

L'envahissement d'un premier ganglion (1), puis de tout un groupe en rapport avec le néoplasme malin, est un symptôme dont l'apparition est précoce ou tardive, suivant la variété histologique de ce dernier, suivant aussi son siège dans une région abondamment pourvue ou non de voies lymphatiques larges et en rapport immédiat ou non avec celles-ci. Il est, en effet, généralement admis que c'est par les vaisseaux lymphatiques que se fait le transport des éléments morbides de la tumeur mère aux ganglions. C'est ainsi que dans le carcinome dont les alvéoles communiquent directement avec les lymphatiques (Cornil et Ranvier), dans le chondrome des testicules, dans les épithéliomes des muqueuses si riches en voies et en lacunes lymphatiques, l'engorgement se fait très rapidement, dès l'apparition de la première nodosité, pour ainsi dire, tandis qu'il est plus lent à se produire dans les néoplasmes encapsulés comme certains sarcomes, ou dans certains enchondromes des os. Des observations nombreuses ont du reste établi l'altération néoplasique des parois des lymphatiques intermédiaires transformés en cordons remplis d'éléments cellulaires de la tumeur; dans d'autres cas, par contre, les cordons néoplasiques font absolument défaut ou bien on les a trouvés constitués par des capillaires sanguins (Gussenbauer), les lymphatiques restant indemnes; mais on constaterait encore ici la présence dans la lymphe des éléments figurés morbides; quoiqu'il en soit, les ganglions engorgés sont

(1) Il ne faut pas confondre l'infection ganglionnaire avec l'adénite simple que peut provoquer une tumeur enflammée.

tantôt durs, petits comme dans le squirrhe, tantôt mollasses et volumineux comme dans l'encéphaloïde; ils peuvent comme les tumeurs elles-mêmes dégénérer, s'enflammer et s'ulcérer.

Enfin, des foyers secondaires de structure identique au carcinome, au lymphadénome, au sarcome, à l'épithéliome, etc., peuvent se développer en grand nombre dans les points de l'organisme que la voie sanguine ou lymphatique met en connexion immédiate avec la tumeur primitive. Un carcinome intestinal se généralisera de préférence par exemple dans le foie; on a vu cependant dans quelques cas les néoplasies secondaires siéger loin de la tumeur mère, alors que les viscères en rapport immédiat étaient épargnés, peut-être parce que ceux-ci n'étaient pas des terrains favorables à la transplantation de cette variété de tumeur. Ajoutons qu'il est exceptionnel de les observer dans les régions où siègent ordinairement les tumeurs primitives (mamelles, utérus, estomac, etc.); inversement, les tumeurs primitives sont rares là où se manifestent les néoplasies secondaires (poumons, plèvres, reins, vertèbres, etc.). Parfois certaines tumeurs se développent dans un même système organique avant d'envahir toute l'économie. Le sarcome mélanique ou fasciculé se multiplie par exemple tout d'abord à la peau et au niveau des tissus connectifs avant de se généraliser dans les viscères.

Le mécanisme de la propagation des tumeurs à distance est une question depuis longtemps controversée et qui nous paraît aujourd'hui à peu près résolue. Il y a eu (Carswell, etc.) les partisans de la diathèse primi-

tive (1) produisant une tumeur initiale puis s'aggravant sans cesse et donnant naissance aux noyaux secondaires et à l'état cachectique. De nos jours certains auteurs admettent un état diathésique secondaire ou dyscrasique dans lequel le sang, au contact du néoplasme primitif fournissant des sucs infectieux, s'altère et se charge de germes qu'il va ensuite disséminer dans les viscères; c'est dans cet ordre d'idées que Robin a émis l'hypothèse de l'absorption du blastème (2). Gussenbauer fait de petites molécules rondes, très réfringentes, spéciales, caractéristiques (éléments corpusculaires ou germes fécondants), et M. Heurtaux des granulations moléculaires de la cellule néoplasique, les agents infectieux ou les germes qui donneraient naissance aux tumeurs secondaires par transformation des cellules préexistantes des tissus infectés. Enfin dans la théorie parasitaire, les germes infectieux émanés de la tumeur primitive s'arrêtent dans les tissus où ils pullulent et produisent les îlots secon-

(1) Une infection générale primitive ne peut être admise que dans les cas de tumeurs primitives d'emblée, (sarcomatose cutanée généralisée, carcinose miliaire, etc).

