeurs.

Les chondrômes ont été successivement désignés sous les noms divers de *spina ventosa*, d'*atheroma nodosum*, de *chondrophytes*, d'*ostéo-chondrophytes* (Cruveilhier), enfin d'*enchondrômes*.

Ajoutons qu'il faut distinguer des chondrômes certaines productions cartilagineuses qui naissent exclusivement sur les cartilages préexistants et auxquelles Virchow a donné le nom d'*ecchondroses* (1). Les chondromes au contraire paraissent ne se développer jamais aux dépens de cartilages préexistants.

Anatomie pathologique. — Le tissu des chondrômes offre la structure des diverses variétés de cartilage décrits chez l'homme; on y rencontrerait aussi parfois des éléments anastomosés, formant un tissu analogue à celui qui existe normalement chez les céphalopodes (2) (*myxo-chondrômes* de Lücke).

Les éléments cartilagineux sont généralement réunis en masses plus ou moins volumineuses, formant des lobules séparés les uns des autres par du tissu cellulo-fibreux plus ou moins développé et constituant une véritable trame celluleuse pourvue de vaisseaux. En cela le chondrôme diffère du cartilage (Heurtaux); de plus, cette vascularisation peu riche, surtout si la tumeur est unilobée, peut s'accroître par le développement de tissu médullaire et de vaisseaux au centre de la production morbide (Cornil et Ranvier).

Il est bon de noter que les divers lobes qui constituent un chondrôme, lobes qui sont réunis par la trame cellulo-vasculaire, offrent parfois une structure très-différente (Cornil et Ranvier). Souvent les tumeurs chondromateuses sont entourées d'une coque fibreuse résistante.

Les lymphatiques et les nerfs des chondrômes sont inconnus (Lücke).

Par la coction, la plupart de ces tumeurs fournissent de la chondrine ou de la gélatine. Les chondrômes des os donneraient même toujours de la chondrine (Müller).

Nous ajouterons que la structure variable de ces tumeurs, leur fréquente combinaison avec des productions d'autre nature, l'altération des éléments cartilagineux, ont fait subdiviser les chondrômes en un certain nombre de *variétés* parmi lesquelles nous citerons :

1° Les *chondrômes hyalins* unis ou multilobés;

2° Les chondrômes formés d'îlots cartilagineux avec mélange de tissu fibreux et embryonnaire (*chondro-sarcômes* de Virchow);

(1) Voyez Cornil et Ranvier, *loc. cit.*, p. 214.

(2) *Id.*, *loc. cit.*, p. 214 et 215.

3° Les *chondro-fibrômes*, dans lesquels le tissu fibreux interlobulaire prédomine;

4° Les *adéno-chondrômes*, qui ne seraient autres que des chondrômes développés dans des glandes (Cornil et Ranvier), les éléments glanduleux présentant alors des phénomènes d'irritation de voisinage;

5° Les *chondrômes ossifiants*, dans lesquels le tissu cartilagineux donne naissance à du tissu osseux;

6° Les *cysto-chondrômes* (Virchow), au milieu desquels se trouve un liquide renfermant des capsules de cartilage libre, comme on l'observe normalement dans le centre des disques intervertébraux (Cornil et Ranvier). Ces kystes, contenant un liquide filant gélatineux, parfois coloré par du sang, peuvent atteindre un énorme volume;

7° Les *chondromes à cellules ramifiées*;

Enfin, 8° les *chondromes mixtes*, qui résultent de la combinaison de ces diverses variétés et seraient les plus nombreux (Cornil et Ranvier).

Nous signalerons aussi quelques-unes des modifications nutritives que subissent les chondromes; c'est ainsi que leurs cellules peuvent s'infiltrer de substance amyloïde (Virchow) ou de graisse.

La dégénérescence granulo-graisseuse du chondrôme s'observe quelquefois et donne lieu au ramollissement de la tumeur (Fichte), enfin ils peuvent se calcifier ou se transformer en partie en substance osseuse et en moelle (Cornil et Ranvier). Dans ce dernier cas, les phénomènes d'évolution sont comparables à ce qui se passe dans l'ossification normale (1).

Cliniquement les chondrômes peuvent être divisés en chondrômes des os et chondrômes des parties molles: ce sont les tumeurs de la première espèce qu'on a surtout désignées sous le nom d'*enchondrômes* (Müller).

La tumeur cartilagineuse naît-elle au centre de l'os, elle peut s'infiltrer dans le tissu osseux (*chondrôme diffus*), ou bien le repousser et s'entourer d'une véritable coque (*enchondrôme avec coque osseuse* de Müller).

