

1° Lorsque le kyste est superficiel, qu'il n'a pas un volume considérable, on le traite par la méthode de l'*incision*. Est-il au contraire assez volumineux pour qu'on soit en droit de craindre le développement d'une inflammation intense et d'une suppuration abondante, il est préférable d'avoir recours à la *ponction* avec *injection iodée*; il faut bien se rappeler, dans ce dernier cas, que, pour vider complètement la tumeur, le trocart doit être porté en diverses directions pour piquer les divers acéphalocystes contenus dans la poche. Lorsqu'on est appelé auprès du malade à l'époque où le kyste est déjà enflammé et menace de s'ouvrir, il faut pratiquer une large incision, vider le contenu et panser à plat.

2° Les kystes acéphalocystes profonds, ceux du foie et de l'ovaire, comportent l'emploi d'autres procédés. On conçoit, en effet, que les précédents exposeraient à la blessure du péritoine et surtout à l'issue des acéphalocystes dans la cavité séreuse. Il fallait donc trouver un moyen qui permit d'arriver dans le kyste sans produire ces accidents. Plusieurs méthodes ont été proposées dans ce but :

(a) Récamier applique sur l'abdomen au niveau du point où la paroi abdominale est immédiatement en rapport avec la paroi du kyste, c'est-à-dire où ces deux parties ne sont pas séparées par des circonvolutions intestinales, une trainée de potasse caustique; le lendemain, il excise l'escarre et au moyen d'une nouvelle application de potasse, mortifie une couche plus profonde de la paroi abdominale qu'il traverse ainsi de proche en proche dans toute son épaisseur. Lorsque le caustique a pénétré jusqu'aux confins de la membrane séreuse, il se développe une inflammation adhésive qui fait adhérer le feuillet pariétal au feuillet entourant le kyste; toute cette portion du péritoine se trouvant ainsi isolée du reste de la séreuse, on peut arriver jusqu'au kyste sans avoir à redouter d'épanchement intra-abdominal. Le traitement ultérieur varie suivant que l'on juge convenable d'employer la *ponction* ou l'*incision* (voy. plus haut).

(b) Le procédé de Graves est fondé sur les mêmes données d'anatomie pathologique que celui de Récamier. Il consiste à inciser toute l'épaisseur de la paroi abdominale jusqu'au péritoine, qui est respecté. Sous l'influence du travail inflammatoire qui se développe dans la plaie, les deux feuillets du péritoine contractent des adhérences dans une certaine étendue; dès que ces adhérences sont assez solides pour qu'on n'ait plus à craindre un épanchement péritonéal, on peut pénétrer dans le kyste.

(c) Le procédé de Bégin, antérieur à celui de Graves, n'en diffère que par l'incision du péritoine lui-même. On pansé à plat, et, à la levée de l'appareil, le péritoine qui recouvre le kyste est adhérent au péritoine pariétal, ce qui permet encore d'éviter l'épanchement dans la cavité abdominale. Ce procédé expose plus que les précédents à la péritonite traumatique.

(d) Le procédé de Jobert consiste à pratiquer dans la tumeur, avec un trocart *capillaire*, dont la canule n'a pas plus d'un millimètre de diamètre, une ponction à l'aide de laquelle on évacue le plus de liquide possible. La canule est laissée en place pendant vingt-quatre heures. Si le kyste ne s'enflamme pas, et si le liquide se reproduit, on renouvelle la ponction à quel-

ques jours d'intervalle, jusqu'à ce que des symptômes locaux, douleur, fièvre, etc., annoncent le développement d'une inflammation adhésive. Celle-ci est alors combattue énergiquement, et plus tard on a recours à de nouvelles ponctions jusqu'à ce qu'on obtienne une guérison complète.

(e) Un procédé mixte a été recommandé par Trousseau. A l'aide d'aiguilles à acupuncture, enfoncées et laissées en place dans le kyste, on provoque l'adhérence des deux feuillets du péritoine, puis on pratique l'incision du kyste.