(2) Dans ces dernières années (*Académie des Sciences*, 1883), M. Sappey se basant sur l'examen du sang fait dans quatre cas de tumeurs cancéreuses, et sur l'altération constante des globules blancs (volume double, noyaux segmentés, dégénérescence graisseuse) donne de l'accroissement et de la généralisation des tumeurs la théorie suivante: « ... En traversant le foyer primitif, les globules blancs du sang s'altèrent, dégèrent, et prennent ensuite trois directions différentes. Les uns sortant des capillaires sanguins, se déposent sur le point malade, et deviennent le centre de formation d'une tumeur dont la tendance est de s'accroître indéfiniment; d'autres se portent sur les ganglions qui subissent bientôt une dégénérescence secondaire; d'autres restent dans le sang veineux et propagent le cancer dans toutes les parties de l'économie. »

daires; la théorie de la migration et de la greffe des éléments de la tumeur mère (fragments et cellules) constatés dans les vaisseaux (embolies), basée sur l'évolution des néoplasies secondaires, sur les observations de Paget, de Weber, etc. (consignées dans la thèse déjà citée de Michaloff) paraît la plus rationnelle? Les cellules néoplasiques par suite de leurs propriétés immanentes d'hypergénèse anormale, monstrueuse sont transportées au milieu des tissus où elles se greffent et reproduisent des néoplasmes secondaires; tantôt lentement, suivant la voie lymphatique elles s'arrêtent dans les ganglions où elles prolifèrent pour gagner ensuite de proche en proche les ganglions voisins, puis le canal thoracique et la circulation générale (1); tantôt rapidement (sarcomes) par la voie sanguine, les éléments néoplasiques détachés de la masse qui a perforé les vaisseaux vont contaminer et infecter des points multiples de l'économie.

c. *Régression*. Le stade de régression est caractérisé par la transformation ou dégénérescence caséuse, graisseuse, colloïde, muqueuse, calcaire d'une partie de la masse néoplasique. Enfin les phénomènes de destruction moléculaire (ulcération), d'inflammation, de gangrène partielle ou totale appartiennent également à ce stade; nous y reviendrons dans le paragraphe suivant.

(1) Les cas de propagation de carcinome utérin aux plèvres et du carcinome mammaire au péritoine, grâce aux relations de ces séreuses avec les lymphatiques du diaphragme, constituent une variété de ce mode de généralisation. Rapprochons de ces faits l'extension des tumeurs par les gaines des nerfs assimilées par Ranvier à des espaces périlymphatiques.

VII. Symptomatologie. Marche. Terminaison.

Nous nous en tiendrons dans ce paragraphe à quelques considérations générales, chaque variété de tumeurs comportant une symptomatologie et une évolution clinique qui lui sont spéciales.

Les tumeurs bénignes comme les malignes débutent sournoisement, sans apporter de troubles sérieux dans les fonctions ; c'est tout d'abord une toute petite masse (*nodosité mère*) que viennent peu à peu accroître des nodosités secondaires. Nous avons vu qu'une fois formée cette masse néoplasique a comme caractère pathognomonique, une tendance à se développer *incessamment*, lentement ou rapidement, suivant sa nature histologique, suivant aussi la résistance des tissus environnants. Assez régulièrement circonscrite dans les néoplasmes bénins qui refoulent et condensent périphériquement les éléments anatomiques voisins, et dont l'accroissement s'effectue parfois d'une manière égale et lente dans toutes leurs parties, la forme des tumeurs malignes est au contraire diffuse, fort difficile à limiter, parfois des plus bizarres, à cause des ramifications, sorte de racines qu'elle pousse dans tous les sens.

De consistance uniforme, à moins que des dégénérescences kystiques, des apoplexies, des phénomènes de ramollissement ne viennent les modifier, les tumeurs bénignes jouissent d'une certaine mobilité, ne sont le siège ni de douleurs spontanées ni de douleurs à la

pression, n'envahissent pas les ganglions, ne pullulent pas dans l'économie (tumeurs secondaires), n'altèrent pas sensiblement la santé générale, et ne récidivent pas après l'ablation ; leur marche est des plus lente. Quant aux accidents locaux qu'elles peuvent provoquer, ce sont des troubles fonctionnels, des phénomènes mécaniques de poids, de compression, d'ordre vasculaire (inflammation, œdème, gangrène, etc.) ou nerveux (paralysies, etc.).

