

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'infiltrent 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-

ganes au milieu desquels ils se montrent; que lorsqu'on en fait l'ablation, la tumeur se reproduit sur un autre point de l'organisme.

ARTICLE X.

Tumeurs cartilagineuses. Enchondrômes.

On désigne sous le nom d'*enchondrômes* ou de *chondrômes* des tumeurs formées d'un tissu qui ressemble à celui du tissu cartilagineux.

Anatomie pathologique. Il en est de deux espèces : les uns se développent aux dépens des os, d'autres se forment au milieu des parties molles.

1° **CHONDRÔMES DES OS.** Ils naissent du périoste (*périchondrômes*) ou dans l'épaisseur de l'os (*enchondrômes*). Ils ont un siège de prédilection pour les phalanges des doigts et des orteils, pour les os métacarpiens et les métatarsiens. On en a rencontré aussi à la jambe, à la cuisse, sur l'os des îles, les côtes, l'omoplate. Tantôt la tumeur est unique, tantôt il en existe plusieurs sur le même sujet. Le volume varie depuis une noisette jusqu'au poing, et même au delà. Ainsi J. Cruveilhier a vu un périchondrôme du volume de la tête d'un fœtus à terme, du poids de 4,560 grammes, occupant la main tout entière, et formé aux dépens des trois os métacarpiens du milieu.

Les *périchondrômes* représentent des masses lobuleuses à mamelons séparés par des sillons, au fond desquels on trouve du tissu fibreux qui leur forme aussi une enveloppe. Tantôt la base d'implantation est large; tantôt c'est un pédicule. Ils offrent deux variétés d'organisation : les uns, appelés *ostéochondrophytes*, sont formés d'un cartilage associé au tissu osseux ou à de la matière calcaire; les autres, appelés *chondrophytes*, ne renferment que du tissu cartilagineux. Ces derniers sont rares, proportionnellement aux autres; on les a rencontrés sur la face antérieure du sacrum, les côtes, la dernière phalange du pouce, la fosse sous-épineuse de l'omoplate. Les *enchondrômes* présentent une masse cartilagineuse divisée en un grand nombre de petites portions irrégulières, disséminées dans des cellules de tissu spongieux, et enveloppées d'une coque osseuse; celle-ci est tantôt épaisse, tantôt amincie au point de disparaître complètement, auquel cas la tumeur n'est enveloppée que par le périoste. On trouve quelquefois dans le cartilage qui forme la base de la tumeur un liquide transparent, visqueux, analogue au corps vitré. Certains enchondrômes ont l'aspect d'un fibro-cartilage. La forme des chondrômes est généralement sphéroïdale; les parties molles qui les recouvrent, tendons, muscles, peau, ne sont pas envahies, mais seulement repoussées par la production morbide. Lorsque la tumeur se développe sur un os court, et même quand deux chondrômes se forment sur deux os articulés ensemble, l'articulation reste intacte; l'ankylose s'y observe rarement.

2° **CHONDRÔMES DES PARTIES MOLLES.** On les a signalés dans la parotide, la glande sous-maxillaire, le testicule, les poumons. J'en ai extirpé un

qui occupait le tissu cellulaire de l'orbite (Voir mon *Traité des Maladies des yeux*, t. 1^{er}, p. 154). Ils forment une masse de consistance dure, élastique, indolente à la pression, entourée d'une enveloppe fibreuse. Le tissu qui les constitue ressemble à celui du cartilage : il est dur, élastique, de couleur blanche avec un reflet bleuâtre, parfois jaunâtre. La surface de la coupe est lisse et luisante. Dans certains cas, le tissu se ramollit, prend l'apparence gélatiniforme et ressemble à l'encéphaloïde; c'est alors qu'on y rencontre quelquefois des kystes renfermant un liquide semblable à l'humeur vitrée. Dans d'autres cas, le tissu se vascularise plus ou moins par places, et cette hyperhémie peut aller jusqu'à la rupture des vaisseaux, d'où résultent des épanchements sanguins. L'analyse chimique des enchondrômes, faite par Muller, a révélé dans ces tumeurs l'existence d'une quantité notable soit de gélatine ordinaire soit de chondrine.