Chacun de ces procédés compte quelques succès, mais il faut attendre de nouvelles expérimentations pour en juger définitivement la valeur respective.

## ARTICLE VII.

## Tumeurs érectiles.

Les tumeurs *érectiles* ont été ainsi nommées, par Dupuytren, à cause de leur organisation. Elles sont, en effet, formées d'un tissu spongieux, aréolaire, continuellement baigné de sang, et qui ressemble beaucoup au tissu érectile des corps caverneux de la verge ou du gland.

On les a appelées *tumeurs variqueuses* (J.-L. Petit), *navus maternus* ou *navus sub-cutaneus* (Callisen, Wardrop); *tumeurs fongueuses sanguines* (Boyer, Roux); *anévrisme par anastomose* (J. Bell, Abernethy); *télangiectasie* (Græfe et Walther, Chélius); *fongus hématoïde* (Delpech, Maunoir); *angiomes*, etc.

**Espèces. Variétés.** On peut les diviser en trois espèces, suivant qu'elles sont exclusivement ou presque exclusivement formées par des vaisseaux à *sang rouge*, par des vaisseaux à *sang noir*, ou par les deux ordres de vaisseaux à la fois. Il y a donc des tumeurs érectiles *artérielles* ou *anévrismatiques*, des tumeurs érectiles *variqueuses* ou *veineuses* et des tumeurs *mixtes*.

Les tumeurs érectiles *artérielles* présentent deux variétés : dans quelques cas très-rares, un gros tronc artériel ou plusieurs artères d'un moyen diamètre se dilatent, leurs parois s'ulcèrent et se percent d'une infinité de petites ouvertures par lesquelles le sang s'échappe et s'infiltré dans le tissu cellulaire voisin et les parties adjacentes qui se transforment en un tissu mollasse, spongieux, abreuvé de sang. Pott a vu cette affection, deux fois, à la partie postérieure de la jambe, sur le trajet de l'artère tibiaie postérieure. P.-J. Roux a proposé le nom d'*anévrisme par érosion* ou d'*anévrisme de Pott* pour cette variété. Bien plus fréquemment, les tumeurs érectiles artérielles commencent par une dilatation des vaisseaux capillaires les plus ténus de la peau ou du tissu cellulaire sous-cutané, et les gros vaisseaux ne se dilatent que plus tard; nous les appellerons *tumeurs érectiles* proprement dites. Les tumeurs *variqueuses* offrent deux variétés analogues aux précédentes : tantôt ce sont les veinules les plus déliées qui sont dilatées, agrandies, agglomérées et entrelacées de manière à former une tumeur qui grossit plus tard; tantôt les gros troncs veineux sont altérés de la même manière que les troncs artériels dans l'anévrisme de Pott. Les tumeurs *mixtes* com-

mencent aussi par le système capillaire et sont constituées par la dilatation simultanée des artérioles et des petites veines. Nous ne nous occuperons ici que des tumeurs érectiles qui ont leur point de départ dans les vaisseaux capillaires.

**Anatomie pathologique.** Les tumeurs érectiles présentent une structure variable ; tantôt, surtout lorsqu'elles se développent dans l'épaisseur de la peau, elles sont formées dans toute leur étendue, de capillaires et de très-petits vaisseaux dilatés et très-flexueux. Elles se composent de petits lobules de la grosseur d'un grain de chènevis ou d'un pois. Cette forme lobulée résulte de ce que les petits systèmes vasculaires appartenant aux glandes sudoripares, aux folliculeux pileux, aux glandes sébacées et aux lobules graisseux, qui sont distincts les uns des autres dans la peau, sont hypertrophiés isolément (fig. 25). Cette variété est désignée sous le nom de *télangiectosie*. D'autres fois, lorsque c'est dans le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux que la production morbide prend naissance, celle-ci est formée d'un tissu réticulé, blanc, dense et résistant, vide ou renfermant par places quelques caillots rouges ou décolorés, parfois des phlébolites. La surface de section de la tumeur



Fig. 25.

