

VI

DES CHONDROMES.

Les *chondromes* sont des tumeurs constituées par les diverses variétés du tissu cartilagineux.

Ne sont pas considérées comme chondromes certaines productions cartilagineuses nées des cartilages eux-mêmes, en particulier des anneaux de la trachée, des côtes, des cartilages thyroïdes, articulaires ou conjugués : Virchow les nomme *ecchondroses*. Si les tumeurs d'apparence cartilagineuse sont fréquentes, les vrais chondromes sont rares ; les tumeurs que l'on observe, surtout dans les parties molles, sont des néoplasmes où, à côté des masses cartilagineuses, se trouvent du myome, du sarcome, de l'épithélioma, du carcinome, et la masse enlevée comme chondrome récidive sous forme de l'une quelconque de ces dernières tumeurs. Les chondromes se rencontrent presque exclusivement dans les os, et ceux des tissus mous doivent être tenus pour suspects tant qu'un examen histologique minutieux n'a pas été pratiqué.

L'histoire des chondromes est récente : il en existe bien de vieilles observations, mais ces tumeurs n'ont été nettement séparées des autres néoplasmes que depuis les travaux de Cruveilhier en 1820 et de Jean Muller dix ans plus tard ; le premier les nomme *ostéochondrophytes* et le second *chondromes*, désignation qui leur est restée. Depuis, de très nombreuses recherches ont été publiées par Fichte, Paget, Nélaton, Lebert, par Ollivier-Fayan qui, dans sa thèse, donne une traduction de l'article de Muller. Depuis nous avons eu cinq mémoires consécutifs de Dolbeau sur les chondromes des doigts et des métacarpiens, de la parotide, du bassin et des glandes sébacées ; enfin les chapitres de Virchow, de Lucke, de Billroth et de Heurtaux.

Anatomie pathologique et variétés. — Les chondromes contiennent des cellules cartilagineuses et une substance fondamentale. Les cellules sont semblables à celles du cartilage hyalin ; une capsule les enveloppe ; parfois elles perdent cette capsule et envoient des prolongements qui s'anastomosent avec ceux des cellules voisines,

ainsi qu'on l'observe dans le cartilage de la tête des céphalopodes. La substance fondamentale est dure ou transparente, ramollie, d'apparence muqueuse, ou encore traversée par des fibrilles conjonctives et élastiques comme le fibro-cartilage normal, et ce sont les combinaisons de ces cellules diverses et de ces substances fondamentales différentes qui servent de base à la classification des chondromes. Mais, quelle que soit la variété, la tumeur est enveloppée dans une membrane de tissu fibreux, sorte de péri-chondre qui l'entoure, la circonscrit, l'isole des tissus environnants ; aussi le chondrome est-il une tumeur ordinairement bénigne. Lorsque la membrane fait défaut, lorsque le chondrome est *diffus*, il s'agit le plus souvent de quelque néoplasme à rapide développement et à récurrence probable.

Les variétés des chondromes sont fort nombreuses. Nous avons d'abord le chondrome *mixte* : il est rare qu'un chondrome soit constitué par un seul lobe ; en général il en existe plusieurs de volume variable et séparés par des travées de tissu conjonctif ou fibro-cartilagineux ; ces masses le plus souvent sphériques, parfois irrégulières, nous montrent des cellules ramifiées, une substance intermédiaire ramollie, muqueuse ou fibro-cartilagineuse, à côté du cartilage hyalin pur, à cellules capsulées, à substance fondamentale bleuâtre, résistante et translucide.

Le chondrome *hyalin*, assez rare, est souvent *unilobulé* ; il est recouvert d'une membrane fibreuse parcourue par des vaisseaux qui s'arrêtent à la périphérie de la masse cartilagineuse, mais qui peuvent cependant pénétrer jusqu'au centre de la tumeur ramollie et semblable à la moelle osseuse ; tandis qu'en son pourtour se déposent des couches hyalines qui forment une sorte de coque cartilagineuse, la cavité est remplie de cellules embryonnaires et de réseaux capillaires d'une grande richesse. Le chondrome hyalin *multilobulé* est plus rare encore que le précédent ; comme lui, sous le péri-chondre, il montre des cellules lenticulaires fort petites, tandis que dans la profondeur elles sont larges et contiennent plusieurs générations. C'est d'ailleurs dans les chondromes que se rencontrent les cellules cartilagineuses les plus grandes.