Le chondrôme se développe-t-il à la surface de l'os sous le périoste, il constitue le *périchondrôme* de Cruveilhier, tumeur affectant souvent une forme caractéristique qu'on a comparée à celle d'un chou-fleur supporté par un pédicule plus ou moins bien accusé.

(1) Cornil et Ranvier, *loc. cit.*, p. 223 et 224. — Il ne faudrait pas confondre ces chondrômes avec les *Tumeurs ostéoides* décrites par Müller, tumeurs que nous étudierons plus loin.

tout
soier
La
table
ont
leur
prés
O
cha
enfi
L
d'ab
infla
infla
d'ai
mat
S
asse
par
ren
fect

I
flan
pré
cor
des
més
F
sur
suc

I
con
son
I
spo
ver
I
situ
rul

Les chondrômes des parties molles sont rarement purs, et le plus souvent ils se combinent avec d'autres productions pathologiques plus ou moins malignes.

Les tissus qui avoisinent le chondrôme paraissent repoussés, déplacés, parfois atrophiés par le développement de la tumeur. Toutefois, autour d'une masse chondromateuse, il n'est pas rare d'observer de petits îlots séparés de la tumeur et en voie de développement; c'est là un fait important pour le clinicien (Dolbeau).

Outre les sillons qui résultent de la disposition lobulée des chondrômes, il est fréquent de trouver à leur surface des dépressions et des rainures dans lesquelles sont situés les tendons, les ligaments, les vaisseaux et les nerfs placés à la périphérie de la tumeur.

Toutefois, les chondrômes peuvent détruire les os voisins, perforer les tissus fibreux, la peau, enfin pénétrer même dans les veines et les lymphatiques qui les entourent. Ces dernières lésions, il est vrai exceptionnelles, ont été observées par Paget, Richet, Virchow, et semblent plus fréquentes dans les chondrômes dits *mous* (Heurtaux).

On conçoit facilement, d'après ce qui précède, que certains chondrômes puissent se compliquer de dégénérescence cartilagineuse des ganglions voisins (Paget, Virchow, Förster) et de la présence de tumeurs analogues dans les viscères, plus particulièrement dans le poulmon (Paget, Richet, Virchow, R. Volkmann, C. O. Weber, Heurtaux etc.). On en a signalé dans la rate (Müller).

Siège. — Les chondrômes se développent plus souvent dans les os que dans les parties molles, si bien que le rapport entre ces deux variétés serait de 3 à 1 (Heurtaux).

Parmi les os, ce sont surtout les phalanges des doigts, les métacarpiens, les os du bassin, les mâchoires, qui sont affectés de chondrômes. Lorsque la tumeur atteint les os longs, elle paraît siéger de préférence vers une de leurs extrémités (tête du tibia, condyles du fémur, extrémité supérieure de l'humérus).

Dans les parties molles, les chondrômes se rencontrent principalement dans la parotide, le testicule; beaucoup plus rarement dans la glande sous-maxillaire, la mamelle, l'ovaire, les glandes sébacées, le tissu cellulaire, la vessie (Heurtaux), les reins (Gluge), etc.

Les tumeurs chondromateuses des os sont souvent multiples, surtout aux mains (Dolbeau : sept fois sur vingt-trois cas); ajoutons que des tumeurs cartilagineuses siégeant dans tous les os du squelette n'ont été vues qu'une seule fois jusqu'ici par Schuh (Heurtaux).

Étiologie. — Rarement congénitaux (Lücke), les chondrômes se développent surtout dans les vingt premières années de la vie (C.

O. Weber); mais ceci s'applique surtout aux chondrômes des os, car les tumeurs cartilagineuses des parties molles naissent plus tardivement.

Le traumatisme jouerait un assez grand rôle dans le développement de ces tumeurs (Weber, Larrey, Lücke); toutefois ce fait est loin d'être démontré (Heurtaux). Quant à l'influence du rachitisme (Lenoir, Virchow), d'une perversion dans le développement des os (Müller, Chassaignac), elle nous paraît seule expliquer la différence clinique incontestable (Billroth) qui existe entre l'enchondrôme des os et celui des parties molles.

Dans quelques cas les chondrômes seraient héréditaires (Dalrymple, Paget, C. O. Weber).