offre l'aspect du corps caverneux de la verge (fig. 26). Le tissu réticulé de la production morbide est tantôt formé de fils très-fins, tantôt de capsules membraneuses. Les trabécules sont constitués par les restes du tissu dans lequel le tissu spongieux s'est formé. Des cellules fusiformes tapissent la paroi interne des espaces remplis de sang. Cette variété est appelée *tumeur sanguine caverneuse* ou *tumeur veineuse caverneuse*. La tumeur est parfois enkystée. Tantôt elle est attachée aux veines sous-cutanées d'un certain calibre, tantôt de petits vaisseaux artériels et veineux plongent dans son enveloppe. Les tumeurs érectiles sont dépourvues de nerfs et de vaisseaux lymphatiques. Les vaisseaux qui les avoisinent sont parfois hypertrophiés.

**Causes.** Parmi les tumeurs érectiles, il en est dont l'origine remonte aux premiers temps de la vie ; d'autres se forment plus ou moins longtemps après la naissance. Les premières sont dites *congénitales* ; les secondes, *accidentelles*. Celles-là sont toujours précédées par des taches de la peau appelées *navi materni* ou *envies*, de couleur et de forme variables, que quelques personnes considèrent comme le résultat de l'influence que les émotions



Fig. 26.

morales de la mère exercent sur le fœtus. Celles-ci se forment sans cause appréciable.

**Symptômes.** Ils diffèrent suivant que la tumeur est érectile et artérielle, ou érectile et veineuse.

1° **TUMEURS ÉRECTILES ARTÉRIELLES.** Elles débutent par la peau, ce qui a motivé la dénomination de tumeur érectile *cutanée* proposée par A. Bérard. Elles sont généralement précédées par une *tache rosée*, quelquefois si petite qu'elle ressemble à une piqûre de puce, de forme circulaire ou irrégulière. Elles se montrent de préférence sur la portion du tégument externe qui enveloppe la moitié supérieure du corps : le crâne, la face, les paupières, le nez, les joues. Elles sont simples ou multiples. Ces taches restent stationnaires plus ou moins longtemps ; mais il arrive presque toujours une époque de la vie où elles s'accroissent : c'est tantôt quelques semaines après la naissance, d'autres fois c'est à la puberté seulement, quelquefois pendant une grossesse. Les tumeurs érectiles artérielles se présentent sous la forme d'un relief, tantôt circonscrit et arrondi, tantôt sans limites bien déterminées, à surface lisse ou hérissée de petits mamelons irréguliers, plus ou moins rénitent, compressible et élastique, diminuant par le repos, augmentant de volume et devenant plus tendu lorsque le sujet pousse des cris, fait des efforts ou se livre à des exercices violents. Chez quelques femmes, la tumeur est plus volumineuse à chaque période menstruelle ; Desault et Roux ont même noté un écoulement sanguin périodique par la surface de la production morbide. Il est rare que les tumeurs érectiles simples soient le siège de mouvements d'expansion, de battements isochrones à ceux du pouls, d'un frémissement vibratoire ou d'un bruit de susurrus. Ces phénomènes appartiennent aux tumeurs érectiles très-volumineuses, ou à celles qui sont compliquées d'une dilatation des artères qui alimentent la masse morbide. Presque toujours ces tumeurs diminuent de volume et pâlissent quand on les comprime, il s'en écoule du sang vermeil quand elles s'excorient ou quand on les pique.