Nous signalerons brièvement les autres variétés de chondromes, les chondromes à substance fondamentale *fibro-cartilagineuse* et *muqueuse* ; les chondromes à *cellules ramifiées* ; les *chondro-sarcomes* de Virchow, qui, d'après Cornil et Ranvier, sont des chondromes en

voie d'évolution; les cellules embryonnaires que l'on y trouve donneront bientôt naissance à des îlots cartilagineux; les *fibro-chondromes* seraient de même des chondromes dans lesquels la substance conjonctive interposée aux lobules est plus abondante; quant aux *adéno-chondromes*, ils seraient dus à cette hyperplasie qui se développe en général dans une glande sous l'influence de l'irritation qu'une tumeur produit sur les culs-de-sac.

Les chondromes sont *ossifiants* lorsqu'on trouve, au milieu de la substance fondamentale ramollie, des travées de tissu osseux; enfin certains chondromes se creusent de cavités emplies d'un liquide de couleur et de consistance différentes, ce sont les *cysto-chondromes* de Virchow. Comme les autres tumeurs, ces diverses variétés de chondromes subissent des transformations plus ou moins profondes sous l'influence de troubles nutritifs, et l'on cite des dégénérescences *graisseuses*, des infiltrations de sels *calcaires* et de matières *glycogènes*; ces dernières prennent une coloration brun orangé sous l'influence de l'iode.

Étiologie et développement. — Le chondrome est une maladie de la jeunesse, et c'est surtout jusqu'à vingt ans qu'on le voit apparaître. Cependant il peut se développer plus tard, surtout lorsqu'il a pour siège les parties molles. Lucke nous dit que les tumeurs cartilagineuses congénitales sont exceptionnelles. Les violences extérieures jouent un rôle incontestable dans la production des chondromes, et bien que Heurtaux n'admette pas l'influence du traumatisme, les observations de Larrey, de Lucke et d'O. Weber ne laissent subsister aucun doute. Peuvent-ils être héréditaires? Oui, s'il faut en croire Paget et Dalrymple.

Ils ne naissent pas indifféremment dans tous les tissus; le plus ordinairement ils ont un rapport étroit avec les os; tantôt c'est dans leur épaisseur même, surtout dans le tissu spongieux, qu'ils se développent, et on les nomme alors *enchondromes*; tantôt c'est à leur périphérie, sur le périoste, et ils s'appellent *périchondromes*. En tout cas, d'après la statistique de Lebert, sur 125 tumeurs cartilagineuses, 104 avaient le squelette pour point d'implantation; le relevé de Heurtaux donnerait une proportion un peu moindre, et les tumeurs cartilagineuses des os seraient à celles des parties molles comme 3 est à 1. Dans les premières périodes de leur évolution, les exostoses ostéogéniques sont cartilagineuses, mais, même à ce moment, il ne

faudrait pas les classer parmi les chondromes; on les rangera parmi les *enchondroses*, puisqu'elles naissent du cartilage conjugal.

Tous les os ne sont pas également envahis; les phalanges des doigts et les métacarpiens en sont le siège habituel; puis viennent les os du bassin et des mâchoires. Lorsque les os longs en sont affectés, ce qui est assez exceptionnel, c'est dans la région spongieuse, au niveau du plateau tibial par exemple, dans les condyles fémoraux, la tête humérale, que l'*enchondrome* se développe. Les parties molles où l'on a constaté des chondromes sont d'abord la parotide et le testicule, puis la mamelle, la glande sous-maxillaire, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les glandes sébacées, les muscles, les poumons; nous parlons ici des tumeurs primitives, car les tumeurs secondaires qui trahissent la généralisation du chondrome peuvent se rencontrer dans tous ou presque tous les viscères: les observations de Richet et de Paget en font foi.