Ne pouvant insister ici sur le processus de développement des chondrômes (1), nous ne ferons qu'indiquer en passant les relations qui existeraient d'après Virchow entre certains chondrômes des os et les éléments cartilagineux primitifs non ossifiés. Dans ce cas seulement la tumeur procéderait de cartilage préexistant (?).

Symptômes. — Les chondrômes se présentent généralement sous l'aspect de tumeurs arrondies, à surface bosselée et mamelonnée. Leur consistance est très-variable; tantôt dures et élastiques comme le tissu cartilagineux normal, ces tumeurs peuvent être molles et mêmes fluctuantes, surtout lorsqu'elles renferment des productions kystiques. Souvent les divers lobes d'une même tumeur offrent une dureté et une consistance très-différente.

Dans les enchondrômes, la tumeur est enveloppée d'une coque osseuse résultant soit d'une ossification nouvelle, soit du refoulement du tissu osseux; toujours est-il que cette coque amincie peut être déprimée par la pression du doigt, et donner une sensation toute spéciale de crépitation légère, analogue au froissement du parchemin. Enfin il est évident que les chondrômes ossifiés ou calcifiés offriront au moins par points une dureté osseuse nettement accusée.

Notons que certains chondrômes, en particulier ceux des doigts, présentent une véritable transparence, ce qui, joint à leur mollesse, peut les faire prendre pour des kystes.

Parfois très-petits, les chondrômes atteignent quelquefois un volume énorme, sans que cependant les téguments qui les recouvrent soient intéressés (Heurtaux). On a observé des chondrômes présentant 1^m,75 (Lugol et Nélaton), et jusqu'à 2^m,15 (Crampton) de circonférence. « C'est presque toujours au chondrôme que doivent être rapportées ces grosses tumeurs de la racine des membres, de l'épaule surtout, et qui leur donnent la forme d'un énorme gigot (Heurtaux). »

(1) Voyez Cornil et Ranvier, *loc. cit.*, p. 220.

Tantôt immobiles, lorsqu'ils naissent des os, d'autres fois mobiles ou pédiculés (*Périchondrômes*), les chondrômes sont recouverts par des téguments ordinairement sains, distendus ou non, selon le volume de la masse morbide. Parfois des dilatations veineuses sous-cutanées sont très-marquées, mais elles ne se montrent guère que dans les cas de tumeurs considérables.

En général, les chondrômes sont indolents ou bien ne provoquent de douleurs qu'en comprimant les parties voisines; toutefois quelques-unes de ces tumeurs offrent une marche rapide s'accompagnant de douleurs très-vives.

Le plus souvent, l'état général des malades atteints de chondrômes reste excellent; cependant il se peut que cet état s'altère et qu'il apparaisse tous les signes d'une cachexie entièrement analogue à celle qui se produit dans les tumeurs dites malignes.

La *marche* de la tumeur est ordinairement envahissante, mais elle peut varier beaucoup en ce sens que certains chondrômes ne s'accroissent que très-lentement alors que d'autres arrivent vite à acquérir des dimensions considérables. Les contusions accélèrent l'accroissement de ces tumeurs. Exceptionnellement, la peau qui recouvre la tumeur s'ulcère, il s'écoule un liquide gélatineux ou sanguinolent, la tumeur se détruit en partie, et se creuse d'une cavité sèche ou bien remplie de bourgeons charnus, selon qu'on a affaire à un chondrôme dur ou mou (Heurtaux). Avec cette ulcération naissent souvent des douleurs lancinantes et une altération grave de l'état général.

Enfin on a signalé la gangrène et la suppuration (Chassaignac) de la masse morbide.

Diagnostic. — La marche de la tumeur, son aspect bosselé, sa consistance, son volume, l'état général du sujet doivent entrer en ligne de compte pour formuler un diagnostic rationnel. Cependant, il faut bien le faire remarquer, la difficulté du diagnostic varie beaucoup selon le siège de la maladie. L'enchondrôme des doigts est facile à reconnaître, mais il n'en est plus de même pour les tumeurs qui se développent dans la profondeur des os des membres ou au tronc. Dans ces cas, on les confond avec des tumeurs fibreuses, osseuses, des hydatides, des sarcomes, etc.

L'enchondrome des parties molles est peut-être encore plus difficile à reconnaître, cependant le siège de la tumeur (testicule, parotide) doit être pris en sérieuse considération par le chirurgien.

Pronostic. — Comme le fait remarquer Heurtaux, les chondrômes pourraient être cliniquement distingués en deux groupes, au point de vue de leur marche et de leur gravité.

