

apparition. C'est dans ces régions qu'ils prennent leur plus grand développement, surtout chez la femme et pendant la grossesse; ailleurs ils recouvrent de moins larges espaces : on les trouve sur la peau, sur les lèvres, la langue, la luette, le larynx, la vessie, l'urètre de la femme, où ils sont fréquents, le rectum, la muqueuse gastro-intestinale, où ils forment des papillomes cornés ou muqueux; les papillomes séreux naissent sur les synoviales articulaires ou dans les parois des ventricules cérébraux.

Symptômes. — Les papillomes de la peau, cors, verrues, cornes ou nævi, diffèrent trop des papillomes des muqueuses, choux-fleurs des organes génitaux, polypes du rectum et de l'urètre, du larynx ou de la vessie, pour qu'on puisse en tracer un tableau, et nous renvoyons leur étude aux maladies des organes. On en pourrait même tenter deux descriptions séparées, l'une pour les papillomes cornés, l'autre pour les papillomes muqueux; les uns secs, durs, de volume médiocre, lents dans leur marche, souvent stationnaires; les autres mous, humides, à desquamation rapide, à suintement fétide, à marche parfois envahissante. Cependant, pour ne prendre que ces tumeurs muqueuses, il y a peu de rapport entre de petites végétations intra-urétrales et les polypes du larynx avec leurs troubles respiratoires, les fongus de la vessie avec leurs hémorrhagies inquiétantes.

Nous éprouverions les mêmes difficultés pour présenter un *diagnostic* d'ensemble; les productions qui ressemblent à un nævus pigmenté couvert de poils n'ont rien de commun avec une production dendritique intra-articulaire. Le *pronostic* est en général bénin, si nous laissons de côté les troubles fonctionnels qu'ils peuvent produire; la mort subite a été causée par certains papillomes du larynx. Mais ces tumeurs, bien enlevées, ne récidivent pas et surtout ne se généralisent pas; il faut cependant faire quelques réserves; certains papillomes sont difficiles à extirper; les verrues, par exemple, et les végétations génitales reparaisent presque toujours à mesure qu'on les enlève. En outre, il existe des observations de papillomes transformés en épithéliomas. Si l'on constate ce tumeurs sur la langue, au rectum, en certains points où cette dégénérescence peut se montrer, il faut les enlever, mais l'opération doit être complète.

II

TUMEURS DU TYPE VASCULO-CONNECTIF

Des cellules conjonctives à une phase quelconque de leur développement constituent ces néoplasmes. A l'état embryonnaire, noyau arrondi, peu de protoplasme; puis, allongées en faisceau ou étoilées, elles forment les *sarcomes* et les *myxomes*. Elles deviennent adultes, et l'on a la cellule conjonctive banale, ou la cellule adipeuse, ou la cellule endothéliale des veines et des vaisseaux, qui donnent chacune comme tumeur correspondante le *fibrome*, le *lipome* et l'*endothéliome*. Ajoutons que l'os et le cartilage sont une variété du tissu conjonctif; aussi mettrons-nous ici les *chondromes* et les *ostéomes*. Quénu y ajoute les *lymphadénomes* et, pour la facilité de la description, les *angiomes* et les *lymphangiomes*, qui paraissent « bien plus se rapprocher de la malformation que de la tumeur proprement dite ».

1^o SARCOMES

On nomme *sarcomes* des tumeurs constituées par du tissu conjonctif embryonnaire, pur ou subissant une des premières modifications qu'il présente pour devenir un tissu adulte.

Bien que le mot soit ancien et signifie *masse charnue*, il n'est pris dans son acception nouvelle que depuis les recherches anatomopathologiques de la deuxième moitié de notre siècle, et le sarcome actuel comprend les *tumeurs fibro-plastiques*, *embryoplastiques*, *myéloïdes*, *globo-cellulaires*, *fuso-cellulaires*, les *tumeurs à myéloplaxes* et à *médullocelles*, les *plasmomes* — de Lebert, de Charles Robin, de Paget, d'Eugène Nélaton, de Follin, de Billroth, de Lücke et de Rindfleisch.

