

de même nature se sont à peu près toujours présentées sous cet aspect.

On trouve à la paume de la main des *sarcomes* de toutes les formes; mais le *sarcome fasciculé* est beaucoup plus fréquent que les autres. Il se développe profondément. Son point de départ ordinaire est la gaine des tendons des fléchisseurs; de là il s'étend au milieu des tissus voisins avec lesquels il finit par contracter des adhérences. Quand on ne l'enlève pas à temps, il les détruit à la longue. Les os eux-mêmes ne sont point épargnés, et en présence d'un sarcome arrivé à une époque assez avancée de son développement, Wells se demanda un instant s'il n'avait point affaire à un enchondrome (1).

A leur début ils sont quelquefois reliés aux gaines tendineuses par un large pédicule que plus tard il est impossible de retrouver. Leur volume ne devient pas aussi considérable que celui des lipomes: Hilton et Wordsworth en ont enlevé plusieurs gros à peu près comme des châtaignes. Leur forme est régulière, sans bosselures. Coulson a pourtant signalé la production de petites excroissances villeuses à la surface d'une de ces tumeurs (2). Ils changent de consistance suivant leur vascularité et la quantité de cellules embryonnaires qu'ils contiennent. Certaines tumeurs fibro-plastiques offrent pendant la vie les caractères de véritables angiomes. Dans un cas de cette nature, l'examen microscopique seul put montrer à Hilton qu'il avait eu affaire à une tumeur *récurrente fibroïde* (3).

A la coupe, leur aspect, sans s'éloigner jamais du type du sarcome fasciculé, présente des modifications suivant leur âge et leur siège. Tantôt ces tumeurs ont un aspect blanc mat, presque uniforme; leurs vaisseaux, très-peu abondants, forment une sorte de piqueté peu serré sur le fond; tantôt elles sont nacrées en certains points. La consistance est par places molle et comme gélatineuse. On a décrit anciennement un assez

(1) *Pathol. Soc. of London*, 6 janv. 1857.

(2) *The Lancet*, 1859.

(3) *Id.*, 1857.

grand nombre de tumeurs encephaloïdes développées dans l'épaisseur de la paume de la main (1); il est fort probable que beaucoup d'entre elles n'étaient autre chose que des sarcomes de cette espèce.

Nous avons dit, en parlant des lipomes, qu'ils apparaissent surtout dans la jeunesse et l'âge adulte; les fibro-sarcomes et les sarcomes se développent à tous les âges, dans la vieillesse comme à une autre époque de la vie. Il semble pourtant résulter des observations publiées jusqu'aujourd'hui que c'est chez des personnes de vingt-cinq à trente ans qu'on les rencontre surtout. Les uns grossissent peu à peu, deviennent superficiels et s'ulcèrent; les autres, restés pendant longtemps stationnaires, augmentent tout à coup de volume et obligent le chirurgien à intervenir. Chez le malade de Coulson, la tumeur passa presque inaperçue pendant cinq ans. En moins d'un an, elle acquit le volume d'une mandarine et devint douloureuse.

Leur pronostic est beaucoup plus grave que celui des lipomes. Des tumeurs qui paraissent presque exclusivement fibreuses peuvent se reproduire après l'ablation et même envahissent les ganglions. Wordsworth a vu une tumeur récurrente fibroïde de la paume de la main, enlevée avec le plus grand soin, récidiver au bout de deux mois avec invasion immédiate des ganglions de l'aisselle. La tumeur, enlevée par Coulson, se reproduisit trois fois sur place, et l'on fut obligé, pour sauver la vie du malade, de réséquer une partie du radius.

Les symptômes physiques et fonctionnels des sarcomes à leur début se rapprochent assez de ceux des lipomes. Comme eux, ils sont profonds, mobiles et indolents. Plus tard, les choses se dessinent: le sarcome devient dur, immobile et douloureux. Sans être aussi vives que celles du carcinome vrai; les douleurs inquiètent parfois les malades, les privent de sommeil et généralement les amènent à réclamer une opération qu'ils avaient jusqu'alors refusée. Plus tard, la peau s'amincit, change de couleur, et l'ulcération apparaît.