Tandis que les uns sont indolents, offrent peu de tendance à l'envahissement et n'affectent jamais toute l'économie, les autres sont douloureux, à marche rapide, et produisent une véritable cachexie. Après l'enlèvement, ces derniers récidivent soit sur place, soit dans les ganglions; enfin ils se généralisent.

D'ailleurs, ces deux types cliniques diffèrent anatomiquement; le chondrome bénin (Billroth) offre une structure qui se rapproche du tissu cartilagineux normal; il en serait tout autrement du chondrome qu'on pourrait appeler malin (Heurtaux).

Traitement. — Il peut être *palliatif* ou *curatif*.

a. On a conseillé la *compression*, la *ponction*, lorsque la tumeur renferme des kystes volumineux (Cruveilhier).

Ajoutons que cette dernière n'est pas exempte de dangers et qu'elle peut être suivie d'accidents d'infection putride (Heurtaux).

b. L'*extirpation* est le meilleur moyen d'obtenir la guérison de la maladie. Cette opération est en général facile pour les chondrômes des parties molles, ce qui tient à ce que la tumeur est assez bien limitée et en quelque sorte enkystée.

Quand le chondrome a pris naissance dans les parties dures, il est quelquefois possible de l'enlever sans extirper l'os lui-même, c'est surtout lorsqu'il s'est développé à la surface de l'os, sur le périoste (*périchondrômes*). Dans le cas d'enchondrome proprement dit, est-il possible d'enlever la tumeur en respectant l'os? Voillemier l'a fait à l'aide de caustiques, mais à cette méthode il vaut mieux substituer l'*évidement* préconisé par Sédillot.

Enfin lorsque le chondrome a atteint toute l'épaisseur d'un os, il ne reste plus que l'*amputation* ou la *réssection* (Nélaton, Chassaignac, etc.).

Si nous n'avons rien dit de l'*excision* des chondrômes qu'on ne peut enlever totalement, c'est qu'elle nous paraît être une assez mauvaise opération.

BIBLIOGRAPHIE. — Cruveilhier, *Anat. pathol. du corps humain*, t. II, 34^e liv., pl. 4 et 5, Paris, 1828. — J. Müller, *Ueber d. feineren Bau u. die Formen der krankhaften Geschwülste*, Berlin, 1838. — Vogel, *Traité d'an. path. génér. et spéc.* (trad. Jourdan, in *Encyclop. anat.*), p. 203, Paris, 1845. — Fichte, *U. das Enchondrom*, Tübingen, 1850. — Burnett, *Rech. microsc. et histol. sur l'enchondrome*, in *Arch. g. de méd.*, 4^e série, t. XXX, p. 79, 1852. — Paget, *Cartilaginous Tumours*, in *Lectures on Surg. patholog.*, t. II, p. 171, London, 1853. — Nélaton, *Note sur l'évolution des tumeurs cartilagineuses, etc.*, in *Gazette des hôpitaux*, p. 37 et 49, 1855. — Lebert, *Traité d'anatomie pathologique*, t. I, p. 207, 1855. — Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. III, p. 779, 1856. — Ol. Fayon, *Documents pour servir à l'histoire de l'enchondrome*. — Pathol. chir. 1. — 14

drôme, thèse de Paris, 1856, n° 61. — E. Favenc, *Etude sur l'enchondrôme*, thèse de Paris, 1857, n° 140 — Dolbeau, *Mém. sur les tumeurs cartilag. des doigts et des métacarpiens*, in *Archives générales de médecine*, 5^e série, t. XII, p. 448 et 669, 1858. — Id., *Des tumeurs cartilagineuses, de la parotide, etc.*, in *Gazette hebdomadaire*, 1858, p. 687, 717, 752, 804 et 886. — Id., *Mém. sur les tum. cart. des mâchoires*, in *Monit. des hôp.*, p. 499, 506, 522, 548, Paris, 1859. — Id., *M. sur les tumeurs cart. ou ench. du bassin*, in *le Progrès*, 1859, n°s 18-22, et 1860, n° 2. — Id., *De l'enchondrôme des glandes sébacées*, in *Gaz. des hôp.*, 1860, p. 491. — R. Virchow, *Die krankhaften Geschwülste*, Bd. I, s. 435, Berlin, 1863, et traduit. française par P. Aronsohn, t. I, p. 435, Paris, 1867. — Billroth, *Enchondrômes purs*, in *Elém. de path. chir. génér.*, p. 710 (trad. franç.), Paris, 1868. — A. Heurtaux, *Chondrôme*, in *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. VII, p. 498 (Bibliogr.), 1867. — Lücke, *Die Enchondrome*, in *Handb. der allg. und speciell. Chirurgie*, v. Pitha u. Billroth, Bd. II, Ab. I, H. 2, s. 518; Erlangen, 1869. — Rindfleisch, *Enchondrômes* in *Traité d'histol. pathol.* (tr. franç.), p. 154, Paris, 1873.