Anatomie pathologique et classification. — Le groupe renferme des tumeurs différentes comme texture et comme marche; aussi une classification est-elle nécessaire. Celle qu'on adopte est basée sur la forme des éléments qui constituent le néoplasme. Tantôt on y trouve des cellules rondes avec ou sans membrane d'enveloppe, à noyau gros ou petit, unique ou multiple,

entouré de protoplasma en couche épaisse ou mince. Ces cellules dites embryonnaires, embryoplastiques, globo-cellulaires, ressemblent aux leucocytes, aux éléments lymphoïdes et aux médullocelles du tissu osseux. Tantôt les cellules sont allongées, fusiformes, étoilées, munies de prolongements anastomosés entre eux : on les appelle éléments fibro-plastiques ou fuso-cellulaires; tantôt elles sont larges, aplaties, déchiquetées sur leurs bords, trouées même; elles ont des prolongements doués de mouvements amiboïdes et possèdent de quinze à vingt noyaux, cellules à myélopaxes de Robin, éléments vaso-formateurs de Ranvier.

Entre ces cellules de forme et de volume si variés, il existe une substance intermédiaire amorphe, parfois assez peu abondante pour que les noyaux paraissent appliqués les uns contre les autres, souvent assez visibles pour sembler striés et constitués par des fibrilles anastomosées comme le tissu adénoïde de His; mais ne s'agit-il pas alors de véritables lymphadénomes? Des vaisseaux parcourent la tumeur, leurs parois sont dues à la juxtaposition de cellules molles, ils se dilatent ou se rompent, aussi trouve-t-on des caillots diffus au milieu des cellules, des ampoules anévrysmales, et des lacs sanguins. Dans certains sarcomes à grandes cellules vaso-formatrices, le réseau vasculaire prend une importance extrême et l'emporte sur les amas cellulaires. Il n'y a pas de nerfs dans les sarcomes; les lymphatiques manquent; on les rencontre au pourtour du néoplasme, dans les tissus refoulés. Ceux-ci constituent une membrane d'enveloppe, capsule fibreuse dont la continuité et l'épaisseur sont surtout notables dans les variétés bénignes.

La première variété est le sarcome *encéphaloïde* de Cornil et Ranvier, *embryoplastique*, de Robin; c'est le sarcome *mou* ou *globo-cellulaire* des Allemands. Il forme une masse molle, pulpeuse; en certains points il ressemble aux couches grises des centres nerveux; en d'autres il est jaune et diffus; en d'autres encore il est rouge, ecchymotique, la masse est distendue par des kystes que provoquent la rupture des vaisseaux et l'effusion du sang. Au microscope on voit des cellules rondes, à gros noyaux entourés d'une mince couche de protoplasma; la substance amorphe intermédiaire manque, mais le réseau vasculaire est abondant. Pour peu que la tumeur se ramollisse, quelques heures après son extirpation on recueille une substance analogue au *suc cancéreux*, mais en moindre quantité que sur les

carcinomes. Lorsque des granulations pigmentent les cellules, le néoplasme devient *mélanique*. Le sarcome encéphaloïde se développe surtout dans la peau, le périoste, la mamelle, la parotide et le testicule; sa marche est rapide; il se généralise, et c'est une des formes du « cancer » des anciens auteurs.

Le sarcome *fibro-plastique* de Lebert et Robin, le sarcome *fasciculé*, le sarcome *dur* ou *fuso-cellulaire* des Allemands, offre une consistance plus grande; il est blanc ou rosé dans ses premières phases, puis des foyers de ramollissement gris ou jaunes apparaissent, des déchirures vasculaires qui marbrent de teintes différentes la surface de section. Les cellules fusiformes ou étoilées constituant la trame du néoplasme, se juxtaposent dans un certain ordre; de là cet aspect fasciculé qui a frappé les auteurs. La substance intermédiaire est peu abondante, le réseau vasculaire est peu riche, les dépôts pigmentaires sont plus rares. Ce sarcome est moins grave que l'embryoplastique, sa marche moins rapide; il peut cependant se généraliser, et l'on connaît la célèbre observation de Woillez, publiée en 1860, sur la fibro-plastie généralisée. Comme dans la première variété, la peau, le tissu cellulaire, les aponévroses, le périoste et les glandes sont les tissus le plus souvent atteints.