2° **TUMEURS ÉRECTILES VEINEUSES.** Elles prennent généralement naissance dans le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux ; d'où la dénomination de tumeurs érectiles *sous-cutanées* ou *sous-muqueuses*. Elles sont généralement précédées de taches de naissance de couleur livide ou noire ; on les rencontre de préférence à la tête, sur les parois de la bouche, sur les lèvres, les joues, la langue, les gencives, le pharynx, l'isthme du gosier. Elles se présentent sous la forme d'une tumeur mal circonscrite, plus étendue en largeur qu'en profondeur, recouverte de téguments amincis et adhérents, d'une teinte bleuâtre, environnée de veines dilatées, donnant au toucher la sensation d'un corps mou et souple, complètement dépourvue de battements, disparaissant par la compression, pour revenir au volume primitif dès que la compression a cessé, prenant même un accroissement plus considérable et une couleur plus foncée lorsqu'on ralentit la circulation veineuse, soit par une ligature jetée autour du membre, soit par la compression des gros troncs veineux entre la tumeur et le cœur, soit par des efforts d'expiration prolongée. Dans quelques cas, les tumeurs érectiles veineuses sont fluctuantes.

**Marche. Terminaisons.** Les tumeurs érectiles artérielles diminuent parfois graduellement de volume et finissent par disparaître. Bien plus souvent, elles s'accroissent et s'étendent au tissu cellulaire et aux muscles subjacents. Plus tard, les points les plus saillants et les plus tendus s'ulcèrent, ce qui donne lieu à des hémorragies successives; tantôt alors la tumeur reste définitivement stationnaire, tantôt les cellules dont elle est composée s'oblitérent par la lymphe plastique que sécrète la membrane granuleuse développée sur les points ulcérés, et la tumeur peut guérir par ce mécanisme. Les tumeurs érectiles veineuses se comportent un peu différemment. L'ulcération et la guérison spontanée en sont rares; dans un très-petit nombre de cas, elles donnent lieu à des hémorragies. La plupart du temps, elles restent stationnaires et persistent indéfiniment. On en a vu quelques-unes prendre un accroissement et un volume considérables. Ainsi, Lamorier a rapporté l'observation d'une tumeur érectile veineuse occupant toute l'extrémité supérieure droite; Boyer, celle d'une tumeur analogue étendue à toute la moitié inférieure du bras; Watson, celle d'une tumeur énorme de la région lombaire. Dans quelques cas, la base de la tumeur s'allonge et se rétrécit, ce qui donne lieu à la formation d'un pédicule.

**Diagnostic.** Il est facile quand la tumeur succède à une tache congénitale. Lorsqu'il n'existe pas de tache, ou bien encore que la tumeur est située profondément, on peut confondre cette affection avec un anévrysme, une varice artérielle. Nous étudierons plus tard le diagnostic différentiel de ces trois espèces de tumeurs. Pour distinguer les tumeurs érectiles profondes de tumeurs solides ou liquides, telles qu'un abcès froid, un lipôme, on aura égard, pour les premières, à leur mollesse et à leur élasticité uniformes dans toute leur étendue, à leurs limites irrégulières, aux prolongements qui se détachent de leur circonférence et à la dilatation des gros vaisseaux artériels et veineux du voisinage.

**Pronostic.** Il est subordonné au siège de la tumeur, à son volume, à sa nature. Sous ce dernier rapport, les tumeurs veineuses sont moins graves que les artérielles, parce qu'elles sont moins souvent accompagnées d'hémorragies et qu'elles ont moins de tendance à faire des progrès.

**Traitement.** On a proposé et mis à exécution un très-grand nombre de méthodes et de procédés. Pour mettre de l'ordre dans leur énumération, nous les diviserons, à l'exemple de A. Bérard et Denonvilliers, en trois grandes classes :

(A) La première comprend tous les moyens qui ont pour but d'empêcher ou de modérer l'afflux du sang dans la tumeur. Ce sont : 1° la *compression* exercée sur la tumeur à l'aide d'un appareil convenable; cette méthode, qui a réussi à Pelletan, Abernethy, Dupuytren, Boyer, Roux, ne peut être mise à exécution qu'autant que la tumeur érectile s'est développée dans une région où la peau est en rapport immédiat avec un plan osseux résistant, comme au crâne et sur certains points de la face; 2° les *astringents* et les *réfrigérants*, sur l'efficacité desquels il ne faut compter qu'à titre d'adjuvants; 3° la *ligature des branches artérielles* qui alimentent la tumeur, procédé d'une exécution très-difficile; 4° la *ligature du tronc artériel principal*