Tout autre est la physionomie, et bien différente l'évolution clinique des néoplasmes malins, à contour irrégulier, à surface bosselée, durs et ramollis par place, suivant les cas, presque immobiles au milieu des tissus avec lesquels ils font corps profondément par des traînées multiples. Adhérents par leur face profonde, épaissis, déprimés et chagrinés comme la peau d'une orange, les téguments sont sillonnés par des veines volumineuses. Des douleurs lancinantes que la pression réveille, traversent à intervalles irréguliers la tumeur. Faisons remarquer après M. Verneuil (1), qu'au début de tout néoplasme, qu'il soit bénin ou de nature maligne, l'indolence est de règle ; la tumeur ne devient douloureuse qu'en progressant et en irritant les filets nerveux périphériques.

Après un temps variable d'intégrité, la peau de certaines tumeurs devient violacée, l'épiderme s'exfolie ; infiltré par les éléments néoplasiques le derme se détruit, et l'ulcération spontanée des néoplasmes malins (naturelle de Broca) est réalisée. Ainsi que nous l'avons

(1) Verneuil, *Indolence et douleur dans les néoplasmes* (15^e session (Nancy) de l'Assoc. Franç. pour l'Avanc. des Sciences, 1886).

exposé précédemment (voyez pages 180 et 181), l'ulcération accidentelle des tumeurs se produit suivant un autre mécanisme; elle est la conséquence de froissements répétés, d'une gêne circulatoire, ou bien de l'amincissement et de la distention des téguments insuffisamment nourris. Une fois produite, l'ulcération de la peau ou des muqueuses est toujours activée par l'exposition à l'air extérieur. Sa surface est anfractueuse, saignante ou grisâtre, pultacée; ses bords durs, irréguliers, déjetés, amincis, et comme taillés à l'emporte-pièce. Le liquide qui les baigne, séro-purulent, mal lié, sale, contient des détritiques néoplasiques, et exhale une odeur fétide, nauséabonde (ichor ou sanie). Bientôt, des saillies mamelonnées, saignant au moindre contact, sorte de bourgeons charnus, villeux, de 1 à 2 centimètres de longueur, formées d'éléments spécifiques, de substance granuleuse et de fins capillaires pelotonnés, recouvrent la surface ulcérée de véritables végétations en choux-fleurs. D'autres fois le néoplasme, après avoir troué les téguments, bourgeonne sous forme d'un champignon exubérant; des hémorragies en nappe répétées sont communes au niveau de ces productions très vasculaires; parfois un écoulement sanguin considérable se produit, lorsque les végétations comme frappées de gangrène laissent à leur place, en tombant, un ulcère anfractueux au fond duquel s'est ouvert un vaisseau volumineux.

Assez rarement, les tumeurs sont le siège de phénomènes inflammatoires d'origine spontanée ou traumatique qui se terminent par la gangrène, la suppuration

ou par la résolution, et donnent lieu à une adénite franche, bien différente de l'engorgement ganglionnaire dont nous allons parler. Une poussée phlegmasique a pu, exceptionnellement, modifier favorablement l'évolution d'un néoplasme, mais il y a infiniment plus de chances d'observer une aggravation.

La gangrène, complication beaucoup plus fréquente, est une terminaison possible de l'inflammation, ainsi que nous venons de le dire; elle peut aussi résulter d'une gêne circulatoire et d'un traumatisme. On la voit envahir partiellement ou dans leur totalité les tumeurs volumineuses, ulcérées, détachant de gros blocs putréfiés, fétides, ou un groupe de végétations en choux-fleurs; mais, peu à peu, de nouveaux bourgeons viendront combler la perte de substance.

Qu'une tumeur maligne soit ulcérée ou non, au bout de quelques mois les ganglions correspondants s'engorgent, reliés parfois au néoplasme primitif, nous l'avons vu, par des cordons de lymphangite néoplasique; puis des tumeurs secondaires se forment; alors, apparaissent les symptômes généraux caractéristiques de l'infection de l'économie (anémie spéciale, amaigrissement, pâleur des téguments ou teinte jaunepaille, diarrhée, fièvre hectique, œdème des membres). Cet état cachectique particulier qui, chez certains malades, est compatible pendant quelque temps avec un reste d'embonpoint, se termine rapidement par la mort, surtout si la tumeur par son siège au niveau de l'œsophage, de l'estomac, des voies respiratoires, etc., met obstacle à des fonctions essentielles,

ou si une complication phlegmasique viscérale, une hémorrhagie foudroyante survient qui emporte le malade en quelques jours ou même en quelques heures. Ajoutons à cette intoxication de l'économie par les produits néoplasiques, la perte des forces consécutive aux hémorrhagies répétées, aux larges ulcérations, aux vives douleurs, etc. (1).