Le sarcome à myélopaxes, *myélopaxome*, *tumeur à cellules géantes* ou *giganto-cellulaire*, est caractérisé par la présence de ces grandes cellules larges, déchiquetées, trouées, à noyaux multiples; parmi ces éléments on trouve des médullocelles, cellules analogues à celles qu'on rencontre dans la moelle des os. Ces tumeurs sont rouges, semblables à de la chair musculaire. Leur accroissement est lent; elles ont pour siège ordinaire le périoste et les os, les maxillaires surtout. Le point capital de leur histoire est le développement que prennent les vaisseaux: ils apparaissent en si grande abondance que le néoplasme s'anime de battements. Ces tumeurs pulsátiles ont été étudiées par Monod, et ce chirurgien a montré que c'est aux dépens des myélopaxes, assimilés par lui aux cellules vaso-formatrices, que les vaisseaux prennent naissance. Il est des cas où les médullocelles l'emportent sur les myélopaxes, et, à cause des diverses combinaisons de ces deux sortes d'éléments, Paget a réuni les sarcomes à myélopaxes et les sarcomes à médullocelles sous le nom de *tumeurs myéloïdes*.

Le sarcome *névroglique*, sarcome à *myélocytes*, *gliome*, ne serait

peut-être qu'un lymphadénome. Quoi qu'il en soit, dans la rétine, le nerf optique et les centres nerveux, on trouve un réticulum délié analogue au tissu adénoïde et qui contient des amas de petites cellules appelées myélocytes. Quant aux sarcomes *ossifiants*, leur tissu embryonnaire s'organise partiellement en tissu osseux; on en voit çà et là quelques travées circonscrivant des alvéoles remplis de médullo-celles. C'est dans les os spongieux, aux phalanges du gros orteil, dans les mâchoires, dans les apophyses des os longs, qu'ils apparaissent.

Les sarcomes *angiolithiques*, *psammomes* de Virchow, décrits encore sous le nom d'*endothéliomes*, s'observent dans les méninges; ils sont constitués par des bourgeons formés de cellules minces, aplaties, larges, irrégulières et comme plissées; elles se juxtaposent en bourgeons irrigués par des vaisseaux nombreux; ce sont ces bourgeons qui s'infiltrent de sels calcaires. — A ces variétés de sarcomes ajoutons les sarcomes *muqueux* où les cellules ont subi la transformation muqueuse, et les sarcomes *lipomateux* où les cellules se remplissent de gouttelettes graisseuses. Enfin des dégénérescences graisseuses, des infiltrations calcaires, peuvent avoir lieu; la tumeur est parfois atteinte par la gangrène ou détruite en partie par un processus inflammatoire.

Étiologie. — Elle est obscure: on sait que les sarcomes peuvent se développer à la suite d'un traumatisme, d'une irritation prolongée des tissus. Certaines affections cutanées, les tumeurs érectiles, les nævi, en sont le siège assez fréquent. Le sarcome est de tous les sexes et de tous les âges; on le rencontre chez les enfants, les adultes et les vieillards; il y a même des sarcomes congénitaux, et l'hérédité serait incontestable. Franke croit le sarcome une maladie parasitaire; il en aurait trouvé le microbe pathogène, des bacilles de 3 μ de longueur qui se développeraient de préférence dans les milieux acides, mais les inoculations en sont restées négatives.

Lorsque ces néoplasmes apparaissent au sein des tissus, les cellules préexistantes se gonflent, leurs noyaux se divisent et s'entourent de protoplasma; ces cellules embryonnaires s'amassent en îlots qui font disparaître la substance fibrillaire environnante. La tumeur grossit par accroissement *central* lorsque ses propres éléments se segmentent, et par accroissement *périphérique* lorsque les tissus qui l'entourent prennent part à la prolifération. L'envahissement périphérique

est *continu* lorsque les éléments s'infiltrent dans les tissus en rapport avec la tumeur; il est *discontinu* lorsque des îlots morbides, dont l'origine est peut-être due à la migration de cellules sarcomeuses, se trouvent non loin de la tumeur primitive, mais séparés d'elle par des travées de tissu sain. Si l'accroissement est central, le sarcome est le plus souvent *enkysté*; si l'accroissement périphérique est discontinu, le sarcome est *diffus*.