du membre ou de la région; ainsi, Travers a fait avec succès la ligature de la carotide primitive pour une tumeur érectile de l'orbite; Mussey a pratiqué, sans obtenir d'amélioration, la ligature successive des deux carotides primitives, à douze jours d'intervalle, pour une tumeur érectile du sommet de la tête; d'autres chirurgiens ont été moins heureux en faisant de pareilles tentatives; 5° l'*incision circulaire* autour de la base de la tumeur, comprenant la peau, le tissu cellulaire et les vaisseaux que l'on lie à mesure qu'ils sont divisés; ce procédé donne des résultats incomplets, lorsque la tumeur reçoit des vaisseaux par son centre.

(B) La seconde classe renferme les diverses méthodes au moyen desquelles on enlève ou on détruit la tumeur : 1° l'*extirpation* de la masse morbide, conseillée par J.-L. Petit et par J. Bell, expose à des hémorragies graves; 2° l'*amputation* de la partie qui est le siège de la tumeur, quand cette opération est praticable, comme aux doigts, aux orteils, aux lèvres, donne lieu à une mutilation; 3° la *ligature* de la base de la tumeur a été faite de diverses manières par White, Keate, Brodie, Liston et Rigal; 4° la *destruction de la tumeur* soit avec le *cautère* actuel, comme l'a fait Graefe, soit avec des *caustiques* divers, tels que l'azotate d'argent, la potasse caustique, la pâte de Vienne, a donné de bons résultats.

(C) La troisième classe comprend les divers moyens propres à exciter dans la tumeur un travail capable de produire l'oblitération des vaisseaux et des cellules. Nous ne ferons que signaler l'*inoculation du virus vaccinal*, les frictions avec un *liniment stibié*, le *tatouage*. Les *caustiques* employés de façon à détruire une portion seulement de la tumeur, à faire suppurer et à transformer le reste en tissu inodulaire, ont fourni de beaux succès à Wardrop. Les cautérisations superficielles de la tumeur avec un *cautère actuel* en forme de bec de moineau m'ont réussi souvent dans de petites tumeurs érectiles de la face. Le *broiement sous-cutané* de la tumeur érectile, au moyen d'une aiguille à cataracte qu'on y introduit, a été proposé par Marshall-Hall. L'*acupuncture* a été mise à exécution de diverses manières : Lallemand, de Montpellier, a traversé la tumeur de part en part avec des séries successives d'épingles; A. Bérard a substitué aux épingles des tiges d'ivoire; Macilvain a employé des aiguilles rougies au feu. On a essayé les *injections irritantes* pratiquées dans la tumeur, soit en se servant d'acide azotique affaibli, soit de nitrate acide de mercure. Fawdington, Macilvain et A. Bérard ont eu recours à de *petits sétons* passés à travers la tumeur. Enfin, il faut rattacher à cette série de moyens les tentatives faites plus récemment avec le *perchlorure de fer* injecté dans la tumeur au moyen de la seringue de Pravaz. C'est un bon procédé quand l'affection siège sur des parties où l'ablation serait impossible. Il faut avoir soin de n'injecter à la fois qu'une petite quantité de perchlorure, afin d'éviter la suppuration et surtout la gangrène des téguments. Ce procédé réussit surtout quand l'affection occupe une étendue de quelques centimètres seulement. On a essayé de détruire la production érectile par des applications du sel de fer faites sur la tumeur elle-même, préalablement dépouillée de son épiderme par l'application d'un vésicatoire volant. Sédillot a eu l'idée d'attaquer ces tu-

meurs par l'électro-puncture et par la cautérisation électrique. (Voyez plus loin l'article *Galvanocaustique*.)