A l'étude de la généralisation des néoplasmes se rattache celle de la *récidive*, c'est-à-dire de leur reproduction sur place (par continuation), ou à distance (par repullulation). Après leur ablation ou leur destruction, les tumeurs bénignes comme les malignes repoussent *in situ*, quand on les a incomplètement enlevées, et cela, d'ordinaire, peu de temps après l'opération (polypes muqueux, sarcomes, etc.), parfois même avant que la plaie opératoire ne soit complètement cicatrisée. Ce n'est pas à proprement parler une récidive, mais une continuation du foyer néoplasique primitif. Or, l'ablation complète d'une tumeur n'est pas toujours possible, en raison de son siège et de ses rapports avec les régions ou organes voisins; l'opération incomplète n'en sera pas moins indiquée, dans certains cas, nous le dirons plus loin, malgré la presque certitude de la récidive; les chances de celles-ci seront d'autant plus faibles, que

(1) Rommelaëre (de Bruxelles) ayant constaté de l'*hypo-azoturie* dans le cours de tumeurs de mauvaise nature, a voulu attacher à ce fait vrai en général une valeur diagnostique et pronostique qu'il ne saurait comporter, attendu que d'après les recherches plus récentes de Grégoire, A. Robin et Kirmisson, la diminution du chiffre d'urée excrétée n'est pas constante, et qu'elle s'observe dans la tuberculose et dans les tumeurs bénignes aussi bien que dans les tumeurs malignes. Kirmisson, *L'urée dans le cancer* (1^{er} Congrès français de Chirurgie, Paris, 1885).

le néoplasme sera limité, et bien isolé par une membrane d'enkystement, que la région sera plus pauvre en voies lymphatiques et sanguines, et que les tissus sains n'auront pas été ménagés par l'incision. On emploie encore le terme de *récidive*, lorsque la reproduction a lieu dans les ganglions lymphatiques en rapport avec la tumeur extirpée et reconnus indemnes au moment de l'opération, ou lorsque, longtemps après l'intervention, plusieurs masses néoplasiques apparaissent à distance dans différents organes qui ne sont reliés entre eux par aucune connexion vasculaire. Dans le premier cas, il est rationnel d'admettre que les ganglions étaient déjà envahis, bien qu'aucun signe n'ait permis de le constater; quant au second mode de repullulation, on peut le considérer comme une forme de généralisation des tumeurs.

La récidive, fort rare quant il s'agit d'un lipome, d'un fibrome, d'un adénome, s'observe fréquemment dans le cas de sarcome, et devient presque la règle dans le cas d'épithélioma, et surtout de carcinome. Cependant, lorsque ces derniers néoplasmes sont opérés de bonne heure, la reproduction peut manquer, ou bien ne se faire qu'après plusieurs années (10, 15 ans) (Esmarch, Estlander, Billroth, Heurtaux, etc).

Au point de vue de la *marche*, les tumeurs présentent trois modes différents d'évolution. Dans une variété de carcinome (carcinose aiguë) que l'on a comparée à la granulie tuberculeuse, et dans laquelle une véritable éruption de nodules secondaires (1) (poumons,

(1) Vulpian et Charcot ont observé des cas de carcinose aiguë primitive.

foie, reins, intestins, plèvres, etc.) succède tout-à-coup à une tumeur primitive, le malade est emporté en quelques semaines. Le cancer et le sarcome encéphaloïdes marchent aussi très rapidement, et leur durée moyenne ne dépasse guère un an, dix-huit mois. D'autres variétés peuvent au contraire demeurer stationnaires pendant de longues années (lipomes (1), enchondromes, squirrhe atrophique, etc), puis à la suite d'une opération incomplète, d'une contusion, parfois spontanément, entraîner la mort à bref délai par un accroissement exagéré, et par des complications subites. Enfin le même néoplasme, suivant l'organe qu'il occupe, est tour à tour rapide ou lent dans son évolution; citons, sous ce rapport, l'épithélioma tubulé du col utérin et celui de la muqueuse vésicale, le carcinome œsophagien et celui de la face, etc. Mais, en général, les tumeurs s'accroissent tout d'abord insensiblement avec une grande lenteur; puis, les éléments néoplasiques proliférant d'autant plus activement qu'ils deviennent plus abondants, l'augmentation de volume devient de plus en plus marquée.