Symptômes et pronostic. — Ce ne serait pas chose facile que de réunir en un tableau des formes aussi dissemblables. Non seulement les sarcomes mous, les sarcomes durs, les sarcomes mélaniques, n'ont pas les mêmes aspects, mais combien s'accuseront encore les différences, selon le siège qu'affecteront les tumeurs, dans les os ou dans le périoste, les glandes, le tissu cellulaire, les aponévroses et la peau! Il faut donc renoncer à décrire leur consistance, leur coloration, leur adhérence ou leur mobilité, leur indolence ou les souffrances qu'elles réveillent. Cette étude ne peut être faite qu'à propos des sarcomes de chaque organe. Nous verrons alors leur marche, leur accroissement lent ou rapide, leur récurrence, leur généralisation et l'apparition de tumeurs secondaires.

D'une manière générale, le pronostic des sarcomes est moins grave que celui des carcinomes. Mais il varie suivant les variétés: les néoplasmes fuso-cellulaires et ossifiants, ceux dont l'organisation a quitté le type embryonnaire pour se rapprocher des tissus adultes, sont moins redoutables que les sarcomes à petites cellules à peine entourées de protoplasma, preuve de leur rapide segmentation. Ces formes sont dites malignes; leur accroissement, rapide, se fait par envahissement discontinu, dans la plupart des cas. Cornil et Ranvier les classent par ordre ascendant de gravité: sarcomes fibro-plastiques et ossifiants, sarcomes lipomateux, colloïdes, mélaniques et encéphaloïdes, qui se rapprochent des cancers.

Il ne faut pas confondre les sarcomes ossifiants, relativement moins graves, avec les sarcomes calcifiés, car les incrustations de sels, caractéristiques de la calcification, peuvent se faire dans des sarcomes à cellules embryonnaires qui, malgré les granulations calcaires, n'en conservent pas moins leur tendance à la récurrence et à la généralisation. Les sarcomes névrogliques et angiolithiques ne sont dangereux que par les compressions qu'ils exercent sur les tissus où ils prennent naissance. Néanmoins, malgré la marche bénigne de quelques

sarcomes, ces tumeurs sont un danger pour l'individu qui les porte; donc, pour peu qu'ils soient accessibles, l'extirpation demeure le traitement rationnel. Saint-Germain a vu, chez les enfants, la récurrence rapide survenir après l'ablation; mais l'intervention renouvelée a fini souvent par rester maîtresse du terrain.

2° MYXOMES

On nomme *myxomes* des tumeurs constituées par du tissu muqueux dont le type, dans l'organisme, est le corps vitré ou la gélatine de Wharton. — Ils ne sont connus que depuis les recherches de Virchow, qui, le premier, les sépara des dégénérescences colloïdes. Billroth, Lucke, Cornil et Ranvier, Rindfleisch, en ont donné de bonnes descriptions anatomiques; Hénoch en a tracé un tableau précis dans le *Dictionnaire de Dechambre*, et Quénu dans notre *Traité de chirurgie*.

Anatomie pathologique. — Les myxomes sont des tumeurs molles, demi-liquides, fluctuantes, d'apparence gélatineuse; lorsqu'on les racle, il s'en écoule une substance jaune, transparente, qui rappelle les solutions gommeuses. La masse tremblotante est parcourue par des travées d'une trame très lâche. Le microscope y démontre l'existence de fibrilles de tissu conjonctif jeune qui soutiennent un réseau capillaire. Les éléments contenus dans la substance intercellulaire sont de formes diverses; les uns sont à l'état de noyaux simples, sans protoplasma; les autres en possèdent une mince enveloppe; les uns sont fusiformes, semblables aux corps fibro-plastiques; les autres étoilés, anastomosés entre eux par leurs fins prolongements. La tumeur est, en général, enkystée dans une membrane plus ou moins résistante et tapissée à l'extérieur d'un épithélium, du moins lorsque le myxome est sous-muqueux, comme le sont les polypes des fosses nasales.

Nous venons de décrire là une variété fréquente, le myxome *hyalin*, celui dont la structure rappelle le plus le corps vitré ou la gélatine de Wharton; mais il existe d'autres formes. Dans certains cas, au milieu des travées fibreuses, on trouve des fibres élastiques abondantes, et le myxome est dit *élastique*: il est *télangiectasique* lorsque les vaisseaux, nombreux et développés, se dilatent en lacs sanguins; les suffusions hémorragiques n'y sont point rares, et de

véritables caillots se déposent dans les mailles de la tumeur. Le myxome *lipomateux* est caractérisé par l'infiltration de gouttelettes graisseuses dans les cellules du néoplasme, qui perd son aspect tremblotant, sa transparence, et se rapproche du lipome.