Leur mode de développement serait un peu mieux connu que celui des autres tumeurs. Il se fait dans les os un travail à peu près semblable à celui de l'ostéite; les cellules médullaires des canalicules de Havers prolifèrent, échancrent les trabécules osseuses et se creusent des cavités où végètent les éléments embryonnaires, séparés bientôt les uns des autres par une substance transparente qui se durcit et devient cartilagineuse. Ce petit îlot solide sert de centre d'attraction, et tandis qu'autour de lui de nouvelles couches hyalines et celluleuses se déposent, la résorption des trabécules osseuses environnantes se continue, la cavité s'agrandit et rencontre bientôt des cavités semblables où se sont opérées des modifications parallèles, une production analogue d'îlots cartilagineux.

C'est ainsi que se forment les chondromes avec leurs lobules, les travées fibreuses qui les séparent et la membrane enkystante qui les unit en une même tumeur. Dans le tissu conjonctif, d'ailleurs, même processus: prolifération des cellules, destruction des fibrilles, formation d'îlots embryonnaires aux dépens desquels naît le cartilage. Lorsque quelques-unes des fibrilles conjonctives et élastiques du tissu lamineux résistent, si l'évolution est lente, il se dépose à leur surface des cellules de cartilage qui s'encapsulent, et l'on a un *fibro-cartilage*. La tumeur s'accroît par prolifération endogène des cellules et surtout par adjonction de nouveaux îlots.

Symptômes. — Les *enchondromes* ne rappellent en rien, au point

de vue clinique, les chondromes des parties molles; aussi doit-on séparer leur étude. Les premiers forment sur les doigts, sur les métacarpiens, des tumeurs multiples, arrondies, dures, bosselées, indolentes, et qui permettent encore les mouvements des jointures; ce n'est point par altération des surfaces articulaires, mais par obstacle mécanique et lorsque le néoplasme s'accroît, que les extrémités osseuses ne jouent plus l'une sur l'autre. Il n'y a point de changement de coloration de la peau, et on peut voir la lumière au travers des doigts hypertrophiés. Les engorgements ganglionnaires font défaut, la marche est des plus lentes, bien que sous l'influence d'une irritation, d'un traumatisme, on puisse voir l'enchondrome se développer; les téguments se distendent, s'amincissent, s'ulcèrent, mais la perte de substance est peu végétante et les hémorrhagies sont rares à sa surface.

Le volume est des plus variables, et certains enchondromes ne dépassent pas la grosseur d'une noisette; il en est d'autres, par contre, — et Lugol, Nélaton, Crampton en citent des exemples — qui mesurent de 1^m,75 à 2^m,15 de circonférence. L'anatomie pathologique a fait prévoir déjà que la consistance n'est pas toujours celle du cartilage normal : lorsque la substance fondamentale est muqueuse, lorsque des dégénérescences graisseuses se sont faites dans l'épaisseur du néoplasme, le chondrome est mou. On trouve d'ordinaire, à côté d'une masse fluctuante, des parties d'une résistance ligneuse dues à quelque noyau hyalin ou fibro-cartilagineux.

Des kystes se creusent aussi dans leur intérieur, du sang s'épanche, ce qui nous explique encore les sensations multiples que donne la palpation. Il arrive parfois que les enchondromes refoulent la substance compacte de l'os, qui s'amincit en une sorte de coque; elle crépite sous le doigt comme le ferait un parchemin. L'indolence habituelle des chondromes n'est pas sans quelques exceptions, et lorsque la tumeur prend un développement très rapide, comme dans certaines glandes, le testicule par exemple, ou bien lorsqu'elle comprime des cordons nerveux, des souffrances très vives ont été signalées.

Le chondrome a parfois été confondu avec les tumeurs *ostéoides* de Virchow, dont la texture est analogue à celle du tissu spongioïde des rachitiques. Une tumeur ostéoïde est « constituée par des trabécules de forme et de dimension variées, composées d'une substance réfringente, homogène, ou vaguement fibrillaire, souvent infiltrée de

corpuscules calcaires anguleux; ces trabécules sont séparées par du tissu fibreux dans lequel cheminent des vaisseaux. Le tissu ostéoïde ne compose pas à lui seul toute la masse du néoplasme, presque toujours parsemée d'îlots de cartilage. Le plus souvent la tumeur est diffuse; quelquefois elle est formée d'une seule masse ou bien elle est lobulée, mais jamais elle ne présente cette dernière disposition aussi marquée que les chondromes ordinaires; elle n'a pas de membrane enkystante. Sa gravité est très grande et sa généralisation fréquente; elle atteint parfois des dimensions considérables. » Lorsqu'elle se développe à la racine des membres, elle leur donne cet aspect de gigot sur lequel Heurtaux insiste.