Détails microscopiques. Quel que soit le siège de l'enchondrôme, on trouve le tissu de la production morbide composé des éléments du cartilage vrai ou du fibro-cartilage : ce sont des cellules à contours ronds, ovoïdes, pyriformes ou irréguliers (b, b, fig. 29), renfermant un noyau (d, d), qui contient lui-même un ou plusieurs nucléoles. Ces cellules s'altèrent promptement, et alors elles s'infiltrent de granulations graisseuses (e, e); quelquefois la paroi s'épaissit. Dans certains enchondrômes, les cellules sont renfermées dans de grandes vacuoles qui ressemblent aux cavités des cartilages normaux (v, v); ces vacuoles contiennent des cellules complètes ou des noyaux en nombre variable. Lorsque la tumeur se ramollit, la capacité des vacuoles augmente. Entre les cellules ou entre les cavités se trouve une substance amorphe formée de granulations arrondies, d'une substance fibroïde ou d'une substance fibreuse (a, a).

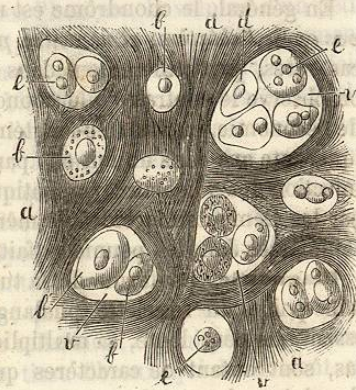


Fig. 29.

Causes. Ces tumeurs se développent presque toujours dans le jeune âge. Quelques malades accusent une contusion de l'os; chez d'autres, il est impossible de trouver aucune cause locale appréciable, et il faut admettre une prédisposition constitutionnelle. On a aussi signalé l'influence de l'hérédité.

Symptômes. Ils varient suivant le siège du mal. Si c'est un chondrôme des os, l'affection se présente sous la forme d'une tumeur située sur le trajet d'un os avec lequel elle est intimement unie. La tumeur, de volume variable, a une forme généralement sphéroïdale, une surface mamelonnée. Elle se continue avec l'os dont elle provient, soit par un pédicule rétréci, soit par un pédicule à large base. Lorsqu'elle est limitée à l'extérieur par une coque osseuse (*enchondrôme*), elle est dure; si c'est par une couche cartilagineuse (*périchondrôme*), elle cède sous la pression du doigt. Elle

peut être douloureuse au début; elle devient plus tard indolente, et ne gêne que par son volume et par l'obstacle qu'elle apporte à l'exercice des fonctions du membre. Quelques-unes de ces tumeurs, celles qui se développent sur les phalanges, par exemple, sont translucides.

Si le chondrôme se développe dans l'épaisseur des parties molles, le testicule, la parotide, etc., il se présente sous la forme d'une masse de forme variable, d'une consistance dure qui rappelle celle des tumeurs fibreuses ou même des tumeurs osseuses.

Marche. Terminaisons. Il y a des variétés : la tumeur peut rester stationnaire; d'autres fois, après un développement très-lent, elle s'accroît et prend un volume énorme; la peau qui l'entoure s'amincit, s'enflamme et s'ulcère, mais l'ulcération se limite; dans d'autres cas, le tissu de la masse morbide se ramollit, tombe en gangrène, et le malade peut succomber; quelques-unes de ces tumeurs, après avoir été indolentes pendant longtemps, deviennent douloureuses à la suite d'un choc ou d'une blessure.

En général, le chondrôme est une affection locale; *la tumeur ne récidive pas après l'ablation, et ne donne pas lieu à une infection générale.* Dans des cas rares, particulièrement dans certains chondrômes des parties molles, on observe le contraire : le chondrôme se reproduit dans d'autres points de l'économie, parfois très-longtemps après l'ablation de la première tumeur (quarante ans dans un fait cité par Paget); ou bien encore il se produit une infection des vaisseaux lymphatiques, qui partent de la tumeur principale, par les éléments morbides de même nature, et l'on trouve des productions semblables dans les poumons (faits de Paget et de Richet).

Diagnostic. La forme de la tumeur, son siège de prédilection sur certains points du squelette, phalanges des doigts, métacarpiens, sa marche essentiellement lente, sa multiplicité sur une même région dans quelques cas, sont autant de caractères qui ne permettent pas de méconnaître le chondrôme des os. Il n'en est plus de même pour les chondrômes des parties molles; lorsque ceux-ci subissent des modifications de structure, ils ressemblent à d'autres tumeurs. Ainsi quand le chondrôme contient des portions ossifiées, il présente les caractères d'une tumeur osseuse; renferme-t-il des kystes, il offre des parties fluctuantes qui, même pour les chondrômes des os, simulent un kyste acéphalocyste. On distingue l'enchondrôme du cancer, dans ces divers cas, par sa marche lente et l'absence de douleurs vives.

