

lente, fièvre hectique. Aussi, la ponction sous-cutanée ou capillaire et l'évacuation, — lorsque la collection trop tendue menaçait de se rompre, — la compression, les badigeonnages iodés constituaient à un moment toutes les audaces thérapeutiques. Quelques-uns de ces procédés, d'ailleurs, ont donné des succès; les injections iodées et plus tard les injections phéniquées ont amené la disparition de cavités peu étendues.

On craint moins, à cette heure, d'ouvrir les collections froides. Les tubes à drainage de Chassaignac, les caustiques, l'incision simple sont assez rarement employés, et le plus souvent, à l'exemple de Lister, on fend largement la poche, on en lave les parois avec une solution forte d'acide phénique et on protège le foyer contre l'accès des germes de l'air par un pansement antiseptique. Il n'y a plus à craindre les décompositions putrides; les parois de l'abcès s'exfolient peu à peu et les bourgeons charnus apparaissent qui obtèrent la cavité. D'autres vont plus loin maintenant: ils détruisent la paroi avec une spatule, un grattoir, une curette; ils cherchent à extirper jusqu'au dernier vestige du tissu tuberculeux qui infiltre la paroi, opération délicate, car les prolongements traversent même les membranes aponévrotiques. L'opérateur cherche à transformer ainsi la tumeur primitive en une plaie simple: on supprime la phase d'exfoliation; on peut même essayer d'obtenir la réunion primitive, et il est des cas où l'on a réussi.

Mais il faut se rappeler qu'on échoue souvent: une suppuration peut s'établir en un point de la plaie et une fistule persister un temps souvent fort long; après un succès que l'on croit complet, la cicatrice peut se soulever et une récidive apparaître; le chirurgien ne saurait se flatter en effet d'avoir extirpé tous les prolongements qui émanent de la tumeur. On doit savoir enfin que ces grattages d'abcès ne sont pas toujours innocents et que ces traumatismes opératoires, comme l'a démontré Verneuil, ont, dans certains cas, activé la diathèse et provoqué des accidents fort graves, dont le plus fréquent et le plus redoutable paraît être la méningite tuberculeuse.

Pour nous, la méthode de choix est l'injection d'éther iodoformé dans la collection purulente, procédé imaginé par Verneuil et qui n'en est plus à faire ses preuves. La poche doit être évacuée de la matière puriforme qu'elle contient; l'appareil aspirateur de Dieulafoy et de Potain y suffit; lorsque la cavité est vide, on y fait pénétrer

une quantité variable d'éther iodoformé. Si la poche est petite, on injecte quelques grammes seulement d'une solution à 10 d'iodoforme pour 100 d'éther; si la poche est volumineuse, comme dans les abcès par congestion de la racine de la cuisse, on ne craint pas de la distendre avec 40, 60, 100 grammes d'une solution à 5 pour 100. On n'a jamais signalé d'intoxication grave, et très souvent la guérison survient après une, deux ou trois injections.

Le traitement chirurgical doit toujours marcher de pair avec le traitement médical. Lui seul d'ailleurs peut donner des succès durables. L'abcès n'est qu'une manifestation d'une diathèse qu'il faut atteindre sous peine de voir de nouveaux accidents apparaître. Une bonne hygiène, un bon climat, les bains salés, la mer, Salins, Salies de Béarn, l'exercice au grand air, les frictions sèches, l'iodure de potassium, le fer, le quinquina et tous les amers, l'huile de foie de morue à haute dose, — il faut sans relâche et longuement recourir à tous ces moyens dont une vieille expérience a prouvé l'efficacité.

---

## CHAPITRE V

### DES TUMEURS.

Les anciens chirurgiens appelaient *tumeur* « tout ce qui est gros », et dans le langage clinique courant ce mot désigne encore les saillies anormales et les gonflements. Depuis la vulgarisation des recherches histologiques on réclame une définition plus précise; celle que proposent Cornil et Ranvier est généralement adoptée en France, et toute masse constituée par un tissu de formation nouvelle, en un mot, toute néoplasme ayant de la tendance à persister ou à s'accroître, est une tumeur. On écarte ainsi les épanchements de toute nature, les rétentions de produits de sécrétion qui ne sont pas « de formation nouvelle », puis les néoplasmes inflammatoires qui n'ont aucune tendance « à persister ou à s'accroître ».

