

*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<sup>e</sup> 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. — Sarcomes.

Les sarcomes 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 sarcome serait formé de cellules dérivant du tissu conjonctif, aussi pourrait-on l'appeler *tumeur à cellules conjonctives* (Lücke).

Les sarcomes 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 tumors*, *myeloid tumors* (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 sarcomes, 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 sarcomes.

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

Tantôt durs et rappelant les fibrômes, les sarcomes peuvent être mous, presque fluctuants, et se rapprochent alors soit des myxômes, soit des carcinômes ramollis. Leur couleur est aussi assez variable, quelques-uns offrent à la coupe une coloration rougeâtre toute spéciale (*T. à myélopaxes* de Ch. Robin), la plupart sont rosés, blanchâtres, jaunâtres ou bien noirâtres (*Sarcomes mélaniques*). On a encore comparé la teinte de leur coupe à celle de la chair, d'où le nom de *sarcome*. Enfin ils présentent des cavités kystiques remplies soit de sérosité colorée, soit de sang plus ou moins modifié.

En général, on peut dire que ces tumeurs ne renferment pas de suc comme les carcinômes, toutefois les sarcomes mous, enlevés depuis quelques temps, offrent au raclage un véritable suc dit cancéreux par les anciens auteurs.

Au point de vue histologique, ces tumeurs sont formées surtout de cellules et accessoirement de substance intercellulaire qui peut être en quantité très-variable.

Ces cellules présentent un certain nombre de variétés que nous allons passer rapidement en revue. Tantôt elles sont petites et rondes, plus ou moins analogues aux leucocytes; leur protoplasma est granuleux, elles renferment un gros noyau et un nucléole (*cellules embryonnaires, éléments embryoplastiques* de Ch. Robin). Ces éléments, qui présenteraient des mouvements amiboïdes (Lücke), forment les *sarcomes globulo-cellulaires simples* de Rindfleisch.

Tantôt les cellules petites ou grandes sont fusiformes, irrégulières, ont des prolongements multiples (*cellules étoilées*), parfois anastomosés. Ces cellules renferment un ou plusieurs noyaux ovales, entourés d'une matière granuleuse et contenant des nucléoles. Ce sont là les *éléments fibro-plastiques* de Lebert, qui, réunis, forment les *tumeurs fibro-plastiques*, les *sarcomes fuso-cellulaires* de Rindfleisch.

Parfois, enfin, les éléments cellulaires peuvent être énormes (*cellules mères* de J. Müller, *myélopaxes* de Robin, *plaques à noyaux multiples* de Lebert, *cellules multinucléaires* de Paget, *cellules gigantesques multinucléaires* de Virchow); ce sont de grosses cellules plates dépourvues de membrane d'enveloppe, contenant 50 et 100 noyaux nucléolés. A l'état frais, ces cellules envoient des prolongements sarcodiques (Lücke). Ce sont ces éléments à noyaux multiples qui constituent surtout les *tumeurs à myélopaxes* de Robin, et les *tumeurs myéloïdes* de Paget.

La substance intercellulaire, souvent peu abondante et amorphe (Cornil et Ranvier), présente quelquefois un développement plus considérable, est molle, liquide, fibrillaire, striée, et peut constituer un véritable *réticulum*. Il en résulte une réelle difficulté à différen-

cier certains sarcomes des carcinômes, ce qui a fait admettre des formes mixtes par Virchow. Notons que cette matière intercellulaire est albumineuse et peut renfermer de la mucine et de la gélatine (Lücke).

Les vaisseaux des sarcomes sont souvent nombreux, parfois même ils prennent un tel accroissement que la tumeur est pulsatile (*S. téléangiectasique*), et a été confondue avec des tumeurs anévrysmales (voyez les *Anévrysmes des os*). Ces vaisseaux, disposés très-irrégulièrement, ne présentent guère de parois propres, d'où la fréquence de leur rupture et de la formation d'épanchements et de kystes sanguins dans les tumeurs (Cornil et Ranvier).