Cette richesse apparente de méthodes thérapeutiques dirigées contre une seule affection peut embarrasser le chirurgien. La *compression* n'est applicable qu'à des tumeurs placées dans certaines conditions anatomiques. La *ligature des branches artérielles* qui alimentent la tumeur est un procédé difficile et infidèle. La *ligature du tronc artériel principal* sera réservée pour des cas particuliers. L'*extirpation* et l'*amputation* doivent être rejetées. La *ligature* de la masse est une méthode exceptionnelle; la *destruction totale* de la tumeur entraîne des pertes de substance parfois très-étendues. L'*inoculation du virus vaccinal*, les frictions avec la pommade stibiée sont des procédés sur l'efficacité desquels il n'est pas permis de compter; nous en dirons autant du *broiement* sous-cutané. Il reste donc à choisir entre les *caustiques* employés comme nous l'avons dit, l'*acupuncture*, le *séton*, les *injections irritantes* ou *congulantes*. Ces derniers procédés peuvent être employés isolément ou combinés les uns avec les autres.

## ARTICLE VIII.

## Tumeurs fibreuses.

Les tumeurs fibreuses, ou *fibrômes*, sont formées de *tissu fibreux*.

**Anatomie pathologique.** On rencontre ces tumeurs dans la plupart des organes, l'ovaire, l'utérus, le testicule, la mamelle; dans le tissu cellulaire sous-cutané, le tissu cellulaire intermusculaire, la substance des muscles, le tissu cellulaire sous-muqueux des fosses nasales (polypes fibreux des fosses nasales); autour des articulations, dans l'orbite, sur le trajet ou dans l'épaisseur des nerfs (*névrômes*). Leur volume varie depuis une tête d'épingle jusqu'à une tête d'adulte. Elles ont une forme arrondie, sphérique, ovoïde, piriforme, allongée; elles sont ou non munies d'un pédicule; quelquefois elles présentent une forme irrégulière, mais elles ne sont jamais aussi distinctement lobulées que certaines tumeurs *fibro-plastiques*. La couleur en est blanc jaunâtre, ou blanc lactescent, ou blanc fibro-tendineux, quelquefois rougeâtre par places, quand la tumeur tend à s'enflammer. On peut aussi y rencontrer des taches d'un jaune terne, dues, suivant Lebert, à une infiltration de graisse et à la présence de globules granuleux. La consistance de la tumeur est variable, mais plus dure que celle d'un fibro-cartilage. La production morbide est entourée d'une membrane fibro-cellulaire qui adhère intimement à sa surface. Si on la soumet à une coupe, on reconnaît que celle-ci offre tantôt un aspect homogène et lardacé; tantôt des réseaux de fibres disposées en faisceaux communiquant les uns avec les autres au moyen de fibres qui passent d'un faisceau à l'autre et laissent entre elles des mailles allongées; tantôt des couches de fibres entre-croisées irrégulièrement dans tous les sens; tantôt enfin une disposition circulaire et concentrique. Au milieu du tissu propre, se trouve un suc peu abondant, jaunâtre, transparent, filant, gluant, ayant quelquefois la consistance d'une gelée molle; le

plus souvent infiltré, quelquefois déposé dans de petites loges ou de petites cavités. Ces tumeurs ne reçoivent qu'un très-petit nombre de vaisseaux, qui se distribuent spécialement dans la portion périphérique, et sont contenus dans le pédicule de la production morbide, quand celle-ci est pourvue d'une partie rétrécie qui se continue avec les tissus environnants.

L'examen microscopique révèle les éléments suivants: 1° des fibres fines, longues, parallèles, à contours assez nettement tracés, réunies le plus souvent en faisceaux (A, fig. 27); 2° entre ces fibres et dans le suc qui infiltre la tumeur, des globules et des corps fusiformes analogues à ceux que présentent les tumeurs fibro-plastiques (B, a, b, fig. 27); 3° une substance intercellulaire, fine, hyaline, destinée à réunir les éléments précédents; 4° de larges feuilletts irréguliers sans noyaux ni cellules, avec des granules épars dans leur substance; 5° des granules et des globules graisseux, en cas d'infiltration graisseuse. Dans les tumeurs fibreuses de l'utérus, on rencontre en outre des *fibres-cellules* analogues à celles des muscles, d'où le nom de *MYÔMES* ou de *MYO-FIBRÔMES* que Virchow leur a donné. On observe parfois dans les fibrômes des points qui ont subi une crétification et même une métamorphose osseuse.