Pronostic. Il est variable suivant les cas, le chondrôme étant tantôt une tumeur bénigne, tantôt une production maligne.

Traitement. Si le chondrôme d'un os ne tient à celui-ci que par un pédicule, on pratique la section de ce dernier soit au moyen de cisailles, soit à l'aide d'une scie à chaîne, après avoir au préalable mis à découvert la masse morbide. Si, au contraire, la tumeur se continue avec l'os par une base large, il faut sacrifier la portion osseuse qui sert d'implantation, soit par une amputation, soit par une résection. Sédillot a employé une fois, avec succès, l'évidement de l'os. L'extirpation de la tumeur est le seul mode de traitement applicable aux chondrômes des parties molles.

ARTICLE XI.

Tumeurs mélaniques. Mélanomes.

La production exagérée et accidentelle de la matière pigmentaire normale peut donner lieu à la formation de tumeurs que l'on désigne sous le nom de *tumeurs mélaniques*. Le plus souvent la mélanose se rencontre mélangée au cancer (p. 190); à l'état de mélanose pure, elle est rare chez l'homme, où on ne l'observe que dans quelques régions particulières, la peau, l'appareil de la vision, notamment la conjonctive oculo-palpébrale.

Anatomie pathologique. Le plus souvent le pigment est simplement infiltré au milieu des éléments anatomiques normaux; dans ce cas, il n'y a pas à proprement parler de tumeur. Alors même que le pigment se réunit en masse, la tumeur atteint rarement, chez l'homme, le volume d'un petit œuf de pigeon. La forme de la tumeur est généralement arrondie, rarement lobulée; la coupe en est très-noire, violacée ou d'un brun foncé; parfois on aperçoit sur cette coupe des traînées blanchâtres dues à des tractus de tissu fibreux, qui pénètrent jusque dans l'épaisseur de la masse morbide. Au début, celle-ci est dure, consistante; après un temps plus ou moins long, elle peut devenir le siège d'un ramollissement qui se fait toujours du centre à la périphérie; on trouve alors au centre de la tumeur un liquide brun rougeâtre dans lequel l'analyse microscopique fait reconnaître un grand nombre de granulations pigmentaires.

Le tissu mélanique n'est pas vasculaire; on n'y trouve d'autres vaisseaux que ceux qui se distribuent à l'enveloppe celluleuse, ou qui pénètrent dans la tumeur en rampant sur les tractus de tissu fibreux qui la divisent en plusieurs lobes.

Le pigment renfermé dans ces tumeurs se présente sous trois états différents : ce sont des *granulations amorphes* de 1/400 à 1/200 de millimètre qui se déposent, sans aucun ordre, dans l'intervalle des éléments anatomiques normaux. Dans d'autres cas, ces granulations amorphes pénètrent jusque dans l'intérieur des cellules normales du tissu où la tumeur se développe; elles les remplissent, et même en masquent plus ou moins complètement le noyau. D'autres fois enfin, on voit de véritables *cellules pigmentaires* complètes, analogues à celles de la choroïde, composées d'une membrane d'enveloppe, renfermant un grand nombre de *granulations élémentaires* colorées, et d'un *noyau* n'en renfermant pas. Ces cellules sont un peu arrondies ou irrégulières.

Symptômes. La mélanose se rencontre surtout à la peau, aux yeux; on a signalé des tumeurs mélaniques au mamelon et dans l'aisselle. Quel qu'en soit le siège, ces tumeurs sont indolentes, très-dures au début, ramollies plus tard; leur volume s'accroît lentement; quelquefois elles restent longtemps stationnaires. Elles peuvent ulcérer la peau qui les recouvre, ou dans l'épaisseur de laquelle elles se sont développées; l'ulcé-

ration est fongueuse, et laisse échapper une sanie fétide, fortement colorée en noir, et parfois assez abondante pour faire périr le malade dans un état de marasme complet. Les ganglions lymphatiques voisins s'infiltrèrent quelquefois de matière pigmentaire. Ce fait ne présente rien de surprenant, puisque chez les sujets qui portent des tatouages, il n'est pas rare d'observer des transports de matière colorante dans les ganglions voisins. La santé générale n'est pas altérée par le développement de la mélanose; on a vu quelquefois ces tumeurs récidiver sur place après leur extirpation.