**Classification.** — On a, dès l'origine de la chirurgie, distingué deux grandes espèces de tumeurs : les tumeurs *bénignes*, toutes locales et qui ne gênent que par leur volume ou les troubles mécaniques qu'elles apportent parfois au libre fonctionnement des organes; les tumeurs *malignes*, qui progressent rapidement, s'ulcèrent, donnent lieu à des hémorrhagies, à des engorgements ganglionnaires, et qui récidivent et se généralisent. Bien qu'il y ait entre ces deux classes tous les intermédiaires, et qu'on ne sache à laquelle des deux attribuer certains néoplasmes tantôt bénins, tantôt malins, cette vieille division est peut-être encore la meilleure que la clinique possède.

Les classifications « scientifiques », fort arbitraires et toute de convention, sont extrêmement nombreuses. Nous ne citerons que celles de Billroth, de Virchow, de Broca, celle de Cornil et Ranvier, parce qu'elles s'appuient sur des ouvrages et des traités d'une valeur exceptionnelle. Billroth reconnaît quatre groupes. Dans le premier il range les tumeurs à marche très lente, qui ne se généralisent jamais et que l'extirpation guérit, en un mot les tumeurs bénignes telles que le lipome et le fibrome; dans le deuxième, les tumeurs qui récidivent sur place, mais qui se généralisent rarement, telles que certains sarcomes; dans le troisième, les tumeurs à développement rapide, à récurrence habituelle, à généralisation fréquente, les anciennes tumeurs malignes dont le type est le carcinome; dans la quatrième, les tumeurs à récurrence et à généralisation fatales; mais on pourrait, sans grand dommage, réunir ce groupe au précédent.

Virchow admet aussi quatre classes : la première comprend les tumeurs formées par les éléments du sang, les hématomes de toutes sortes; la deuxième, les tumeurs dues à l'accumulation, dans une cavité, du produit de sécrétion de cette cavité, hygromas et kystes par rétention; la troisième, les tumeurs que provoque la prolifération d'éléments anatomiques préexistants, tumeurs *histioïdes* ou composées d'un seul tissu, tumeurs *organoïdes* ou formant l'équivalent d'un organe, tumeurs *tératoïdes* ou composées de plusieurs organes combinés en une sorte de système ordinairement incomplet; la quatrième, les tumeurs *mixtes* formées par la réunion de plusieurs des genres précédents. Cette classification bizarre n'a jamais été suivie que par son auteur.

Broca, dans son magnifique *Traité des tumeurs*, modifie la classification de Lebert, et admet les tumeurs *homœomorphes* ou consti-

tuées par des éléments anatomiques semblables à ceux que contiennent les tissus normaux de l'organisme; les tumeurs *hétéromorphes*, formées d'éléments qui n'ont pas leur analogue dans l'économie. Les premières, les tumeurs homœomorphes, sont *homologues* lorsqu'elles se développent au milieu de tissus formés d'éléments identiques à ceux qui constituent la tumeur elle-même; les lipomes des couches graisseuses sous-cutanées, les exostoses ou tumeurs osseuses des os, sont des tumeurs homœomorphes homologues. Elles sont homœomorphes *hétérologues* lorsque leurs éléments, bien qu'ayant leur type dans l'organisme, sont différents de ceux des tissus au milieu desquels elles se sont développées. Les lipomes intra-musculaires, les ostéomes des muqueuses sont des tumeurs homœomorphes hétérologues.

Ces tumeurs, d'après Broca, se développeraient dans des « blastèmes », sorte de substance où prendraient naissance les éléments anatomiques, et dont la composition varierait avec le genre des tumeurs. Celles-ci seraient d'autant plus dangereuses dans leur évolution qu'elles sont plus différentes des tissus au milieu desquels elles apparaissent, et l'on aurait ainsi, par ordre ascendant de malignité, les tumeurs homœomorphes homologues, les tumeurs homœomorphes hétérologues, et les tumeurs hétéromorphes. D'après cela, une même tumeur serait plus grave lorsqu'elle est hétérologue que lorsqu'elle est homologue.