*Espèces des sarcomes.* — Nous avons déjà signalé la multiplicité des variétés des sarcomes, et l'on peut dire que chaque auteur paraît s'être efforcé d'en augmenter le nombre.

Ces variétés sont presque exclusivement basées sur l'anatomie pathologique, toutefois quelques auteurs ont cherché à tenir compte non-seulement de la structure des tumeurs, mais aussi de leur évolution, enfin on a tenté des divisions cliniques (Lücke).

Au point de vue anatomique on peut diviser les sarcomes en trois espèces :

1° Les sarcomes à cellules rondes (*S. globo-cellulaires*).

2° Les sarcomes à cellules fusiformes (*S. fuso-cellulaires, tumeurs fibro-plastiques*);

3° Les sarcomes à cellules géantes (*S. gigante-cellulaire* de Virchow, *Tum. myéloïdes*, etc.).

Cette division correspond assez bien aux sarcomes dits *encéphaloïde, fasciculé* et *myéloïde* de Cornil et Ranvier (1).

A ces espèces, on peut en ajouter quelques autres :

4° Le *sarcome ossifiant*: le tissu embryonnaire tendant à se transformer en tissu osseux. Ces sarcomes s'observent surtout dans les os courts ou bien aux extrémités des os longs.

5° Le *sarcome muqueux*, décrit encore comme *myxo-sarcome* (Virchow) et dans lequel les cellules ont subi la transformation muqueuse;

6° Le *sarcome lipomateux* (*lipo-sarcome* de Virchow);

7° Le *sarcome fibreux* (*fibro-sarcome* de Virchow).

8° Le *sarcome cartilagineux* (*chondro-sarcome* de Virchow);

Ces dernières variétés constituent de véritables tumeurs mixtes, souvent difficiles à bien déterminer.

9° Le *sarcome mélanique* ou *mélanoïque* (Virchow), dans lequel les cellules sont imprégnées de granulations pigmentaires noires dès

(1) *Loc. cit.*, p. 120 et suivantes.

leur origine et par conséquent distinctes de l'imprégnation produite par la matière colorante du sang, qui d'abord rouge, ne devient noire qu'ultérieurement (Virchow).

Le plus souvent les cellules des sarcomes mélaniques sont arrondies ou fusiformes, et les granulations sont noires, disposées d'abord dans le protoplasma de la cellule qui entoure le noyau, puis dans ce noyau même. Quelquefois la substance fondamentale placée entre les cellules est elle-même pigmentée (Cornil et Ranvier).

Le point de départ habituel de ces tumeurs mélaniques est l'œil, la peau et exceptionnellement les ganglions lymphatiques.

10° A ces nombreuses espèces on pourrait encore en ajouter deux autres, séparées des sarcomes par Virchow, ce sont les *Gliômes* et peut être les *Psammômes* (1). Ces tumeurs, appartenant plus spécialement aux centres nerveux, offrent pour le chirurgien un intérêt restreint, toutefois les gliômes pouvant atteindre d'autres organes et en particulier l'œil, nous devons les étudier rapidement.

Décrits sous le nom de *Sarcomes névrogliaux* (Cornil et Ranvier), les gliômes présenteraient une texture semblable à celle du tissu conjonctif du cerveau, en un mot à la *névroglie*; ce sont ces tumeurs qui ont été décrites par le professeur Ch. Robin sous le nom de *tumeurs à myélocytes*, dénomination qui s'appuie sur l'identité de leurs cellules avec certains des éléments normaux de la rétine et de la couche corticale du cervelet (2). Les gliômes sont formés de petites cellules à noyau, dont un certain nombre offrent de fins prolongements qui, anastomosés les uns avec les autres, constituent un tissu réticulé analogue à celui de la névroglie. Ce réticulum, que nous avons déjà signalé en étudiant la structure des sarcomes en général, ne serait d'ailleurs pas très-caractéristique (Cornil et Ranvier). Enfin les gliômes possèdent des vaisseaux plus ou moins nombreux entourés d'une gaine lymphatique, comme les capillaires des centres nerveux (Cornil et Ranvier).