Dans ces derniers temps, on a parlé de l'inoculation de la mélanose non cancéreuse. Quelques fragments de tumeur mélanique, quelques cellules pigmentaires de la choroïde introduites sous la peau ou dans le tissu musculaire, auraient déterminé la production de tumeurs mélaniques. Ces expériences sont trop peu nombreuses pour qu'on soit autorisé à regarder les faits annoncés comme pleinement démontrés.

Traitement. Les tumeurs mélaniques pouvant récidiver sur place, doivent être considérées comme étant de mauvaise nature; il est donc tout au moins prudent de les détruire, soit par les caustiques, soit par le bistouri.

ARTICLE XII.

Tumeurs fibro-plastiques.

On donne ce nom à des productions morbides qui diffèrent des tumeurs cancéreuses proprement dites par leur structure spéciale et par quelques-uns de leurs caractères cliniques.

Anatomie pathologique. Les tumeurs fibro-plastiques ont été observées dans toutes les régions du corps, dans les parties molles aussi bien que dans les parties dures: à la surface de la conjonctive, au sein, dans le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-aponévrotique, les membranes fibreuses, le tissu osseux, ou elles portent le nom spécial d'*ostéosarcome*; on les observe rarement dans les tendons. Elles sont arrondies, à forme sphérique ou ovoïde; leur surface est framboisée ou lobulée. Le plus souvent elles présentent des masses bien circonscrites; plus rarement elles sont diffuses. Le volume en est très-variable. Elles sont dures, élastiques, résistantes, quelquefois molles et presque fluctuantes, ce qui tient à la prédominance de tel ou tel élément histologique.

Le tissu fibro-plastique, examiné à l'œil nu, ne présente pas toujours les mêmes apparences; tantôt il est jaune rosé, peu vasculaire; il ressemble au tissu mou et lobulé qu'on voit végéter autour de certains os cariés; tantôt il présente la consistance de la chair musculaire ou du poumon carnifié, d'où le nom de *sarcome* donné à ces productions morbides. La surface de la coupe offre un aspect homogène, finement grenu, de couleur variable, tantôt jaune tirant légèrement sur le rouge, tantôt rouge de chair; d'autres fois d'un blanc lactescent, ou bien encore d'un jaune safrané, d'un jaune verdâtre; la vascularité en est assez prononcée. On rencontre quel-

quefois dans l'épaisseur de la tumeur des mailles de tissu osseux provenant de l'os sur lequel la tumeur s'implante; parfois ce tissu osseux paraît s'être formé de toutes pièces au sein de parties primitivement molles. Lorsqu'on comprime ces tumeurs, on en fait sortir un suc séreux, transparent, d'un jaune pâle, bien différent de ce que l'on décrit sous le nom de *suc cancéreux* (voy. p. 191). Les tumeurs fibro-plastiques sont mobiles en tous sens, dans la majorité des cas; quelquefois pourtant elles adhèrent intimement au périoste, et aux os, dont il est difficile de les détacher. Elles se comportent relativement aux tissus voisins comme les tumeurs fibreuses, c'est-à-dire qu'elles les compriment sans se substituer à eux, bien différentes en cela des tumeurs cancéreuses, qui se substituent aux divers tissus qu'elles envahissent. Les tumeurs fibro-plastiques sont entourées d'une couche lamellaire de tissu fibreux, contenant des vaisseaux capillaires assez développés.

DÉTAILS MICROSCOPIQUES. Trois variétés d'éléments anatomiques se rencontrent dans ces tumeurs: 1° des cellules fibro-plastiques; 2° des noyaux fibro-plastiques; 3° des corps fibro-plastiques fusiformes.