(1) Voy. Niet, *Bulletins de la Société anatomique*, 1837.

Comparée au lipome, la tumeur fibro-plastique en diffère par sa tendance à contracter des adhérences avec les parties voisines par sa dureté, sa marche envahissante et surtout la gravité de son pronostic.

III. *Diagnostic différentiel des tumeurs solides de la paume de la main.* — Maintenant, Messieurs, que nous connaissons toutes les particularités des tumeurs fibro-graisseuses, fibreuses et fibro-plastiques de la paume de la main, nous pouvons mettre à profit les notions que je viens de vous exposer et traiter la question du diagnostic différentiel.

Elle en comprend deux autres que nous énoncerons de la sorte :

1° Lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur de la face palmaire de la main, peut-on éliminer un certain nombre de productions et limiter son diagnostic à celle que nous venons d'étudier?

2° Est-il possible de préciser davantage et de dire à laquelle de ces trois tumeurs on peut avoir affaire?

Pour résoudre la première de ces deux questions, nous examinerons alternativement les tumeurs *liquides* et les tumeurs *solides* de la paume de la main qui présentent une certaine analogie avec celles dont nous nous occupons.

A. *Tumeurs liquides.* — Les collections purulentes enkystées, les kystes synoviaux de la gaine des fléchisseurs, les kystes séreux et hydatiques, les angiomes, offrent tous plusieurs traits de ressemblance avec les tumeurs graisseuses, fibreuses et fibro-plastiques.

Toutes n'ont pas la même fréquence : les kystes des gaines tendineuses se rencontrent très-souvent à la paume de la main ; on n'y trouve presque jamais de kystes séreux ou hydatiques. Il en est de même pour les collections purulentes ; les unes, celles qui proviennent d'une carie ou d'une nécrose des métacarpiens, sont fréquentes. On n'a pas d'exemple jusqu'ici d'abcès froids idiopathiques de la région.

1° Les *collections purulentes enkystées.* Je n'insiste pas sur les abcès chauds, toujours faciles à reconnaître. Les abcès

froids idiopathiques sont rares et ne peuvent guère tromper le chirurgien. Quant à ceux qui sont symptomatiques d'une affection du squelette de la main, on n'a le plus souvent aucune difficulté à retrouver leur origine osseuse. Si un ou deux os sont augmentés de volume, si les téguments sont amincis, vascularisés, s'il y a de l'œdème remontant jusque sur la face dorsale de la main, tout porte à croire que l'on a bien affaire à un abcès de cette nature. L'affection osseuse n'est presque jamais restée indolente ; jusqu'au moment où il s'est produit elle a donné lieu à des douleurs revenant à intervalles irréguliers et accompagnées des poussées inflammatoires du côté des téguments. En outre, la collection purulente, au lieu de s'enkyster et de rester stationnaire, se fait jour d'elle-même. Un ou deux trajets fistuleux s'établissent et permettent de pratiquer une exploration sérieuse avec le stylet. A ce moment, la confusion n'est plus possible. Par leur marche, par leur peu de tendance à s'enkyster, par la facilité avec laquelle ils produisent des fistules, les abcès ossifluents de la région palmaire se distinguent essentiellement des autres tumeurs molles qu'on y trouve.

2° Les *kystes synoviaux* des gaines tendineuses forment des tumeurs siégeant au niveau de la racine des trois derniers doigts lorsqu'ils occupent la gaine du fléchisseur commun, à la base de l'index quand ils se sont développés dans la gaine de son fléchisseur propre. Ils remontent verticalement vers le poignet, ne s'étendent presque jamais au-dessous des éminences thénar ou hypothénar. Ce sont des tumeurs légèrement réductibles, surtout de bas en haut. Certaines d'entre elles sont doubles ou plutôt en bissac, de sorte qu'une partie fait saillie au-dessus du ligament antérieur du carpe. D'autres sont surmontées de bosselures irrégulières, correspondant aux points où la gaine, inégalement résistante, s'est le plus distendue.