Les lésions de nutrition des éléments des sarcomes ne sont pas très-rares, et peuvent les modifier singulièrement quant à l'aspect et aux symptômes qu'ils peuvent présenter. Nous signalerons ici :

1° La *dégénérescence graisseuse*, qui consiste en une infiltration granulo-graisseuse des cellules, ce qui amène leur destruction. Cette altération peut être générale ou bien locale, et paraît alors causée par des *infarctus* (Cornil et Ranvier).

2° La *transformation calcaire*, qu'il ne faut pas confondre avec

(1) Voyez Cornil et Ranvier, *loc. cit.*, p. 133 (Sarcome angiolithique).

(2) Id., *loc. cit.*, p. 132.

l'ossification ou la production ostéoïde. Cette dégénérescence commence par la substance intercellulaire, puis entraîne l'atrophie des cellules par une sorte de compression (Cornil et Ranvier).

3° La *dégénérescence kystique*, soit qu'elle résulte de la transformation muqueuse d'un certain nombre de cellules, soit qu'elle tienne à une rupture vasculaire, due souvent au ramollissement graisseux ou muqueux des parties centrales du sarcome. Les kystes à contenu muqueux, sanguin ou séro-sanguinolent, sont très-fréquents dans les sarcomes mous ou à petites cellules (*S. encéphaloïdes* de Cornil et Ranvier, Billroth, etc.). Ces tumeurs ont été désignées par certains auteurs sous le nom de *cysto-sarcomes* (Lücke).

*Siège.* — Le point de départ le plus fréquent des sarcomes est le tissu conjonctif sous-cutané, intermusculaire et sous-aponévrotique. Ils sont aussi assez fréquents dans les os et s'y développent soit dans la moelle, soit sous le périoste (voyez plus loin les *sarcomes des os*). Enfin quelques auteurs admettent que le tissu conjonctif de certaines tumeurs peut devenir sarcomateux, d'où la production des tumeurs mixtes (Lücke) (?). Les sarcomes des nerfs et des glandes ne sont pas rares.

Quoi qu'il en soit, il faut noter que le sarcome participe toujours des caractères du terrain dans lequel il se développe.

Ainsi les sarcomes des os s'ossifient plutôt que les autres; ceux des ganglions lymphatiques auraient de petites cellules et un réticulum très-marqué (1); ceux de l'œil, de la peau présentent des cellules pigmentées; les sarcomes des aponévroses offrent une structure dense et présentent des éléments fuso-cellulaires ou fibro-plastiques de Lebert; etc.

*Étiologie et développement.* — Les tumeurs sarcomateuses se développent le plus souvent sans cause appréciable; quelquefois on peut invoquer un traumatisme comme un coup, une plaie, ou bien de simples excoriations souvent répétées.

Certaines affections cutanées congénitales (naevus, verrues) peuvent soit spontanément, soit consécutivement à un traumatisme, devenir l'origine de sarcomes (Lücke).

Les tumeurs sarcomateuses, dont nous n'avons pas à étudier ici le processus de développement (2), apparaissent de préférence aux premières périodes de la vie, plus particulièrement pendant la croissance et au moment de la puberté (*S. des maxillaires, des organes génitaux, etc.*). Toutefois il faut noter que ces tumeurs ont été observées

(1) Voyez plus loin les *Lymphosarcomes*.

(2) Voyez Cornil et Ranvier, *loc. cit.*, p. 140.

dans les os, au corps thyroïde, etc., même après quarante ans (Lücke). Quelques-uns sont congénitaux (Billroth).

Ces tumeurs paraissent se développer à peu près également dans les deux sexes (Lücke).