1° Les *cellules fibro-plastiques* (a, a, fig. 30) sont ovoïdes ou arrondies; d'autres présentent une pointe à leurs deux extrémités; elles mesurent 1/100 à 1/60 de millimètre de diamètre. La membrane d'enveloppe est pâle, finement granuleuse. Elles contiennent un noyau et un ou plusieurs nucléoles à peine distincts. Parfois on rencontre des *cellules mères* (m) à noyaux multiples, contenant un nombre plus ou moins considérable de nucléoles. 2° Les *noyaux fibro-plastiques* (b, b) mesurent 1/200 à 1/140 de millimètre de diamètre; ils sont ronds au début de leur formation, et deviennent plus tard ovoïdes. On peut les considérer comme des cellules en voie de développement. Ils contiennent un ou plusieurs nucléoles. 3° Les *corps fibro-plastiques fusiformes* (f, f, f) sont de petits corpuscules présentant à leur partie

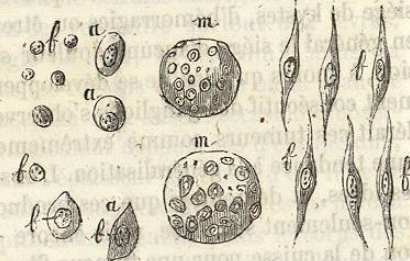


Fig. 30.

moyenne un renflement; ils mesurent environ 1/160 de millimètre en largeur, et 1/40 à 1/60 de millimètre en longueur. Ils présentent un noyau très-petit; leurs deux extrémités sont effilées, souvent bifides. Comme éléments constitutifs accessoires de ces tumeurs, on trouve de véritables *fibres* résultant probablement de la transformation définitive des corps fusiformes, et une substance gélatineuse amorphe d'une nature particulière. Ces éléments accessoires sont disséminés çà et là, en proportion variable, au milieu des éléments anatomiques constitutifs. Ils ne sont pas toujours combinés entre eux dans les mêmes proportions, d'où il résulte des apparences variables de ces tumeurs, selon que tel ou tel élément prédomine. Ainsi, quelques tumeurs ne renferment presque que des *noyaux*, on les appelle fibro-plastiques *nucléaires*; elles présentent un développement très-rapide, et offrent le plus souvent des exemples de récidive après l'ablation. Les tumeurs formées par les *corps fusiformes* et par les *cellules fibro-plastiques* présentent une apparence plus franchement fibreuse, moins vasculaire que les précédentes. Quand

la matière amorphe gélatineuse prédomine, la tumeur offre les caractères des tumeurs dites *colloïdes*; on observe surtout cette variété au testicule, dans la mamelle, le corps thyroïde.

Etiologie. On observe ces tumeurs dans les deux sexes; de préférence vers l'âge de trente-cinq à quarante ans. On les a vues se montrer à la suite de contusions lentes et répétées, d'un état inflammatoire; dans ces cas, elles sont généralement bénignes, et ont une tendance prononcée à la transformation fibroïde définitive. Celles qui se développent spontanément sont plus dangereuses; outre une tendance bien marquée à un accroissement considérable, elles sont sujettes à récidiver non-seulement sur place, mais dans d'autres points de l'organisme. On a signalé quelques faits de transmission des tumeurs fibro-plastiques par *voie d'hérédité*.

Symptomatologie. Les tumeurs fibro-plastiques se présentent sous forme de masses plus ou moins considérables, qui atteignent parfois un volume énorme, arrondies ou lobulées, bien limitées de toutes parts, molles ou dures, élastiques. Elles ont une marche souvent très-lente; ainsi on les voit persister quelquefois pendant vingt ans et au delà sans occasionner d'autres troubles que ceux qui sont dus à la compression qu'elles exercent sur les parties voisines. D'autres fois, après avoir acquis un certain volume, ou quand elles récidivent, ou bien encore à la suite d'une contusion à laquelle elles ont été soumises, elles prennent, en fort peu de temps, un développement considérable. Elles peuvent se ramollir, s'ulcérer, devenir le siège de kystes, d'hémorragies ou être frappées de gangrène; elles ne sont en général le siège d'aucune douleur spontanée ou développée par la pression, à moins qu'elles ne se développent dans le tissu osseux. L'engorgement consécutif des ganglions s'observe assez fréquemment. Lebert considérait ces tumeurs comme extrêmement bénignes et comme n'ayant aucune tendance à la généralisation. L'observation clinique est venue modifier ces idées, et démontrer que ces productions morbides peuvent récidiver, non-seulement sur place, mais encore à distance. J'ai pratiqué l'amputation de la cuisse pour une tumeur fibro-plastique de l'extrémité supérieure du tibia à une malade âgée de cinquante-quatre ans; la plaie guérit dans l'espace d'un mois; mais environ huit ou neuf mois plus tard, il se développa une tumeur fibro-plastique d'un volume monstrueux dans l'extrémité supérieure de l'humérus, et la malade succomba aux progrès de cette affection. E. Godard, Voillez, H. Larrey ont publié des faits de généralisation de ces tumeurs dans plusieurs points de l'économie.