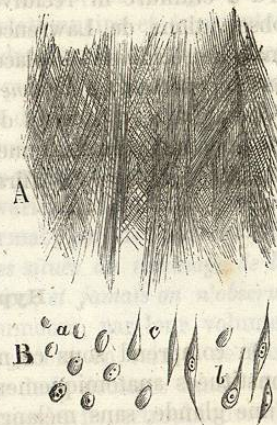


Fig. 27.

**Symptômes.** Les tumeurs fibreuses se présentent sous la forme de masses plus ou moins considérables, ovoïdes, arrondies, bien circonscrites de tous les côtés, d'une consistance très-ferme et assez prononcée dans certains cas pour faire croire à une tumeur cartilagineuse ou osseuse, plus ou moins mobiles, suivant leurs connexions avec les parties voisines, indolentes par elles-mêmes et à la pression, n'occasionnant en général d'autres troubles que ceux qui résultent d'une compression mécanique ou d'une distension des organes au milieu desquels elles se sont développées. La peau qui les recouvre est mobile et sans altération.

Ces tumeurs sont généralement uniques; celles de l'utérus font parfois exception à cette règle. Azam (de Bordeaux) a trouvé, chez un même sujet, des tumeurs fibreuses multiples dans des organes divers, la mamelle, l'utérus, l'ovaire; s'agit-il là d'une véritable diathèse?

**Diagnostic.** Les tumeurs fibreuses se distinguent facilement des kystes, qui présentent un certain degré de résistance et d'élasticité; des lipômes, qui sont moins durs; des tumeurs ganglionnaires, qui sont en général lobulées; mais il est très-difficile de les distinguer des tumeurs *fibro-plastiques*, avec lesquelles elles ont du reste une grande analogie; elles diffèrent des tumeurs *concréuses* par leur marche essentiellement lente, leur consistance uniforme, l'absence d'engorgement ganglionnaire et d'altération générale de la santé.

**Pronostic. Traitement.** Le pronostic n'est défavorable qu'autant que les tumeurs se développent dans certaines régions, ou qu'elles compromettent les fonctions d'organes importants. On peut en faire l'ablation avec l'instrument tranchant. Il faut seulement se rappeler que leur adhérence avec les parties voisines en rend la dissection quelquefois très-difficile, et qu'il est arrivé à des chirurgiens habiles de laisser inachevée une pareille opération, en raison des délabrements qu'il aurait fallu produire. Le plus souvent, on n'a à craindre ni récurrence ni infection générale. Pourtant il ressort des observations de Lawrence, Paget, Broca, qu'il est possible de voir la maladie récidiver sur place. Paget cite un cas de généralisation; chez une femme opérée d'un *fibrome* de la mamelle, il vit la récurrence deux mois après l'opération, et à la mort de la malade, quelques mois plus tard, il trouva les poumons contenant une trentaine de tumeurs de la nature de la tumeur du sein, tumeur qu'il affirme avoir été entièrement fibreuse.

## ARTICLE IX.

## Hypertrophie glandulaire.

On comprend sous ce nom, ou sous celui d'ADÉNÔMES, des tumeurs constituées anatomiquement par un développement exagéré des éléments d'une glande, sans mélange d'éléments étrangers à l'organe affecté.