Nous avons enlevé un myxome pur de l'avant-bras, qui deux fois avait été pris, après ablation, pour un véritable lipome; à la dernière récurrence, seulement, il avait revêtu la couleur et la consistance d'une tumeur muqueuse. A côté des myxomes légitimes, on a décrit enfin, surtout dans certaines glandes, mamelles, ovaires, testicules, reins, parotides, des tumeurs mixtes, des myxo-chondromes, des adéno-myxomes, mais souvent il s'agit là de dégénérescences colloïdes. Ces formes, qui se rattachent plutôt aux épithéliomas, seront étudiées avec les maladies des organes qui en sont le siège.

Étiologie. — Le myxome est une affection de l'âge adulte, mais il n'est pas rare de l'observer chez les enfants; on en a même vu pendant la vie intra-utérine, où ils siègent sur le cordon ombilical, et il s'agit d'une hyperplasie de la gélatine de Wharton. Le plus souvent, c'est dans le tissu cellulaire, dans les points où la graisse est abondante, que le néoplasme apparaît: à la nuque, au dos, à la partie supérieure des cuisses, dans le tissu sous-péritonéal; mais il naît aussi dans les cloisons aponévrotiques qui séparent les muscles. On le rencontre sous la muqueuse laryngienne et surtout sous celle des fosses nasales; au placenta, les productions myxomateuses prennent le nom de « mole hydatique »; on en a signalé dans les os, dans les nerfs, sur le sciatique, le médian, le cubital et le cubital; enfin on en a vu dans les grandes lèvres, les joues, l'orbite, les muscles, le périoste, les centres encéphaliques: c'est dire que les myxomes sont de tous les tissus et de tous les organes.

Symptômes et pronostic. — La plupart du temps les symptômes sont négatifs et l'on n'arrive au diagnostic que par exclusion. Le siège de la maladie, les tissus où elle se développe, impriment à la tumeur des différences essentielles; sous la peau, le myxome est mou, hémisphérique, ou étalé, fluctuant, si l'abondance du tissu fibreux et l'épaisseur de la membrane enkystante ne lui donnent pas une dureté insolite; dans les os, le néoplasme refoule devant lui le tissu compact; il paraît résistant; mais cette barrière se résorbe et la mollesse propre au myxome se révèle.

A la peau, aux grandes lèvres, sur la muqueuse du larynx, la

tumeur se pédiculise fréquemment; toujours dans les fosses nasales, où elle se montre sous forme de polypes appendus par un isthme étroit, et qui s'est rompu dans une expiration brusque ou un éternuement. Malgré la fluctuation, la ponction ne donnera pas issue à du liquide; à peine trouvera-t-on, dans la canule du trocart, un peu de substance jaune et semblable à de la gelée. L'indolence est habituelle; cependant, lorsque le myxome a pour siège un cordon nerveux, des irradiations lancinantes sont loin d'être rares, et les myxomes comptent parmi les plus douloureuses des tumeurs.

Le pronostic doit être réservé, et il serait difficile de classer, en bloc, les myxomes parmi les tumeurs malignes ou parmi les tumeurs bénignes. Le plus souvent elles sont bénignes; nous n'avons qu'à citer l'innocuité des polypes des fosses nasales; ils récidivent lorsqu'on les a mal arrachés, mais jamais on ne les a vus se généraliser. Il n'en est pas de même pour tous; nous ne ferons pas allusion à ces myxomes multiples échelonnés sur le même cordon nerveux, car il s'agit de tumeurs nées d'une même poussée, et non d'une généralisation; mais on en connaît qui, après l'extirpation, reparaissent sur place ou dans des régions éloignées, au sein des viscères, foie, poumons, rate et reins, comme le feraient des tumeurs malignes. Nous pouvons appliquer à ces néoplasmes la même règle qu'aux sarcomes, d'autant moins graves que leur organisation est plus élevée; les myxomes élastiques et les myxomes lipomateux seraient les moins redoutables. D'après Lucke pourtant, ces derniers sont parmi les plus malins. Tous les auteurs recommandent l'extirpation.

5° FIBROMES

On nomme *fibromes* des tumeurs constituées par du tissu conjonctif adulte.