Les sarcomes s'accroissent de deux façons : tantôt la tumeur augmente par la prolifération de ses éléments cellulaires, il y a accroissement central ; d'autres fois la production morbide envahit continuellement les tissus voisins, avec lesquels elle paraît se confondre. De là, au point de vue clinique, deux formes distinctes de tumeurs : la forme *enkystée* et la forme *diffuse*, cette dernière d'un pronostic bien plus grave que la première. D'ailleurs cet envahissement peut être *continu* ou *discontinu*, et dans ce dernier cas on trouve à la périphérie du sarcome des masses de tissu morbide isolées de la tumeur principale et formant de véritables granulations à son pourtour. Y a-t-il là une migration des jeunes éléments cellulaires qui forment des colonies d'éléments semblables, comme l'admettent Virchow et ses élèves ? Cette migration facile, acceptée par Lücke, expliquerait, selon lui, les récidives locales si fréquentes du sarcome après son ablation. Ajoutons que pour Billroth, ces foyers périphériques à la tumeur sont assez rares.

*Symptomatologie.* — Les sarcomes se présentent sous l'aspect de tumeurs parfois très-volumineuses, tantôt dures et élastiques, d'autres fois molles et presque fluctuantes. En général, au moins à leur début, ces tumeurs n'adhèrent pas à la peau ; mais à cet égard il faut savoir qu'un certain nombre de sarcomes naissent précisément des téguments et présentent alors une forme bourgeonnante toute spéciale (*sarcomes papillaires*). Lorsqu'elles se développent dans le tissu cellulaire sous-cutané ou intermusculaire, ces tumeurs sont parfois mobiles ; il n'en est plus de même pour les sarcomes si fréquents de la moelle des os et du périoste.

La coloration de ces tumeurs est, avons-nous déjà dit, variable, et dans certains cas elle peut être appréciée du clinicien, c'est ainsi que la teinte rouge des tumeurs dites à myéloplaxes et la coloration noire des sarcomes mélaniques a été signalée par les observateurs.

Nous avons dit que les sarcomes pouvaient être mous, presque fluctuants ; dans quelques circonstances la présence de kystes volumineux rend cette fluctuation évidente et donne à la tumeur un aspect clinique tout spécial.

Parfois ces tumeurs provoquent de vives douleurs (*S. des nerfs*), souvent elles sont indolentes au moins pendant une certaine période de leur accroissement. On conçoit d'ailleurs que la région où se dé-

veloppe la production morbide doit entrer pour beaucoup dans l'apparition et l'intensité des douleurs.

Comme on le voit, ces symptômes sont tous trop variables pour pouvoir être décrits en général, aussi a-t-on cherché à constituer des types cliniques. Lücke, par exemple, passe successivement en revue :

1° Les sarcomes mous et les sarcomes durs, 2° les sarcomes mélaniques, 3° les sarcomes des parties molles, 4° ceux des os, 5° les sarcomes verruqueux de la peau, 6° les cysto-sarcomes, enfin 7° les lympho-sarcomes.

Nous ne pouvons insister sur cette classification fort discutable, mais de beaucoup préférable à celle de Billroth, qui cliniquement, croit devoir mêler les sarcomes avec les adénomes, les myxomes et les kystes.

La *marche* des sarcomes peut être fort lente ou bien très-rapide, cet accroissement rapide s'observerait surtout chez les individus jeunes. Toutefois, sous une influence inconnue, ces tumeurs peuvent prendre en peu de temps un développement considérable.

Dans quelques cas, soit spontanément, soit à la suite de traumatisme, les sarcomes s'enflamment, s'ulcèrent et se gangrènent ; on a même dit qu'il pouvait y avoir expulsion totale de la masse morbide par une véritable nécrose. Parfois les ulcérations se recouvrent de bourgeons fongueux offrant un aspect papillaire, et donnent issue à un liquide ichoreux qui peut être infect. Des hémorrhagies peuvent se produire et épuiser le malade.