Ainsi donc, à part les cas absolument rares et sujets à discussion, dans lesquels des chirurgiens éminents ont assisté à la résorption spontanée, à la guérison de tumeurs malignes, pendant le cours d'un érysipèle (2), d'une affection générale grave, ou bien, par suppuration et gangrène (Velpeau, Paget, Estlander, etc.), la mort est

(1) Exceptionnellement, on a vu le lipome prendre rapidement un développement considérable (Heurtaux).

(2) A. Vautrin, *Du traitement chirurgical des myomes utérins* (Th. d'Agrég., 1886).

la terminaison habituelle de ces dernières, lorsqu'elles sont abandonnées à elles-mêmes. Nous venons de voir qu'elle est la conséquence des progrès de la cachexie plus ou moins rapide suivant la variété histologique, ou bien des complications. Quant aux tumeurs bénignes, elles ne compromettent l'existence qu'en dégénéralant ou en mettant obstacle par leur volume ou leur siège à des fonctions importantes, ou bien encore en épuisant le malade par des hémorrhagies abondantes et répétées (1).

VIII. Diagnostic.

Le plus souvent, les signes fournis par les tumeurs sont si caractéristiques que le diagnostic ne saurait présenter de difficultés (2); celles-ci commencent, quand il s'agit de déterminer leur espèce histologique et de rechercher si des dépôts de généralisation n'existent pas dans les viscères.

Dans tous les cas, en dehors des symptômes locaux, il est nécessaire de tenir le plus grand compte des antécédents et de l'âge du malade, de la marche, du siège, et de l'indolence ou non de la lésion. Ce sont

(1) Quelques-unes de ces tumeurs, les fibro-myomes utérins, par exemple, peuvent se résorber complètement, soit après l'accouchement, soit en pleine activité sexuelle; Guéniot, Gross, Gusserow, etc., en ont cité plus de trente observations.

(2) Des anomalies congénitales de conformation d'une région ou d'un organe ont pu faire croire, dans quelques cas, à l'existence d'un néoplasme; nous ne parlerons pas des tumeurs imaginaires qui amènent nombre de malades dans le cabinet du chirurgien.

ces divers éléments réunis qui établissent le plus sûrement le diagnostic.

Les tumeurs cartilagineuses, les polypes fibreux nasopharyngiens, les exostoses, les sarcomes appartiennent plus spécialement à la jeunesse; le carcinome et l'épithéliome à l'âge mûr et à la vieillesse.

Une ulcération labiale ne remontant qu'à quelques semaines et accompagnée dès le début d'adénopathie sous-maxillaire, chez un jeune sujet, est une lésion syphilitique et non un épithélioma. Une tumeur rénitente lisse du testicule acquiert-elle en quelques mois le volume du poing? Il s'agit probablement d'un sarcome et non d'une hématocele vaginale. La lenteur ou la rapidité d'évolution prend surtout de l'importance dans le diagnostic des tumeurs bénignes et des tumeurs malignes. La douleur du névrome est pathognomonique; le carcinome est spontanément douloureux, tandis que l'adénome et le chondrome ne le sont jamais. Mais, nous avons dit précédemment que d'une façon générale les néoplasmes deviennent seulement douloureux lorsqu'ils prennent une marche envahissante; l'apparition de la douleur est donc un signe de généralisation.

Les néoplasmes bénins, en particulier, se distinguent assez facilement des tuméfactions inflammatoires parce qu'ils sont généralement mieux circonscrits, plus mobiles, qu'ils s'accroissent d'une façon insidieuse, continue, sans manifestations phlegmasiques et sans tendance à la suppuration; quant à l'hypertrophie pure, elle envahit et modifie habituellement tout un organe, tout un segment de membre, tandis que les tumeurs sont

mieux limitées. Cependant, des indurations, des empâtements persistants du sein ou des glandes lymphatiques d'origine inflammatoire, peuvent simuler une tumeur et il sera parfois nécessaire d'attendre et d'observer la marche de la lésion, avant de se prononcer sur la véritable nature.