Les kystes à grains hordéiformes présentent avec les caractères précédents un signe qui leur est propre : lorsqu'on exerce à la surface une pression un peu sensible, soit pour provoquer la fluctuation, soit pour les réduire en partie, on entend une

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U. A. N. L.
BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U. A. N. L.

sorte de frémissement particulier qu'il est difficile de comparer à aucun autre bruit. Il ne ressemble point, comme on l'a dit, au froissement de la soie, encore moins à celui des grains d'amidon. Ceux d'entre vous qui ont suivi ces leçons depuis le commencement de l'année l'ont entendu bien souvent. Il est pathognomonique. Une tumeur qui présente ce caractère est, à n'en pas douter, un kyste à grains riziformes.

3° Les *kystes séreux non synoviaux* et les *kystes hydatiques* donnent lieu aux mêmes considérations que les abcès froids idiopathiques. Jusqu'ici, on n'a point eu l'occasion d'en voir à la paume de la main. Il serait impossible, dans le cas où ces tumeurs seraient profondes, de le reconnaître autrement que par une ponction ou une incision exploratrice; car, si la poche était distendue, leur fluctuation ressemblerait à s'y méprendre à la fausse fluctuation des lipomes.

4° Les *angiomes* sont parfois difficiles à distinguer des sarcomes. Nous savons que quelques-uns de ces derniers sont très-vasculaires et prennent par moments le caractère érectile; le diagnostic à la coupe, et, à plus forte raison pendant qu'ils sont en place, est alors absolument impossible; le microscope seul montre si la trame est purement conjonctive ou formée en grande partie de cellules embryonnaires.

Il est en revanche très-facile de distinguer l'angiome du lipome ou de la tumeur fibro-plastique lorsque ces productions n'offrent pas le caractère érectile. La réductibilité, la coloration, les battements, la dilatation des veines du voisinage, se rencontrent uniquement dans les tumeurs érectiles et les rendent toujours reconnaissables.

B. *Tumeurs solides*. — Les enchondromes et les carcinomes sont les seules qui puissent prêter à la confusion.

1° Les *ostéochondromes* sont plus durs que les lipomes ou les sarcomes, ils adhèrent étroitement aux os, ne présentent pas la fausse fluctuation des lipomes, ont des limites plus nettes et sont pédiculés. Lorsque leur volume est un peu considérable, tous ces caractères deviennent évidents. A leur début seulement, quand ils sont encore dissimulés au-dessous des parties molles,

ils sont très-difficiles à reconnaître; le diagnostic qui se fait au moyen de l'incision exploratrice permet de constater leur consistance et leur mode d'implantation.

2° Les *carcimones* peuvent, selon Bérard, « être pris facilement pour des lipomes (1) ». Comme ceux-ci, ils sont profonds, mal limités, et légèrement mobiles. Ils se développent aussi bien au-dessous des éminences que dans la dépression intermédiaire. Les douleurs lancinantes qu'ils déterminent, les bosselures qui les surmontent, servent beaucoup pour le diagnostic. Leur marche diffère essentiellement de celles des lipomes et des sarcomes. Ils gagnent rapidement la superficie, s'ulcèrent, se couvrent de gros bourgeons fongueux qui laissent suinter un écoulement ichoreux abondant. L'état général devient mauvais. A la suite d'un carcinome de la face palmaire de la main droite, Rombeau vit en moins de deux mois les ganglions de l'aisselle envahis et le malade mourir par le seul fait de la cachexie cancéreuse (2).

Vous pouvez juger par là combien il est important de faire le diagnostic de bonne heure et de ne pas se borner à l'expectation pour tout traitement. Si l'on attend trop pour agir, l'intervention devient inutile, et on laisse ainsi échapper, en temporisant hors de propos, la seule chance de salut qui reste au malade.