Cette classification, d'une simplicité séduisante et qui serait à la fois clinique et anatomique, ne tient malheureusement pas devant les faits; les tumeurs hétéromorphes, constituées par des éléments sans analogues dans l'économie, n'existent pas, et l'on admet maintenant, selon la loi promulguée par Muller, que les éléments d'une tumeur ont toujours leur type dans l'organisme complètement développé ou à l'état embryonnaire; le corpuscule tuberculeux, la cellule cancéreuse ne sont nullement, comme le voulait Lebert, des éléments spéciaux et caractéristiques du tubercule et du cancer. L'existence des blastèmes n'est pas mieux prouvée, et Virchow a démontré que toute tumeur se développe par prolifération de cellules préexistant dans l'organisme. Il ajoute même que ces cellules sont toujours celles du tissu conjonctif, mais ce dernier membre de la proposition de Virchow n'a pas été accepté, et depuis longtemps on sait que les cellules épithéliales, entre autres, peuvent, par leur prolifération, donner naissance à des néoplasmes.

La division que proposent Cornil et Ranvier n'a aucune prétention clinique; elle s'appuie seulement sur l'histologie, et, à ce point de vue, elle est peu attaquable; sa simplicité d'ailleurs est fort grande. Comme toute tumeur est constituée par des éléments semblables à ceux qui se trouvent dans l'organisme, embryonnaire ou adulte, ces auteurs rattachent les différentes tumeurs aux tissus dont elles dérivent : le groupement devient alors des plus faciles : autant de tissus, autant de genres, et la dénomination de chaque tumeur s'impose à l'avance; on ajoute simplement la désinence *ome* au radical formé par le nom du tissu normal; de là les termes d'épithéliome, d'ostéome, de lipome, de névrome, d'angiome.

Cette classification comprend dix genres. Le premier renferme les tumeurs constituées par un tissu analogue au tissu embryonnaire; ce sont les *sarcomes*, qui possèdent un très grand nombre d'espèces et de variétés; le deuxième renferme les tumeurs constituées par un tissu dont le type se retrouve dans le tissu conjonctif et ses dérivés; c'est le groupe le plus important; il englobe les *myxomes*, les *fibromes*, les *lipomes*, les *carcinomes*, le *tubercule*, les *gommés syphilitiques*; le troisième se rattache au tissu cartilagineux avec les *chondromes*; le quatrième, au tissu osseux avec les *ostéomes*; le cinquième, aux muscles lisses et striés avec les *myomes*; le sixième, au tissu nerveux avec les *névromes*; le septième, aux vaisseaux sanguins avec les *angiomes*; le huitième, aux vaisseaux et aux ganglions lymphatiques avec les *lymphangiomes* et les *lymphadénomes*; le neuvième, aux épithéliums, aux papilles et aux culs-de-sac glandulaires avec les *épithéliomas*, les *papillomes*, les *adénomes* et certains *kystes*; enfin le dixième renferme les tumeurs *mixtes* qui offrent, réunis en un seul néoplasme, un grand nombre de tissus différents.

Sur quel sol ces tumeurs prennent-elles naissance? On admet généralement que l'organisme générateur est atteint d'une diathèse particulière « la diathèse néoplasique » qui, pour Verneuil, se confond avec l'arthritisme. La parenté, la filiation des diverses tumeurs bénignes est très connue : souvent, nous dit Ricard, ces tumeurs coexistent et souvent elles se transforment l'une dans l'autre; le fibrome s'infiltré de graisse, le lipome est envahi par le tissu conjonctif, le kyste sébacé devient fibreux; différents tissus se combinent et se succèdent sur un même individu. Il en est ainsi pour les tumeurs

malignes, et une école anatomo-pathologique réunit étiologiquement le carcinome et l'épithéliome. D'autre part, les néoplasmes bénins et les néoplasmes malins coexistent parfois chez un même sujet; une tumeur maligne peut succéder à une tumeur bénigne, soit dans le même organe, soit dans son congénère, soit dans une autre région; une tumeur bénigne peut se transformer en une tumeur maligne : la même tumeur peut être à la fois bénigne pour certains tissus et maligne pour d'autres; enfin, des néoplasmes, différents par leur structure et leur gravité, peuvent coexister ou se succéder chez plusieurs membres d'une même famille. Toutes ces raisons ne militent-elles pas en faveur d'une diathèse néoplasique dont les effets sont variables, mais qui reste unique dans son essence?