§ 6. — Ostéomes.

Ce sont des tumeurs formées par du tissu osseux.

Classification. — On peut les diviser en un certain nombre d'espèces selon leur texture et selon leur siège et leur origine.

Avec Cornil et Ranvier (1), nous distinguerons, d'après, la nature de leur tissu, trois espèces d'ostéomes :

1° Les *ostéomes éburnés*, qui n'offrent pas de vaisseaux et ont été signalés par Virchow à la face interne des os du crâne ;

2° Les *ostéomes compacts*, formés de tissu osseux compact ;

3° Les *ostéomes spongieux*, renfermant du tissu médullaire.

D'après leur mode de développement et leur siège, les ostéomes doivent être divisés en :

1° Ostéomes en connexions avec les os ; ce sont les *exostoses* et les *énostoses*, que nous décrirons aux maladies du tissu osseux ;

2° Ostéomes nés loin des os et sans connexions avec eux ; tumeurs qui n'offrent, pour la plupart, qu'un médiocre intérêt chirurgical.

Cette dernière variété d'ostéomes peut être considérée comme le résultat de véritables ossifications anormales se développant aux insertions des tendons (avec ou sans continuité avec l'os), dans les aponeuroses, les muscles, etc. Aussi, comme le fait remarquer Billroth, peut-on hésiter à ranger ces ossifications parmi les tumeurs.

Toujours est-il, c'est qu'elles succèdent au traumatisme, au moins très-souvent, et ce sont elles qu'on a surtout observées aux adducteurs de la cuisse chez les cavaliers, et aux bras chez les fantassins.

(1) *Loc. cit.*, p. 227.

(*Exercier Knochen*, de Billroth, Lücke, etc.). Nous reviendrons sur ces productions à propos des maladies du tissu musculaire.

La dureté caractéristique du tissu osseux, dureté également répartie sur tous les points de la surface de la tumeur, est un des meilleurs signes de l'ostéome. Toutefois, si l'on manque de commémoratifs, on pourra prendre pour une tumeur osseuse une production morbide calcifiée ou même ossifiée.

Le pronostic des ostéomes est presque toujours bénin, ces tumeurs ne se généralisent pas et ne sont dangereuses que par la compression qu'elles exercent sur les parties voisines, par la gêne qu'elles déterminent, enfin par le déplacement qu'elles font subir aux organes qui les entourent.

BIBLIOGRAPHIE. — Consulter celle des Exostoses.

§ 7. — Sarcômes.

Les sarcômes sont définis « des tumeurs constituées par du tissu embryonnaire pur ou subissant une des premières modifications qu'il présente pour devenir tissu adulte » (Cornil et Ranvier). On peut donc aussi les assimiler, comme le fait Rindfleisch, aux tissus résultant de l'hétéroplasie inflammatoire.

Pour Virchow et ses élèves, le sarcôme serait formé de cellules dérivant du tissu conjonctif, aussi pourrait-on l'appeler *tumeur à cellules conjonctives* (Lücke).

Les sarcômes d'ailleurs, présentant un grand nombre de variétés, ont reçu des noms très-divers parmi lesquels nous signalerons ceux de *tumeurs fibreuses albuminoïdes* (J. Müller), *tumeurs fibroplastiques* (Lebert), *tumeurs embryoplastiques* (Ch. Robin), *recurrent fibroid tumours*, *myeloid tumours* (Pajet), *tumeurs à myéloplaxes* et *tumeurs à médullocelles* (Ch. Robin), *plasmômes* (Folin), etc.

Quelques-unes de ces dénominations s'appliquent plus spécialement à des types de sarcômes, et cette distinction basée sur la structure des tumeurs fut d'autant mieux adoptée en France, qu'on espérait en tirer des caractères cliniques et pronostiques très-différents. Malheureusement cet espoir a été déçu au moins dans un grand nombre de cas : aussi est-on conduit à réunir ces divers types en un seul groupe, celui des sarcômes.

Anatomie pathologique. — Tel que nous l'étudions, le groupe des sarcômes renferme des tumeurs excessivement variables quant au volume, à la forme et à la consistance.