Pronostic. — L'anatomie pathologique ne paraît pas en mesure de séparer les chondromes malins des chondromes bénins; nous savons cependant que lorsque la membrane enkystante fait défaut, lorsque le cartilage du néoplasme s'éloigne sensiblement du cartilage normal, lorsque les cellules embryonnaires sont abondantes, la tumeur est maligne. Toujours est-il que les chondromes des glandes sont graves et les récidives fréquentes; on en cite des cas nombreux au testicule, à la parotide. Planteau nous dit, à propos de cette dernière, qu'une tumeur enlevée comme chondrome reparait parfois sous forme de sarcome; il y a donc eu erreur dans l'examen primitif. Les enchondromes sont d'ordinaire bénins; ils restent stationnaires un long temps; lorsqu'ils grossissent, ils gênent par leur poids, leur volume, la compression qu'ils exercent sur les vaisseaux et qui se traduit par la dilatation des réseaux veineux superficiels. Mais ils n'envahissent pas les ganglions et ne récidivent ni ne se généralisent.

Il ne faudrait cependant pas être trop affirmatif: Richet a cité un cas d'enchondrome de l'omoplate, Paget du doigt et du testicule, où l'examen microscopique avait nettement démontré, après extirpation, qu'il s'agissait de tumeurs uniquement cartilagineuses; or la récidive survint. Dans le cas de chondrome du testicule, les masses secondaires suivirent les lymphatiques du cordon, atteignirent les ganglions abdominaux, pénétrèrent dans la veine cave et finirent par envahir le poumon. Il en fut de même dans l'observation de Richet; l'enchondrome évolua comme l'aurait fait le pire des cancers: récidive sur place, retentissement sur les ganglions, apparition de foyers multiples et mort dans un très court délai.

Aussi, dès qu'un diagnostic très précis est porté, le mieux est

d'extirper la tumeur; la compression du chondrome, les ponctions, lorsqu'il existe des parties fluctuantes, sont un leurre et font perdre un temps précieux. Les chondromes des parties molles seront extirpés par les moyens ordinaires, et nous n'avons pas à insister ici sur le manuel opératoire; dans les périchondromes, on pourra parfois décor-tiquer la tumeur sans toucher à l'os; dans les enchondromes, lorsque l'évidement par le procédé de Sédillot ne sera pas possible, il ne restera comme ressource ultime que la résection ou l'amputation. Il est vrai que si la tumeur est stationnaire ou très lente dans son développement, on pourra attendre qu'une poussée rapide vienne forcer la main.

VII

DES OSTÉOMES.

Les *ostéomes* sont des tumeurs qui reproduisent les diverses variétés du tissu osseux. Aussi en distingue-t-on trois espèces : les *ostéomes éburnés*, les *ostéomes compacts* et les *ostéomes spongieux*. Une autre division non moins importante se tire de leur siège; les uns se développent au niveau des os; ce sont les *exostoses*, les *énostoses* et les *hyperostoses*, que nous étudierons avec les maladies des os; les autres naissent dans les parties molles : nous ne nous occuperons que de celles-ci, en nous appuyant sur la description qu'en donnent Cornil et Ranvier dans leur *Manuel d'histologie*.

Les *ostéomes éburnés*, bien étudiés par Virchow, seront laissés de côté, et leur description doit être rejetée avec celle des *hyperostoses* de la surface interne des os du crâne. Ils forment là des saillies constituées par des lamelles concentriques parallèles et parsemées de corpuscules osseux sans réseau sanguin. Les *ostéomes compacts* rappellent par leur structure la diaphyse des os longs; ici les vaisseaux existent, ils parcourent les canalicules de Havers à direction irrégulière et autour desquels se juxtaposent des lamelles osseuses. Enfin les *ostéomes spongieux*, analogues au tissu aréolaire des épiphyses, montrent des espaces plus ou moins larges, limités par des trabécules et où l'on trouve de la moelle embryonnaire, gélatineuse, fibreuse et adipeuse.