Rien ne serait plus stérile qu'une étude générale des tumeurs. Comment réunir en une même description des néoplasmes d'origine et surtout de marche aussi différentes? Il est cependant certains points qui réclament quelques explications : On a longtemps discuté l'influence des traumatismes sur le développement des tumeurs. Acceptée sans conteste par les uns, niée résolument par les autres, on ne savait à qui entendre. Aujourd'hui une observation exacte a démontré que les violences extérieures sont une des causes les moins contestables de l'apparition des tumeurs, non sans doute qu'elles créent de toutes pièces, mais chez les individus prédisposés héréditairement ou par suite d'une diathèse acquise, le traumatisme altère les tissus et constitue un lieu de moindre résistance où s'édifiera la production morbide; on ne compte plus les faits où un coup a provoqué un cancer chez un arthritique, un abcès froid chez un tuberculeux, une gomme chez un syphilitique. Ajoutons que, dans les maladies virulentes, il y a souvent une véritable auto-inoculation; les germes roulés avec le sang s'échappent grâce à la rupture des vaisseaux; ils pénètrent dans les tissus et deviennent le centre d'une colonie de microbes.

Le traumatisme peut avoir une autre influence : les expériences de Masse, les recherches de Gross prouvent que certaines tumeurs épithéliales de l'iris et des doigts ont, comme origine, des éléments épidermiques refoulés dans la profondeur du derme par une violence extérieure; ces cellules s'implantent en un point, s'y greffent et deviennent, par leur développement ultérieur, un véritable néoplasme. D'ailleurs un traumatisme ne serait pas toujours nécessaire

pour provoquer cette inclusion hétérotopique, et dans la période embryonnaire, pendant l'évolution fœtale même, des amas de cellules s'enkystent parfois au milieu de certains tissus où elles peuvent rester un long temps silencieuses; puis tout à coup, à l'occasion de quelque trouble local ou général, elles entrent en activité, se développent et une tumeur prend naissance. Cette théorie se généraliserait-elle comme le suppose le docteur Masse? En tout cas, elle paraît « bien fondée pour expliquer la formation des kystes dermoïdes, et des tumeurs perlées de l'iris et des doigts ».

La transformation d'une tumeur en une autre tumeur, d'un néoplasme bénin, par exemple, en un néoplasme malin, a été fort longtemps contestée; cependant la clinique a définitivement résolu ce problème, et nous tenons pour démontrée cette métamorphose. On a vu de petits adénomes du sein, des noyaux fibreux déposés dans la mamelle, par exemple, depuis quinze, vingt ou trente ans, prendre tout à coup, à l'âge de la ménopause, sous l'influence d'un traumatisme, un rapide développement et marcher avec les allures d'un véritable carcinome. Dans les leucoplasies de la bouche, sur les plaques hyperplasiées naissent des épithéliomas. Des papillomes, des angiomes, des kystes sébacés, voire les bourgeons charnus des vieux ulcères, se sont souvent changés en cancroïdes : il n'est pas de clinicien qui n'en ait observé des exemples.

Un point fort remarquable encore est la différence de gravité que présentent certaines tumeurs suivant le siège qu'elles occupent. La démonstration en est faite depuis longtemps pour les épithéliomas : Peut-on comparer, par exemple, comme rapidité d'évolution, le cancroïde de la face et celui de la langue? L'un peut rester stationnaire des années, tandis que l'autre s'accroît comme le pire des cancers. Les tumeurs mixtes de la parotide sont relativement bénignes, tandis que ces mêmes tumeurs deviennent, dans le testicule, d'une redoutable malignité. Les épithéliomas tubulés, si envahissants au niveau du col de l'utérus, ne se développent qu'avec lenteur lorsqu'ils ont pris naissance sur la muqueuse de la vessie.

Les tumeurs reparaissent souvent après leur ablation, et cette *récidive* ne se fait pas toujours de la même manière. Tantôt le néoplasme a été incomplètement enlevé; il reste en un coin de la plaie un noyau invisible qui s'accroîtra; la tumeur sera reconstituée; c'est la récidive par *continuation*; tantôt la tumeur renaît sur place

lorsque l'opérateur espère avoir pratiqué une extirpation totale; mais, quelque large qu'ait été l'incision, il est très difficile d'affirmer que des traînées de tissu morbide, insinuées loin du foyer principal, n'ont pas échappé au bistouri; c'est au niveau des ganglions où se rendent les lymphatiques du néoplasme que la repullulation a lieu. Enfin il est des cas où des tumeurs de même texture se montrent à la fois dans plusieurs organes sans qu'on puisse invoquer entre elles le moindre lien vasculaire; il n'y a pas eu irradiation, transport; ce ne sont pas des colonies essaimées d'un centre commun; il s'agit d'une véritable infection par altération profonde des solides ou des humeurs; par *dyscrasie*, comme on disait autrefois, et c'est là ce qu'on nomme la *généralisation* des tumeurs.