Enfin, dans un trop grand nombre de cas, les tumeurs sarcomateuses se développent soit dans les ganglions voisins, ce qui est relativement rare si on compare la marche du sarcome à celle du carcinome ; soit dans les viscères, *par métastase*, suivant une expression clinique. Ces prétendus métastases se feraient surtout dans les organes où existe une petite circulation (foie, poumons), cependant les tumeurs secondaires peuvent apparaître presque partout (Lücke) ; ajoutons avec Cornil et Ranvier que cette généralisation est plus en rapport avec les propriétés de chaque espèce de sarcome qu'avec les propriétés générales du groupe. Ainsi il est admis par certains auteurs que les sarcomes à cellules petites, plus ou moins analogues aux leucocytes, se généralisent rapidement, vu leur facile transport par les vaisseaux (Lücke). D'un autre côté, Cornil et Ranvier, ne tenant pas seulement compte du diamètre des cellules, affirment « qu'un sarcome est d'autant plus grave que son organisation est moins élevée (1) ».

(1) *Loc. cit.*, p. 142 et 143.

*Diagnostic.* — Il est très-difficile dans un assez grand nombre de cas; toutefois le jeune âge du malade, la marche rapide de sa tumeur, son siège surtout, peuvent faire penser au chirurgien qu'il s'agit plutôt d'un sarcome et même de telle ou telle espèce de sarcome, que de toute autre tumeur.

Le siège, en effet, est un des éléments les plus importants peut-être pour formuler un diagnostic exact, et certaines tumeurs peuvent être dites des sarcomes par le fait même de leur situation (voyez *Epylis*).

Dans tous les cas, la multiplicité des productions dites sarcomateuses, les phénomènes si variables qui les caractérisent, leurs transformations possibles, leur combinaison avec d'autres tumeurs (lipômes, fibrômes, myxômes), ne nous permettent pas d'en donner un diagnostic général. Nous renvoyons donc le lecteur à l'étude spéciale des sarcomes des différents tissus et organes de l'économie.

*Pronostic.* — Il est très-variable, comme nous l'avons déjà dit, selon les variétés de sarcomes auxquelles on a affaire.

Tandis que le sarcome *globo-cellulaire* offrirait une gravité analogue à celle du carcinôme, vu sa facile généralisation; le sarcome *fuso-cellulaire* (tumeur fibro-plastique) récidiverait surtout sur place et se généraliserait moins fréquemment; enfin le sarcome à *cellules gigantesques* (tumeurs à myéloplaxes) aurait encore une gravité moindre, au moins d'une façon générale. Les *sarcomes mélaniques* sont peut-être de tous les plus malins.

Ce pronostic variable selon les variétés des sarcomes explique et justifie facilement les efforts de l'école dite française pour séparer les divers types réunis en un seul groupe par l'école dite allemande.

Enfin le pronostic varie encore selon l'organe ou le système atteint de sarcome.

*Traitement.* — On peut appliquer aux sarcomes tous les procédés d'extirpation des tumeurs, les détruire par les caustiques, la ligature, etc. (1). Souvent on doit avoir recours à l'amputation dans la continuité ou la contiguïté, enfin plus rarement aux résections.

**BIBLIOGRAPHIE.** — Lebert, *Des tum. fibro-plast. ou sarcomateuses*, in *Physiol. path.*, t. II, p. 120, Paris, 1845. — Virchow, *Z. Entwickel. gesch., des Krebses*, in *Arch. f. path. anat.*, Bd I, s. 105, Berlin, 1848. — Ch. Robin, *Sur l'existence de deux nouv. esp. d'élém. anatom.*, etc., in *Comptes rend. de la Soc. de biol.*, 1849, 1<sup>re</sup> série, t. I, p. 149. — Lebert, *Des pro-*

(1) Voyez Malgaigne, *Man. de méd. op.* (8<sup>e</sup> éd., par L. Le Fort), p. 134, 1<sup>re</sup> partie, 1874.