Les *ostéomes* peuvent naître sur les cartilages, et en particulier sur ceux du larynx, de la trachée, des côtes et des surfaces diarthrodiales. Nous n'en parlerons pas plus que des ossifications des franges synoviales que l'on observe dans certains cas d'irritation chronique. Nous laisserons encore de côté les *ostéomes* de l'arachnoïde, de la pie-mère, de la choroïde, du péricarde et du poumon, qui n'offrent au chirurgien qu'un bien médiocre intérêt. Ceux de la peau, des tendons, des aponévroses et des muscles nous importeront plus si la fréquence en était plus grande. Les *ostéomes* de certaines muqueuses rentreraient dans notre cadre : mais on discute encore sur leur origine. Ils se développent dans les sinus de la face et des fosses nasales, et tandis que, pour Dolbeau, Sappey et maintenant Verneuil, ces *ostéomes* auraient pour siège primitif la muqueuse elle-même, où ils apparaîtraient sous forme de petites perles osseuses, Richet, Giralès, Spillmann, Legouest et Virchow y verraient des *exostoses* dont le pédicule se romprait le plus souvent, brisant ainsi ses connexions primitives avec l'os.

Les ossifications des aponévroses, des muscles et des tendons peuvent s'observer sur un grand nombre de ces organes à la fois. N'avons-nous pas déjà cité une observation où, à la suite d'un ulcère, tous les tissus fibreux de la jambe s'étaient ossifiés? Souvent les tendons sont seuls atteints; il y a ce que Virchow appelle les *exostoses apophysaires*; la portion adhérente à l'os est la première prise; la tumeur se prolonge et rappelle une longue aiguille. Chez certains jeunes hommes, où elles paraissent plus fréquentes, on a pu compter jusqu'à 50 productions semblables, nombreuses surtout au niveau des insertions de la face interne du fémur, au tibia et à l'humérus.

Parmi les *ostéomes musculaires* il en est qui débutent souvent, chez les jeunes gens, dans les muscles de la nuque et du dos, et qui ont été décrits sous le nom de *myosite ossifiante*. Il en est d'autres qui, à la suite d'une fracture, proviendraient d'une trop grande exubérance du cal s'infiltrant jusque dans les muscles. Enfin les plus remarquables sont ces *ostéomes* « des fantassins et des cavaliers », et qui ont pour siège les muscles deltoïdes, le grand pectoral, le biceps chez les premiers, les adducteurs de la cuisse chez les seconds. Ces tumeurs singulières, étudiées surtout par Rokitanski, sont le résultat des pressions incessantes dont ces muscles sont le siège. Leur situation, leur dureté particulière en rendent le diagnos-

tic facile. Ces divers ostéomes n'ont d'ailleurs aucune gravité; ils n'ont point de tendance à la généralisation, et nous n'insisterons pas sur leur traitement.

VIII

DES MYOMES.

Les *myomes* sont des tumeurs formées de fibres musculaires, et de même qu'il existe des fibres musculaires lisses et des fibres musculaires striées, nous aurons des myomes lisses ou *liomyomes* et des myomes striés ou *rhabdomyomes*.

Ces derniers ne nous occuperont pas; outre que presque toujours ils appartiennent à des tumeurs mixtes et se trouvent au milieu de tissus sarcomateux, carcinomateux ou myxomateux, qu'ils se rencontrent encore dans ces productions bizarres, organes ou systèmes plus ou moins monstrueux appelés *tératomes*, leur rareté est telle qu'on peut en citer facilement toutes les observations; on les a vus trois fois dans le cœur d'enfants nouveau-nés, puis dans les ovaires, les testicules, les régions lombaire, périnéale et frontale, dans le muscle pectoral, le vagin; sauf ceux du cœur, tous ces myomes s'accompagnaient de tissu morbide de nature maligne. Ainsi s'explique leur récidive après extirpation.