Cette généralisation serait-elle due à ce que les tumeurs secondaires ne seraient que des colonies essaimées de la tumeur primitive, véritable foyer de productions parasitaires? En un mot, la plupart des néoplasmes peuvent-ils être assimilés aux maladies virulentes, à la tuberculose, par exemple, dont chaque manifestation est due à la présence et à la prolifération du bacille? C'est là une hypothèse que n'ont pas confirmée les recherches bactériologiques contemporaines; on n'a point trouvé le microbe du carcinome et de l'épithélioma. Au laboratoire de Cornil, on a vainement cherché à plusieurs reprises des micro-organismes dans une dizaine de petits sarcomes extirpés sur un individu qui en portait des centaines, et chez qui on trouvait une ou plusieurs tumeurs nouvelles à chaque exploration. Jamais pourtant maladie n'eut un aspect plus parasitaire. Jusqu'à présent, seuls l'épithélioma et surtout le mélanome ont pu être inoculés ou plutôt greffés par les expérimentateurs.

## I

## DES SARCOMES.

Cornil et Ranvier définissent les *sarcomes* des tumeurs constituées par du tissu embryonnaire pur ou subissant une des premières modifications qu'il présente pour devenir un tissu adulte.

Bien que le mot soit ancien et signifie étymologiquement *masse*

*charnue*, il n'est pris dans son acception nouvelle que depuis les recherches anatomo-pathologiques 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 myélopaxes et à médullocelles, les plasmomes* de Lebert, de Charles Robin, de Paget, d'Eugène Nélaton, de Follin, de Billroth, de Lücke et de Rindfleisch. Hénocque et Heurtaux ont donné du groupe une bonne étude générale dans les deux dictionnaires en cours de publication.

**Anatomie pathologique et classification.** — Le groupe des sarcomes est très vaste : il renferme des tumeurs fort différentes comme texture et surtout comme marche; aussi une classification est-elle nécessaire. Celle que l'on adopte en général est purement anatomique et 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 beaucoup 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 très larges, aplaties, déchiquetées sur leurs bords, trouées même; elles ont des prolongements doués de mouvements amiboïdes et possèdent souvent de quinze à vingt noyaux; ce sont les cellules à myélopaxes de Robin, les éléments vaso-formateurs de Ranvier, les cellules géantes des auteurs allemands.

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 directement 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 facilement, aussi trouve-t-on çà et là des caillots diffus au milieu des cellules, des ampoules anévrysmales, et de véritables lacis sanguins. Dans certains sarcomes à grandes cellules vaso-formatrices, le réseau vasculaire prend par-

fois une importance extrême et l'emporte de beaucoup sur les amas cellulaires. Il n'y a pas de nerfs dans les sarcomes; les lymphatiques manquent aussi, mais on les rencontre au pourtour du néoplasme, dans les tissus préexistants refoulés. — Voyons comment se groupent ces éléments pour constituer les diverses variétés de sarcomes.

La première est le sarcome *encéphaloïde* de Cornil et Ranvier; Robin la nomme *embryoplastique*; c'est le sarcome *mou* ou *globo-cellulaire* des Allemands. Il forme une masse molle, pulpeuse, grisâtre d'ordinaire, mais son aspect est très changeant : 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, ecchy-motique, 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 fort abondant. Pour peu que la tumeur se ramollisse, quelques heures après son extirpation on recueille sur la coupe une substance analogue au *suc cancéreux*, mais en moindre quantité que sur les véritables 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; il est de tous le plus redoutable, 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 beaucoup plus grande; il est blanc ou rosé dans ses premières phases, puis des foyers de ramollissement et de désintégration gris ou jaunes apparaissent, des déchirures vasculaires qui marbrent la surface de section de teintes différentes. 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 en général 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-plastic 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 *myéoplaxes*, *myéoplaxome*, *tumeur à cellules géantes* ou *giganto-cellulaire*, est caractérisé par la présence de ces grandes cellules larges, déchiquetées, trouées, à noyaux multiples, que nous avons déjà décrites; parmi ces éléments on trouve des médullocelles, cellules analogues à celles que l'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, surtout les maxillaires. Le point capital de leur histoire est le développement exagéré que prennent les vaisseaux: ils apparaissent en si grande abondance que le néoplasme s'anime de véritables battements. Ces tumeurs pulsatiles ont été bien étudiées par Monod, et ce chirurgien a montré que c'est aux dépens des myéoplaxes, assimilés par lui aux cellules vaso-formatrices, que les vaisseaux prennent naissance. Il est des cas où les médullocelles l'emportent sur les myéoplaxes, et c'est à cause des diverses combinaisons de ces deux sortes d'éléments que Paget a réuni les sarcomes à myéoplaxes et les sarcomes à médullocelles sous le nom de *tumeurs myéloïdes*.