La synonymie est abondante; le mot *fibrome*, qui a fait fortune, est de Verneuil; Paget avait proposé celui d'*innone* et J. Müller ceux de *collonema* et de *stéatome*. La qualification de *dermoïde* et de *fibroïde* n'a pas eu un plus grand succès, et l'on a renoncé au nom de *corps fibreux*, appliqué aux myomes de l'utérus. Parmi les travaux publiés sur cette question, nous citerons le mémoire de Cruveilhier en 1844; ceux de Lebert et de Paget, de Verneuil en 1855;

les recherches de Virchow, de Billroth, de Lucke, de Cornil et Ranvier.

Anatomie pathologique et variétés. — Il faut rejeter du genre fibrome toute tumeur qui contient des éléments autres que ceux du tissu conjonctif. Si, à côté des fibres lamineuses adultes, on trouve des amas de cellules embryonnaires, le néoplasme devra être considéré comme un sarcome; si, entre les travées fibreuses, dans les alvéoles qu'elles circonscrivent, il existe des îlots de cellules polymorphes, il s'agira d'un carcinome. Nous n'étudierons même pas le fibrome *cornéen* de Rindfleisch, car ces plaques blanches et dures, de consistance cartilagineuse, développées aux dépens du feuillet péritonéal qui recouvre le foie et surtout la rate, ne présentent aucun intérêt clinique. Nous ne décrirons que les deux variétés les plus habituelles, le fibrome *tubéreux* et le *molluscum*.

Le fibrome *tubéreux* ou *fasciculé* est une tumeur dure, arrondie, le plus souvent formée de lobes juxtaposés et réunis par du tissu conjonctif lâche; son volume, qui ne dépasse guère celui d'une noisette ou d'une noix, peut atteindre une grosseur invraisemblable et peser 20, 50, 70 livres. Son tissu crie sous le scalpel, et, sur une coupe, la surface, dont le centre bombe, apparaît blanche, nacrée ou rosée. Lorsque la tumeur existe depuis longtemps, il n'est pas rare d'y trouver des foyers de désintégration, des masses ramollies, une substance mucoïde contenue dans des géodes, des infiltrations calcaires. Par la dissociation, on voit, au microscope, quelques fibres de tissu conjonctif, de rares cellules et des noyaux. L'examen, après durcissement, donne seul des indications précises; on aperçoit des couches concentriques de fibres conjonctives qui, suivant le sens de la section, montrent des faisceaux linéaires ou coupés perpendiculairement à leur axe. Entre les fibrilles, et appliquées contre elles, on voit des cellules plates.

Le tissu conjonctif lâche qui unit les lobes, possède des lymphatiques; il contiendrait même des nerfs, s'il faut en croire Billroth; il est irrigué par des vaisseaux sanguins dont la texture et le parcours ont été bien étudiés par Muron. Parfois ils entourent les divers lobes et ne pénètrent que dans les couches périphériques; aussi les parties centrales et mal nourries dégénèrent; c'est là qu'on observe les dépôts calcaires et les foyers ramollis. Souvent, même dans les

fibromes durs et blancs, on trouve des artérioles, des veinules, des capillaires abondants dont la paroi est rudimentaire; le sang n'est séparé du tissu néoplasique que par une simple rangée d'éléments cellulaires. Les polypes naso-pharyngiens fournissent des exemples d'hémorragies produites par l'ouverture de ces vaisseaux. Rindfleisch donne aux fibromes dont le réseau vasculaire est riche, le nom de fibromes *caverneux*.

Nous insisterons peu sur les troubles nutritifs que subissent les néoplasmes. Nous avons dit un mot des infiltrations *calcaires* et des dégénérescences *muqueuses*; les transformations *graisseuses* ne sont pas rares. Quant aux éléments *associés*, étudiés par Verneuil, ils ne sont que le vestige des tissus où le fibrome a pris naissance, et diffèrent suivant le siège du néoplasme. On rencontre les fibromes dans la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les sinus de la face, les aponévroses, le périoste et les bourses séreuses; ils naissent sur les muqueuses, en particulier sur celle du pharynx, au niveau de l'apophyse basilaire; on en a vu dans l'orbite, dans la grande lèvre, dans l'épaisseur des muscles; ceux qui se développent à la face interne du tibia et dans les mamelles provoquent parfois de vives souffrances et se confondent avec les tubercules sous-cutanés douloureux.