Les *liomyomes* ont été pris pendant longtemps pour des tumeurs fibreuses. C'est sous ce nom que Bayle les étudia au commencement du siècle, et que Roux les décrivit. En 1852, Lebert reconnut la nature de leur tissu; il vit que ces masses dures et blanchâtres sont constituées par du tissu conjonctif au milieu duquel se trouvent des fibres lisses; Virchow, Rokitanski sanctionnèrent cette découverte, et tandis que Broca appelait ces néoplasmes *hystéromes* pour rapeler leur structure analogue à celle de l'utérus et leur siège, d'après lui, presque exclusif dans cet organe, divers observateurs montraient la nécessité de donner à ces néoplasmes une désignation plus compréhensive.

Ils trouvaient en effet des néoplasmes à fibres lisses dans les trompes, les ligaments larges, les ovaires, la paroi vaginale, les grandes lèvres, le rectum, la prostate, où ils sont même fréquents, dans la vessie, dans le foie, l'estomac, l'intestin, la veine saphène, la

peau du mamelon et du scrotum, dans le tissu fibro-musculaire de l'orbite, au niveau de la choroïde et du cercle ciliaire, en un mot, dans tous les tissus où se rencontrent des fibres musculaires lisses. Le nom de *liomyome* proposé par Zenker a prévalu. Hénocque en a donné, dans le dictionnaire de Dechambre, une bonne étude générale.

Anatomie pathologique. — Il n'en est pas moins établi que, dans l'immense majorité des cas, c'est dans les parois de l'utérus, soit au milieu même des fibres entrelacées, soit sous la muqueuse, soit sous la séreuse péritonéale, que se développent les *liomyomes*; leur nombre est très variable; il peut n'en exister qu'un seul, mais le plus souvent il y en a trois ou quatre; on en a compté jusqu'à plusieurs centaines; leur volume alors ne dépasse guère un grain de mil, un pois, une noisette. Par contre on en a vu qui pesaient 20 et même 40 kilogrammes.

En général ils ont une forme arrondie; lorsqu'ils sont lobulés, ils proviennent de l'agglomération de plusieurs tumeurs voisines: des lames de tissu conjonctif lâche les séparent en général du tissu environnant dont on les énuclée sans peine; mais des adhérences existent parfois, dues peut-être à quelque irritation de voisinage; leur consistance est souvent considérable; cependant il y a des *liomyomes* mous; d'habitude ils crient sous le scalpel et leur surface de section est rose, nacrée, blanchâtre ou grisâtre, ou même d'aspect rougeâtre et charnu. Virchow a montré que leur tissu se contracte sous l'influence d'une irritation; il y a une sorte d'érectilité de la tumeur.

Le microscope établit l'existence d'un tissu conjonctif jeune. à cellules embryonnaires et fibro-plastiques, à faisceau de fibrilles au milieu desquelles apparaissent des fibres lisses qui, d'après Broca, ne contribueraient à la formation de la tumeur que dans la proportion d'un dixième à la moitié. La plus ou moins grande abondance du tissu conjonctif embryonnaire fait la plus ou moins grande résistance des myomes et leur variété *dure* ou *molle*. Les fibres-cellules mesurent en générale 3 à 4 μ de largeur sur 50 à 40 de longueur; leur bâtonnet est très visible. Les vaisseaux ne sont pas abondants; les plus nombreux sont à la périphérie; cependant on peut suivre des capillaires et même, suivant Virchow, quelques artérioles, jusqu'au centre de la tumeur. Cruveilhier a décrit des cas où ces vaisseaux prennent un énorme développement, variété *télangiectasique* de

Virchow. On trouve quelques rares lymphatiques. Hirtz est le seul qui ait signalé des terminaisons nerveuses.