Le sarcome *névroglie*, 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*, ils ont ceci de particulier que le tissu embryonnaire s'organise partiellement en tissu osseux; on en voit çà et là quelques travées circonscrivant des alvéoles remplis de médullocelles. 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, s'observent dans les méninges; ils sont constitués par des bourgeons formés de cellules minces, aplaties mais extrêmement larges, irrégulières et comme plissées; elles se juxtaposent en bourgeons irrigués par des vaisseaux nombreux; ce sont ces bourgeons qui s'infiltrèrent 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 encore fort obscure: on sait que les sarcomes peuvent se développer à la suite d'un traumatisme, d'une irritation vive et longtemps prolongée des tissus. Certaines affections cutanées, les tumeurs érectiles, les nævus en sont le siège assez fréquent. On sait encore que le sarcome est de tous les sexes et de tous les âges et qu'on le rencontre chez les enfants, chez les adultes et chez les vieillards; il y a même des cas de sarcomes congénitaux, et l'influence de l'hérédité serait incontestable. 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'infiltrèrent dans les tissus en rapports immédiats avec la tumeur; il est *discontinu* lorsque des îlots morbides dont l'origine est peut-être due à la migration de cellules sarcomateuses, se trouvent non loin de la tumeur primitive, mais séparées 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 dans un même tableau clinique des formes aussi dissimilaires. 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 d'une façon profitable qu'à propos des sarcomes de chaque tissu et de chaque organe. Nous verrons alors leur marche, leur accroissement lent ou rapide, leur récurrence et leur générali-

sation, l'apparition de tumeurs secondaires plus ou moins éloignées du foyer primitif.

On peut dire d'une manière générale que le pronostic des sarcomes est bien moins grave que celui des carcinomes. Mais il varie beaucoup suivant les variétés: les néoplasmes fuso-cellulaires et ossifiants, ceux dont l'organisation a déjà quitté le type embryonnaire pour se rapprocher des tissus adultes, sont beaucoup 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, très rapide, se fait dans la plupart des cas par envahissement discontinu. Cornil et Ranvier les classent ainsi par ordre ascendant de gravité: les sarcomes fibro-plastiques et ossifiants, les sarcomes lipomateux, les colloïdes, les mélaniques et les encéphaloïdes, qui se rapprochent beaucoup des véritables cancers.

Il ne faut pas confondre les sarcomes ossifiants, relativement bénins, avec les sarcomes calcifiés, car les incrustations de sels qui caractérisent la calcification peuvent se faire dans des sarcomes à cellules embryonnaires qui, malgré les granulations calcaires déposées çà et là, n'en conservent pas moins leur tendance à la récidive 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 incontestablement bénigne de quelques sarcomes, le chirurgien ne doit pas ignorer que ces tumeurs sont un danger permanent pour l'individu qui les porte; aussi, pour peu qu'ils soient accessibles, l'extirpation rapide et radicale des sarcomes demeure le seul traitement rationnel. Saint-Germain a vu, chez les enfants, la récidive rapide survenir après l'ablation; mais l'intervention chirurgicale, incessamment renouvelée, a fini souvent par rester maîtresse du terrain.

## II

### DES MYXOMES.

On appelle *myxomes* des tumeurs constituées par des tissus muqueux dont le type, dans l'organisme, est le corps vitré ou la

gélatine de Wharton. Ils ne sont bien 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. Hénoque en a tracé un tableau précis dans le dictionnaire de Dechambre.