Une variété de sarcome est souvent prise au début pour un abcès, et est traitée comme tel; nous voulons parler du sarcome myéloïde du maxillaire supérieur. Une tumeur, molle, rougeâtre s'est développée rapidement, accompagnée de violentes douleurs; on croit percevoir de la fluctuation, et l'incision ou la ponction ne donne issue qu'à du sang et non à du pus.

L'étude de la consistance d'une tumeur constitue un élément essentiel du diagnostic. A ce point de vue, on peut diviser les néoplasmes en deux groupes, les liquides et les solides; la consistance de ces derniers est molle, ferme ou dure. Les tumeurs liquides sont fluctuantes, c'est-à-dire que leur exploration donne la sensation parfois d'un flot, mais le plus souvent, d'un corps qui cède à la pression digitale et se déplace pour rebondir ou revenir aussitôt; tels sont les kystes. Nous verrons plus loin que cette sensation est parfois difficile à percevoir, et qu'elle ressemble beaucoup à celle que donnent les tumeurs molles; dans ces cas, une ponction exploratrice avec un fin trocart est nécessaire.

Si la fluctuation, la consistance bien uniforme et l'indolence autorisent à considérer la tumeur comme un kyste, il faut ensuite préciser la nature du contenu liquide. La tumeur est-elle superficielle et saillante?

On recherchera la transparence à l'aide du sthétoscope, puis le frémissement hydatique. La ponction exploratrice, en vidant la tumeur, servira à déterminer si l'on a affaire à un kyste simple ou à un kysto-sarcome, à un liquide séreux, ou sanguinolent, etc.

Des battements, des mouvements d'expansion, un bruit de souffle indiquent une tumeur vasculaire, une tumeur érectile ou un anévrisme. Ce dernier est réductible, tandis que les sarcomes ou carcinomes vasculaires ne le sont pas ; les angiomes sont bien un peu réductibles, mais ils sont diffus et ont un mode de développement particulier.

La consistance très dure appartient aux chondromes, aux ostéomes, aux tumeurs qui, comme les sarcomes, sont encapsulées dans une atmosphère osseuse, et aux épithéliomes calcifiés indépendants du squelette.

Au nombre des tumeurs très molles, nous placerons le myxome, le cancer et le sarcome encéphaloïdes. La première est d'un diagnostic difficile, qu'éclaireront parfois la ponction exploratrice et l'examen microscopique de la substance trouvée dans la canule du trocart ; les deux autres sont des néoplasmes à marche rapide, le sarcome s'observe plus particulièrement dans la jeunesse, l'enfance, et infecte moins rapidement les ganglions et l'économie que le carcinome. Enfin la consistance élastique ou rénitente est un signe propre aux adénomes, aux fibromes, aux lipomes, aux sarcomes fasciculés, aux épithéliomes, au cancer squirrheux, et aux myomes.

Les épithéliomes comme les adénomes naissent dans

une région pourvue de glandes (peau, muqueuses, mamelles, etc.) ; mais les adénomes progressent très lentement pour n'atteindre qu'un volume médiocre, restent bien mobiles, et ne retentissent ni sur le système lymphatique, ni sur l'organisme ; tandis que les épithéliomes sont des néoplasmes à marche envahissante s'ulcérant et gagnant rapidement les ganglions. Le squirrhe n'apparaît jamais primitivement là où il n'y a pas d'éléments épithéliaux, et rarement avant l'âge de 30 ans ; son évolution clinique est suffisamment caractéristique pour qu'il n'y ait pas doute prolongé sur sa nature.

Le myome, le lipome et le fibrome pur sont des tumeurs à marche très lente ; leur ulcération, leur propagation et leur récurrence sont d'une rareté extrême ; le fibrome est d'une dureté caractéristique et complètement indolent ; le lipome, lobulé, pâteux est le type de la tumeur bénigne ; quant aux myomes, ils n'ont pas de signes objectifs propres, et il faut le secours du microscope pour déterminer exactement leur structure.

La consistance du sarcome fasciculé bien que généralement rénitente, est parfois inégale, ferme dans un point, molle dans d'autres. Né dans la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le périoste, les os, le tissu fibreux, les glandes, il se développe rapidement, mais il est moins malin que les autres variétés de sarcome.

Quelle que soit l'espèce de tumeur, il faut reconnaître les connexions qu'elle affecte avec le voisinage et déterminer à quel point elle retentit sur les ganglions et sur l'organisme : notions très importantes