*ductions fibr. plast., etc.*, in *Bull. de la Soc. de chirurgie*, t. III, p. 248 et 251, 1852-53. — Willez, *Obs. de fibro-plastie généralisée*, in *Arch. gén. de méd.*, 4<sup>e</sup> série, t. XXIX, p. 453, 1852. — Paget, *Lectures on surg. pathol.*, vol. II, p. 151 (*Malignant fibrous tum.*), 155 (*Recurring fibroid tum.*), 212 (*Myeloid tumours*), London, 1853. — Follin, *Du cancer, du cancroïde et du tissu fibro-plastique, etc.*, in *Arch. gén. de méd.*, 5<sup>e</sup> série, t. IV, p. 729, 1854. — Th. Billroth, *U. e. eigenthüml. geschw. der muskeln.*, in *Arch. f. path. Anat.*, Bd IX, s. 172, Berl., 1856. — Lebert, *Des prod. fibro-plast., etc.*, in *Traité d'anat. path. gén. et spéc.*, t. I, p. 177-205, Paris, 1857. — John Birkett, *Contrib. to the pract. surgery, etc.*, series II, *Fibroplastic growths*, in *Guy's hosp. Rep.*, 3<sup>e</sup> série, vol. IV, p. 231, London, 1858. — R. Wolkman, *Ueber einige vom Krebs zu trennende Geschwül.*, Halle, 1858. — Lannelongue, *Histoire des tum. fibro-plastiques*, in *Mém. de l'Ac. de méd.*, t. XXVIII, p. 273, 1858. — E. Seuffleben, *U. fibroïd u. sarcome, etc.*, in *Arch. f. klin. chir.* v. Langenbech, Bd I, s. 81, 1860. — E. Nélaton, *T. à myéloplaxes*, thèse de Paris, 1860, n<sup>o</sup> 58. — Th. Billroth, *U. die feinere struktur der medullaren Geschwülste*, in *Arch. f. path. anat.*, Bd. VIII, s. 82 et 84, Berlin, 1860. P. Sick, *U. die entw. von Krebs, Eiter, u. Sarcom*, in *Arch. f. an. path.*, Bd XXXI, s. 265, 1864. — E. Richard, *Des tum. myéloïdes*, th. de Strass., 1867, n<sup>o</sup> 42. — A. Rocher, L. Bourdy, thèses de Paris, 1868, n<sup>os</sup> 4 et 14. — A. Lücke, *Die sarcome*, in *Handb. d. allg. u. speciell. Chirurg.* v. Pitha u. Billroth, Bd II, A. I, H. 2, s. 178-202 (Bibliogr.), Erlang., 1869. — Virchow, *Pathol. des tumeurs* (19<sup>e</sup> leçon), trad. franç. par P. Aronssohn, t. II, p. 167, Paris, 1869. — Th. Billroth et V. Czerny, *U. plexi-forme Geschwülste*, in *Arch. f. klin. chir.*, Bd. XI, s. 230, Berlin, 1869. — Th. Billroth, *U. alveoläre Sarcom*, in *ibid.*, s. 244, 1869. — J. Paget et C. H. Moore, *Fibro-cellular tumours, fibro-cystic tum. and myeloid tumours*, in *A System of surgery* by Th. Holmes, 2<sup>e</sup> éd., vol. I, p. 522, 528 et 635, London, 1870. — Rindfleisch, *Sarcomes*, in *Traité d'histol. path.*, 2<sup>e</sup> éd., trad. fr. par F. Gross, p. 135-152, Paris, 1873.

### § 8. — Épithéliômes.

On doit comprendre sous la dénomination d'*épithéliôme* des tumeurs formées de tissu épithélial, tumeurs qui, pour quelques auteurs, n'affecteraient jamais la forme d'organes définis, ce qui les différencie des papillômes et des adénômes (Cornil et Ranvier).

Cette affection, qui de préférence se montre aux téguments, a été décrite sous les noms divers d'*ulcère chancreux* ou *cancéreux*, de *cancer faux* (Ecker), de *cancroïde* (Lebert), de *cancer épithélial*, de *tumeur épithéliale*, de *carcinôme épithélial* (Allemands), enfin d'*épithélioma* (Hannover).

Si d'un côté les auteurs allemands tendent de plus en plus à rapprocher l'épithéliôme du carcinôme (Billroth, Lücke, Rindfleisch, etc.), d'un autre côté, les auteurs français paraissent s'être efforcés de