**Anatomie pathologique et variétés.** — Les myxomes sont des tumeurs molles, demi-liquides, fluctuantes, d'apparence gélatineuse; lorsqu'on les coupe et qu'on les racle, il s'en écoule une substance jaune, transparente, qui rappelle les solutions gommeuses. La masse tremblotante est parcourue par des travées cellulo-vasculaires en plus ou moins grande abondance, mais d'une trame ordinairement très lâche. Le microscope y démontre l'existence de fibrilles de tissu conjonctif jeune qui soutiennent un réseau capillaire souvent fort riche. 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 fort abondantes, et le myxome est dit *élastique*: il est *télangiectasique* lorsque les vaisseaux qui le parcourent, nombreux et développés, se dilatent en lac sanguins plus ou moins larges; les suffusions hémorragiques ne sont point rares alors, 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 plus ou moins du lipome.

Nous avons récemment enlevé un myxome pur de l'avant-bras qui, deux fois avait été pris, après ablation, pour un véritable lipome; à la dernière récidive seulement il avait revêtu la couleur et la consistance d'une tumeur muqueuse. On a décrit enfin, sur-

tout dans certaines glandes, mamelles, ovaires, testicules, reins, parotides, à côté des myxomes légitimes, des tumeurs mixtes, des myxo-chondromes, des adéno-myxomes, mais il s'agit là souvent de dégénérescences colloïdes. En tous cas, ces formes particulières et qui parfois se rattachent plutôt aux épithéliomas, seront étudiées avec les maladies des organes qui en sont le siège.

**Étiologie.** — Le myxome est surtout une affection de l'âge adulte; il n'est pourtant pas rare de l'observer chez les enfants; on en a même vu qui se sont développés pendant la vie intra-utérine; ils siègent alors sur le cordon ombilical, et il s'agit d'une hyperplasie véritable de la gélatine de Wharton. Le plus souvent, c'est dans le tissu cellulaire sous-cutané, 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 masses musculaires. On le rencontre encore 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, principalement sur le sciatique, le médian, le crural 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 on n'arrive guère au diagnostic que par exclusion. Le siège de la maladie, les tissus où elle se développe sont trop variables pour ne pas imprimer à la tumeur des différences essentielles; sous la peau, le myxome est en général mou, hémisphérique, ou largement étalé, fluctuant; encore la plus ou moins grande abondance du tissu fibreux, l'épaisseur de la membrane enkystante peuvent-elles lui donner une dureté insolite; dans les os, le néoplasme refoule devant lui le tissu compact; il paraît d'abord fort résistant; mais cette barrière est bientôt résorbée et la mollesse propre au myxome se révèle aussitôt.

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 souvent très étroit, et qui s'est parfois rompu dans une expiration

brusque ou un éternement. Malgré la fluctuation que le palper révèle, la ponction exploratrice 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, les souffrances les plus vives sont loin d'être rares, et les myxomes comptent alors parmi les plus douloureuses des tumeurs.

Le pronostic doit être très réservé, et il serait fort difficile de classer en bloc les myxomes parmi les tumeurs malignes ou parmi les tumeurs bénignes. Certes, le plus souvent elles sont bénignes; nous n'avons qu'à citer l'innocuité habituelle des polypes des fosses nasales; ils récidivent lorsqu'on les a mal arrachés, mais jamais on ne les a vus se généraliser. Malheureusement 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 alors de tumeurs nées à la fois, d'une même poussée, et non d'une généralisation; mais on en connaît qui, après une extirpation même radicale, reparaissent sur place ou dans des régions très éloignées, au sein des viscères, foie, poumons, rate et reins, comme pourraient le faire les tumeurs les plus malignes.

Il est probable que nous pouvons appliquer à ces néoplasmes la même règle qu'aux sarcomes, d'autant moins graves que leur organisation est plus élevée; dans ce cas, les myxomes élastiques et les myxomes lipomateux seraient les moins redoutables. Disons cependant que, d'après Lucke et Billroth, ces derniers au contraire sont parmi les plus malins. Terrier ne croit pas à leur récurrence fréquente. Quoi qu'il soit, tous les auteurs s'accordent pour recommander une extirpation complète et rapide du myxome, toutes les fois qu'il n'existera pas, de par le malade, ou de par le siège qu'occupe la tumeur, une formelle contre-indication.

### III

#### DES FIBROMES.

On appelle *fibromes* des tumeurs constituées par du tissu fibreux ou, comme dit Lucke, par du tissu conjonctif adulte.