Ces tumeurs peuvent subir certains troubles nutritifs : elles se creusent parfois de cavités arrondies ou anfractueuses bien étudiées par Cruveilhier, qui les nommait « géodes », et dans lesquelles se trouve une substance ramollie, gélatineuse, parfois séreuse, séro-sanguinolente ou séro-purulente; jamais on ne les a vues tapissées de véritables membranes kystiques. On a noté encore dans les liomyomes des infiltrations calcaires partielles ou généralisées qui, après l'isolement du néoplasme, la rupture du pédicule et la chute dans la matrice ou le péritoine, constituent ces « pierres » utérines ou abdominales qui ont tant étonné les anciens pathologistes. Signa- lons encore des destructions gangréneuses, les œdèmes, les ramollis- sements régressifs, les dégénérescences granulo-graisseuses.

Étiologie. — On ne sait rien de précis sur les causes des liomyomes; on a souvent invoqué les irritations, les inflammations répétées des muqueuses voisines. A l'utérus ces tumeurs deviennent fréquentes après la trentième année; avant, elles sont exception- nelles, bien que Mme Boivin en cite quelques cas. Bayle dit qu'après trente-cinq ans une femme sur cinq, et Broca une sur trois, ont des tumeurs fibreuses de la matrice. Leur développement n'est pas mieux connu; il y aurait multiplication des fibres lisses préexistantes ou production d'un plasma au milieu duquel apparaîtraient les cellules à bâtonnets; pour d'autres, elles seraient une transformation des élé- ments conjonctifs en fibres musculaires. L'accroissement semble se faire du centre à la périphérie par prolifération et organisation des éléments embryonnaires de la tumeur. Il y a parfois réunion de plusieurs masses voisines et les surfaces juxtaposées s'aplatissent alors comme il arrive aux châtaignes jumelles. Sous l'influence de leur accroissement, peut-être aussi de leur contractilité, les liomyomes peuvent changer de place, s'isoler, se pédiculiser et tomber dans le péritoine et la cavité utérine.

Symptômes et pronostic. — Les liomyomes n'ont guère de signes qui leur appartiennent en propre; leur symptomatologie dérive presque complètement de leur situation, de leur volume ou de leur déplacement. Les corps fibreux de la prostate n'ont rien de commun avec ceux de l'utérus, et ceux de l'intestin ne sauraient rappeler ceux des muscles ciliaires. Ils sont graves surtout par leur

pression sur les organes voisins; ils ont une grande tendance à l'accroissement indéfini et l'on en voit qui remplissent toute la cavité abdominale. Cependant on affirme que les corps fibreux de l'utérus peuvent s'atténuer avec les années; en tout cas les ménor- rhagies qu'ils entraînent s'apaisent souvent après la ménopause.

Les liomyomes, malgré les dangers qu'ils font courir dans de trop nombreuses occasions, ne sont jamais malins dans le sens attribué à ce mot; ils ne récidivent jamais; jamais ils ne se généralisent. Il est des cas où l'on en pourra tenter l'ablation : à l'utérus, la gravité de l'hystérectomie est telle que le chirurgien attend d'ordinaire, pour la pratiquer, qu'il ait la main forcée par une marche rapidement envahissante, des hémorrhagies redoutables, des compressions dan- gereuses. Les eaux chlorurées sodiques, en particulier celle de Salies de Béarn, exercent sur eux une influence atrophiante des plus nettes. L'électricité n'a pas encore fait ses preuves, car les nombreux cas de guérisons qui ont été publiés nous paraissent pour la plupart contestables.

IX

DES NÉVROMES.

Les *névromes* sont des tumeurs constituées par du tissu nerveux de formation nouvelle.

Cette définition est de date récente, car, avant les travaux des vingt dernières années, toute tumeur des nerfs était appelée névrome, mot employé pour la première fois par Odier de Genève en 1805. En 1820, Aronsohn décrit deux variétés, l'une née du névritème et l'autre des tubes nerveux. Lebert, Cruveilhier, Follin, Houël oublient cette distinction fondamentale et proclament que les tumeurs des nerfs ne sont jamais d'origine nerveuse. Fuehrer, Weld, Virchow, Forster reconnaissent l'existence de névromes véritables dont ils admettent deux espèces : les névromes *médullaires* et les névromes *fasciculés*. Enfin Verneuil, Robin, Depaul étudient une tumeur congénitale, le *névrome cylindrique plexiforme*. Virchow conteste la réalité de cette espèce, qui pour lui n'est point un névrome, mais un éléphan-