Le *molluscum* — sorte de fibrome qu'il ne faut pas confondre avec l'*acné varioliforme* de Bazin, dû à l'altération des follicules pileux et sébacés, ou avec le *mycosis fongoiide* qui paraît être une lymphadénie — a été étudié par Verneuil, Virchow et Michel. Ce sont des tumeurs innombrables parfois et qui recouvrent un même malade de la tête aux pieds; il peut cependant n'en exister que dans une seule région, à l'aîne, aux grandes lèvres, sur le dos. Tantôt à peine gros comme un pois, ces molluscums peuvent atteindre le volume d'une tête d'adulte et peser jusqu'à 16 et 20 kilogrammes. Th. Anger vicut d'en rencontrer un qui, du cuir chevelu, descendait jusqu'au-dessous de l'ombilic. Ils sont souples et mous, ronds ou piriformes, parfois recouverts de poils et de couleur violacée; souvent ils pendent à la surface de la peau comme de petites bourses aplaties et vides; on les a comparés encore à des grains de raisin dont on aurait retiré la pulpe, à des vessies dégonflées; ils sont sessiles ou pédiculisés, et alors l'isthme qui les relie aux téguments peut être long.

Cette tumeur, sorte de diverticule cutané, prolongement de la peau dont elle a la couleur, est formée par une trame fibreuse blanchâtre; sa surface de section rappelle celle de la glande mammaire; on y trouve de petites loges dont les aréoles sont distendues par un liquide jaunâtre et albumineux; il s'agit d'un œdème qui a séparé les trabécules fibreux et formé des mailles au milieu desquelles on signale quelques cellules plasmatiques et des éléments globo-cellulaires. Le molluscum aurait pour siège exclusif la peau et se rencontrerait surtout au dos, à la nuque, dans la région lombaire; cependant Wagner dit en avoir observé au pharynx, au nez, au larynx et à l'utérus. D'après Desnos, Rindfleisch et Virchow, c'est dans le corps papillaire du derme qu'ils prennent naissance; Michel en a vu dont le point de départ aurait été le tissu cellulaire sous-cutané. Nous avons montré que les tumeurs « condylomateuses » de la région ano-rectale n'étaient que des molluscums fibreux.

Étiologie. — Quelques fibromes, le molluscum en particulier, peuvent avoir une origine congénitale; Paget et Heurtaux en citent des exemples. Mais la plupart se montrent à l'âge adulte; ils sont rares dans la vieillesse. Pour Virchow, certains sembleraient héréditaires; on a prétendu que les mariages consanguins en favorisent le développement. Les traumatismes ne sont pas étrangers à leur apparition; Lucke en a vu des exemples, et l'on sait les théories édifiées par Velpeau pour expliquer la production des fibromes dans la mamelle, à la suite d'une violence extérieure.

Leur origine est obscure: pour Forster, pour Cornil et Ranvier, des nids de cellules embryonnaires prolifèrent qui donnent naissance aux divers lobes dont la tumeur est constituée. Ces cellules, par leur segmentation, expliqueraient l'accroissement du néoplasme. Mais rien n'est moins démontré que cette hypothèse, que nous retrouvons dans l'histoire de toutes les tumeurs. Plusieurs cliniciens admettent la métamorphose des fibromes en sarcomes et en carcinomes: on a observé, chez de jeunes femmes, des noyaux fibreux de la mamelle qui, dans l'âge de la ménopause ou dans la vieillesse, ont pris les allures d'une tumeur maligne.

Leréfait, dans sa thèse sur les *Aberrations morphologiques des néoplasies*, montre, observations en main, que le molluscum peut se transformer dans quelques cas en fibrome fasciculé, en myxome, en lipome; des foyers sarcomateux et chondromateux, des noyaux

osseux et calcaires, les dégénérescences lymphadéniques, épithéliales ou carcinomateuses se développent dans la trame fibreuse de la tumeur primitive. Aussi doit-on enlever les molluscums « lorsque leur petit nombre, leur siège, leur forme et leur volume permettent de le faire sans inconvénient ». En tous cas, la néoplasie sera surveillée et, pour peu qu'elle s'accroisse ou qu'il survienne une modification dans sa consistance ou sa couleur, on l'extirpera.