**Anatomie pathologique.** Il est rare que l'hypertrophie porte sur la totalité de la glande; ordinairement elle n'atteint que quelques lobes isolés, d'où il résulte nécessairement des changements notables dans sa forme normale. La consistance de la glande peut être augmentée ou diminuée: dans le premier cas, l'hypertrophie porte spécialement sur les éléments fibreux; dans le second, le tissu propre de l'organe hypertrophié est infiltré de sérosité plus ou moins limpide. Ces tumeurs sont peu vasculaires: les veines superficielles qui les recouvrent ont augmenté de volume, et forment souvent au devant d'elles un lacis plus ou moins serré. Ces productions sont



Fig. 28.

toujours le résultat de l'hypergénèse pure et simple d'éléments anatomiques constituant normalement le tissu propre de la glande, hypergénèse qui peut du reste n'atteindre que certains éléments, l'épithélium ou les vésicules glandulaires, par exemple. Chacun des éléments anatomiques constitutifs de l'adénôme a conservé ses caractères propres, sans aucun changement, soit dans son volume, soit dans sa forme. La figure 28 représente une petite portion d'hypertrophie glandulaire de la mamelle: a, a, a, lobules; b, b, cellules formant une couche membraneuse qui tapisse l'intérieur de chaque lobule. Quelques-unes de ces

cellules sont libres et isolées. d, d, noyaux des cellules; c, c, nucléoles.

**Symptômes.** La tumeur adénoïde se développe lentement, sans douleur, et ce n'est généralement que quand elle a acquis un certain volume que les malades commencent à en découvrir l'existence. Elle est dure ou molle, rarement fluctuante, selon qu'elle est formée par l'hypertrophie du tissu fibreux de la glande, ou qu'elle contient une plus ou moins grande quantité de sérosité infiltrée. La peau qui la recouvre est mobile, sans aucun changement de coloration. La tumeur est mobile sur les parties sous-jacentes, toujours indolente; elle peut rester longtemps stationnaire et augmenter ensuite rapidement de volume; parfois elle subit des alternatives singulières d'augmentation et d'état stationnaire, sans qu'on puisse expliquer ce phénomène. Quelques-unes de ces tumeurs s'infiltrèrent de sérosité citrine, ce qui a pour résultat de changer les caractères physiques de la production morbide. Parfois la sérosité s'accumule dans certains points, et il se produit des kystes plus ou moins nombreux et de volume variable. La fonction de la glande continue à s'exécuter comme à l'état normal; parfois pourtant elle semble moins active. *Les ganglions lymphatiques situés au voisinage de la tumeur sont toujours exempts de toute induration, et jamais on n'observe les phénomènes d'une infection générale.* Ces tumeurs, par leur volume, peuvent occasionner des accidents locaux qui varient en raison de leur siège; ainsi, chez les vieillards, l'hypertrophie de la prostate cause souvent des rétentions d'urine fort graves; des tumeurs hypertrophiques de la mamelle exercent parfois une compression douloureuse sur les parties voisines.

**Étiologie.** Les causes de cette affection sont fort mal connues, et il n'en est aucune qui mérite d'être mentionnée. Les adénômes de la mamelle paraissent liés à des troubles de la menstruation. On les observe surtout chez les femmes non mariées et chez celles qui, bien que mariées, sont demeurées stériles.

**Diagnostic.** Il est fondé sur les signes suivants: absence de douleurs, d'engorgement ganglionnaire, d'infection générale, mobilité de la tumeur et intégrité des téguments.

**Pronostic.** Il varie, selon le siège et le volume de la tumeur; en raison des accidents qui peuvent résulter de la compression qu'elle exerce sur les organes voisins. Il est peu grave par lui-même, car, après l'ablation de l'adénôme, on n'a à craindre ni récurrence ni généralisation.

**Traitement.** Il peut être palliatif ou curatif. Les pommades fondantes à l'iodure de potassium, l'iode à l'intérieur, la compression, réussissent parfois. Si ces moyens sont insuffisants, on a recours à l'extirpation.

Sous le nom de TUMEURS HÉTÉRADÉNIQUES OU HÉTÉRADÉNÔMES, on a décrit des productions morbides qui appartiennent à la classe des cancers. Ce sont des produits de nouvelle formation, dont la structure, examinée au microscope, rappelle celle du tissu glandulaire, bien qu'il n'y ait pas de ce dernier tissu dans la région où les tumeurs se développent. Ce qui prouve bien que ce sont des cancers, c'est que ces produits morbides se substituent aux or-