Diagnostic. Ces tumeurs se distinguent en général du cancer par la marche lente, l'absence de douleurs, l'intégrité de la santé générale, l'infection tardive des ganglions. Dans les cas où le diagnostic est douteux, on peut recourir à un procédé d'exploration que l'on a décrit sous le nom d'*akidopeirostique*, et qui est applicable au diagnostic de toutes les tumeurs en général. Il consiste à pratiquer une ponction exploratrice dans la tumeur avec certains instruments particuliers, construits de telle façon qu'on peut attirer au dehors quelques fragments du tissu dans lequel on

les fait pénétrer. Cette méthode, qui ne présente aucun danger, est due au professeur Küss (de Strasbourg). Les instruments que l'on emploie pour pratiquer cette ponction sont: le *trocart à harpon*, de Küss; le *kélectome*, de Bouisson (de Montpellier); le *trocart à pinces*, de Middeldorpff. A l'aide de l'un de ces instruments, on extrait de petits fragments des tumeurs, que l'on soumet ensuite à l'examen microscopique.

Pronostic. Il est moins grave que celui des tumeurs cancéreuses; mais comme la récurrence est possible, il devra toujours être réservé.

Traitement. Si la tumeur est superficielle et peu volumineuse, on peut l'attaquer par les caustiques. Le plus souvent, il faut en pratiquer l'extirpation. L'amputation des membres ou la résection, à la condition que la dernière permet d'enlever tout le mal, est formellement indiquée dans les tumeurs fibro-plastiques qui naissent des os, ou qui envoient des prolongements dans des parties difficiles à disséquer. Dans ces cas, il est préférable de mutiler le sujet, plutôt que de l'exposer à la récurrence et à l'infection générale.

ARTICLE XIII.

Tumeurs épithéliales.

Ces tumeurs, désignées sous les noms de *cancroïde*, *noli me tangere*, *cancer verruqueux*, *ulcère chancreux*, *ulcère rongeur*, *chancre malin*, *épithélioma*, sont formées par un dépôt successif de cellules analogues à celles de l'épithélium pavimenteux normal. On les rencontre surtout aux lèvres, sur la langue, les joues, le grand angle de l'œil, le scrotum, l'anus, la vulve, etc., plus particulièrement dans les régions du corps où la peau se continue avec une membrane muqueuse. On a eu aussi l'occasion d'observer le cancroïde dans des régions normalement dépourvues d'épithélium; ainsi, Virchow l'a vu se développer dans l'épaisseur du tibia, d'où il ne se propagea aux parties voisines qu'à la suite d'une fracture de l'os au niveau du point affecté. Le plus souvent, l'épithélioma pénètre dans le corps des os en suivant le trajet des vaisseaux et des nerfs; c'est ainsi que l'on voit la maladie arriver dans l'épaisseur du maxillaire inférieur par le trou mentonnier.

Anatomie pathologique. Les éléments anatomiques constituant le cancroïde sont: 1° des cellules se rapprochant par leurs formes générales de celles de l'épithélium pavimenteux normal (*c, c, c*, fig. 31; p. 186); elles sont aplaties, de forme variable, rarement sphériques ou prismatiques, à noyau (*n, n*) le plus souvent peu volumineux, quelquefois très-développé, ou bien au contraire manquant complètement. Dans quelques cas, le nucléole est très-brillant. Ces cellules sont quelquefois munies de prolongements, à formes variables, et semblent creusées d'excavations (voy. la figure 31). 2° Dans l'intervalle intercellulaire, on trouve des amas de granulations élémentaires amorphes. 3° Dans certains cancroïdes, on trouve des corpuscules ovoïdes ou sphériques, résultant de l'emboîtement de feuillets épidermiques les uns dans les autres, que l'on désigne sous le nom de *globes épidermiques* (*ea*, fig. 31). Ils mesurent généralement de 1/100 à 2/3 de millimètre, et présentent à leur centre des amas de granulations élémentaires amorphes. Comme parties acces-