Symptômes. — Nous ne parlerons pas du molluscum : la description de cette tumeur molle, pendante ou arrondie, pédiculée ou sessile, souvent semblable à une bourse vide, se trouve tout entière dans son étude anatomique. Les fibromes fasciculés ont une grande importance clinique, mais leurs variétés et leur siège multiplient trop les symptômes pour que l'étude générale puisse en être tentée. Les fibromes sous-cutanés durs, mobiles sur les parties voisines, à développement lent ou nul, ne peuvent être rapprochés des polypes naso-pharyngiens dont la marche est rapide, la repullulation presque fatale; ils pénètrent dans les cavités voisines, défoncent les os, envahissent la boîte crânienne, et peuvent tuer par leur action mécanique ou par leurs hémorragies. Les fibromes des nerfs, les tubercules sous-cutanés douloureux, avec leurs souffrances intolérables, ne ressemblent guère aux fibromes qui prennent insertion sur le squelette du bassin, et dont la gravité découle du volume énorme qu'ils atteignent ou des compressions qu'ils exercent.

Pour établir le *diagnostic* de fibrome fasciculé, il faut tenir compte de la dureté de la tumeur, qui souvent est ligneuse, de son médiocre accroissement, de sa tendance à rester stationnaire, de son indolence. Lorsqu'ils sont sous-cutanés et que leur accroissement est rapide, ces néoplasmes distendent la peau, qui peut s'ulcérer : les téguments étirés, mal nourris, se nécrosent par places, mais il n'y a pas, comme dans les tumeurs malignes, adhérence, puis envahissement de la peau par les éléments du fibrome. Cette sorte de gangrène par distension n'a rien de commun avec la dégénérescence cutanée du cancer. En tout cas, l'absence d'engorgement ganglionnaire permettra d'éviter une erreur. Les hémorragies à la surface du fibrome ulcéré sont rares, si l'on excepte les polypes naso-pharyngiens. Birkett signale cependant un fait où l'écoulement sanguin fut sérieux.

Le *pronostic* du molluscum n'est pas grave : ces tumeurs sont

généantes lorsqu'elles arrivent à peser plusieurs kilogrammes; elles occasionnent des difformités; mais l'ablation est si facile et d'une telle innocuité qu'elle doit être pratiquée; l'intervention ne paraît jamais avoir eu pour conséquence un accroissement plus rapide des molluscums voisins. Il est plus difficile de s'expliquer sur la marche et la terminaison des fibromes fasciculés. Malgré quelques observations de Virchow et de Paget qui se rapportent peut-être à des sarcomes, on doit affirmer que les fibromes ne se généralisent jamais.

Plusieurs d'entre eux récidivent, il est vrai; les polypes naso-pharyngiens ont, sous ce rapport, une triste renommée; mais il est probable que les extirpations sont incomplètes, qu'il est resté quelques lambeaux de la tumeur, foyers d'une abondante repullulation. Certains fibromes implantés sur les aponévroses de la paroi abdominale et sur les os de la ceinture pelvienne ont une extrême gravité qu'ils tirent de leur développement, de leur adhérence au péritoine, aux vaisseaux de la fosse iliaque et du triangle de Scarpa, enfin aux visères du bas-ventre. Parfois ces tumeurs tiennent à l'os par un pédicule qu'il faut détruire, car il jouit d'une grande puissance de reproduction.

4° LIPOMES

On nomme *lipomes* des tumeurs constituées par du tissu cellulograsseux.

Les lipomes ont été longtemps confondus avec les tannes, les loupes, les stéatomes, les mélicéris, mots vagues qui servaient à les désigner. Mais, en 1709, Littre les isole sous le nom de lipomes, meilleur que celui d'*adipomes* que devait proposer Cruveilhier. De nombreux travaux ont été publiés sur ces néoplasmes par Lebert, Verneuil, Paget, Virchow, Lucke. Nous ne citerons que l'article de Broca dans son *Traité des tumeurs*.

Anatomie pathologique et variétés. — Les lipomes ne doivent pas être confondus avec certaines substitutions grasses qui peuvent s'opérer dans les tissus sous l'influence de troubles nutritifs; des muscles paralysés s'infiltrent de cellules adipeuses, mais ces dégénérescences n'ont rien de commun avec un néoplasme qui a une vie indépendante de celle des tissus ambiants. Leur structure n'est