Je crois avoir résolu, Messieurs, la première question que je me posais en commençant. Vous pourrez toujours, soit par l'examen superficiel, soit en vous aidant de la ponction et au besoin d'une incision exploratrice, éliminer toutes les tumeurs que nous venons de passer en revue et limiter votre diagnostic au lipome, au fibrome ou au sarcome.

Si vous voulez pousser un peu plus loin cette analyse et distinguer ces tumeurs entre elles, en un mot résoudre notre seconde question, vous rencontrerez là de très-grandes difficultés. Le volume, le siège, la consistance, sont souvent les mêmes dans les deux cas. Cependant, Messieurs, les lipomes

(1) Art. MAIN, *Pathol.*, in *Dict.* en 30 volumes.

(2) *Bulletins de la Société anatomique*, 1852.

en grappes, mal limités, presque fluctuants, sans grandes adhérences avec les tissus placés au-dessus, ne ressemblent guère aux fibromes et aux fibro-sarcomes. Si de plus la tumeur est congénitale ou développée chez un enfant, vous pouvez presque affirmer sa nature adipeuse; quant au contraire il s'agit d'une tumeur de petit volume, qui, après être restée pendant longtemps dans le même état, prend tout à coup un accroissement inattendu, devient douloureuse, et semble faire corps avec le derme et les tendons, toutes les probabilités sont en faveur d'un sarcome.

C'est alors, Messieurs, qu'il faut intervenir avec promptitude. Je n'insiste pas sur ce point, car je vous ai si souvent parlé de la tumeur fibro-plastique et je vous ai mis tellement en garde contre les dangers qu'elle présente, malgré son apparente bénignité, que je ne ferais que me répéter inutilement.

D'ailleurs, l'intervention précoce est toujours bonne, même lorsqu'il s'agit d'un lipome. Dans d'autres régions, on le laisse en place sans plus s'en inquiéter; mais à la main, cette conduite n'est pas admissible, surtout lorsque le malade est obligé de gagner sa vie par un travail manuel. Puisque l'ablation est toujours indiquée, mieux vaut la faire quand la tumeur est peu développée. On épargne ainsi au patient la gêne que lui cause sa présence; on a une opération moins laborieuse, une plaie de moindre étendue, et l'on se met en garde contre les dangers d'une tumeur maligne d'aspect et d'allures inusitées.

Le manuel opératoire est à peu près le même lorsqu'on enlève toutes ces tumeurs. Il faut toujours donner à l'incision la direction la plus favorable pour l'issue du néoplasme, c'est-à-dire la diriger parallèlement à son grand axe, l'énucléer avec le doigt et la spatule de peur de blesser les arcades palmaires; écarter les lèvres de l'incision avec les pinces qui, comme toujours, jouent le rôle de rétracteur en même temps qu'elles font l'hémostase.

QUATORZIÈME LEÇON

DES PRODUCTIONS POLYPOIDES DE L'OREILLE

MESSIEURS,

A l'une de mes dernières consultations, j'ai eu l'occasion de vous présenter une pauvre femme de cinquante-deux ans, à laquelle j'avais enlevé peu de temps auparavant une petite tumeur du conduit auditif externe. Je vous rappellerai bientôt les considérations fort intéressantes auxquelles ce cas a donné lieu. Je vous montrerai ensuite, en me servant de l'histoire même de la malade, combien il est difficile, malgré les renseignements précieux que nous fournit actuellement le microscope, de formuler le diagnostic et le pronostic de certaines tumeurs. Avant d'en arriver là je vais vous dire quelques mots sur les productions polypeuses de l'oreille, afin que vous puissiez voir du premier coup d'œil dans quel groupe doit être placée la tumeur de cette malade.

Les anciens chirurgiens désignaient sous le nom de polypes, des tumeurs nées à l'intérieur d'une cavité tapissée par une muqueuse et offrant toutes à peu près les mêmes caractères physiques.

Il résultait de cette définition que tous les polypes observés dans le conduit auditif externe auraient pris naissance dans la