

Les petits fibromes, fréquents à la face interne de la jambe entre la peau et le tibia, présentent souvent ce symptôme.

Par eux-mêmes les fibromes sont indolents, cependant lorsqu'ils siègent dans l'épaisseur des nerfs ou dans leur voisinage, ils peuvent déterminer de la douleur par compression. Il en est de même des tumeurs plus volumineuses qui, par leur accroissement, sont susceptibles de produire des accidents de voisinage, quelquefois graves, impossibles à décrire ici, et sur lesquels nous ne ferons qu'attirer l'attention en citant les fibromes ou polypes fibreux naso-pharyngiens développés dans le périoste de l'apophyse.

Les fibromes sont uniques ou multiples; il est assez commun, comme l'a fait observer BROCA, de voir les fibromes multiples affecter exclusivement un seul système organique; tels sont certains molluscums de la peau et les fibromes des nerfs parfois très abondants, puisque SMITH en a compté plus de deux mille sur le même sujet; l'hérédité exercerait en pareil cas une réelle influence.

Le siège des fibromes au voisinage de la peau ou dans des organes superficiels (corps fibreux de la mamelle), leur dureté, rendent compte d'un phénomène intéressant de leur évolution, la formation de kystes séreux périphériques, sortes de bourses séreuses accidentelles qui les isolent plus ou moins complètement. Enfin le trait le plus saillant de l'histoire des fibromes est leur bénignité absolue, c'est-à-dire l'absence de propagation ganglionnaire et d'infection générale. Cependant les fibromes sont considérés comme des tumeurs qui récidivent; les polypes naso-pharyngiens en offrent la preuve, mais il s'agit toujours d'une récurrence locale par continuation, qu'on peut à bon droit rapporter à l'insuffisance de l'intervention chirurgicale, d'autant plus excusable que nombre de ces fibromes ont une base d'implantation osseuse parfois assez large et qu'il devient difficile d'enlever le mal jusqu'à ses racines.

D'ailleurs les fibromes rétro-pharyngiens s'écartent par plus d'un point des autres tumeurs fibreuses; ainsi, tandis que les fibromes purs apparaissent à un âge moyen, les polypes sont l'apanage de l'adolescence et tendent à disparaître ou à ne plus récidiver vers l'âge de vingt-six ans.

Les fibromes s'enflamment quelquefois quand ils sont volumineux, superficiels, cette terminaison a pour effet de ramollir la tumeur, qui devient plus grosse, rouge, douloureuse; il n'est pas rare de voir la peau s'ulcérer à son niveau et des bourgeons charnus formés aux dépens des éléments conjonctifs de la tumeur recouvrir la surface exposée. La gêne de la circulation spontanée ou accidentelle, l'inflammation, amènent parfois la mortification et la flétrissure d'une portion de la tumeur ou de sa totalité, éventualité qui ne se produit que pour les néoplasmes pédiculés. Les fibromes ulcérés saignent facilement, et l'hémorragie a pu mettre en danger la vie des malades.

Ce que nous avons dit des caractères bénins de ces tumeurs rend leur pronostic peu grave par lui-même; mais les fibromes peuvent par leur siège, leur voisinage, leur multiplicité, causer des troubles fonctionnels sérieux et nécessiter des opérations assez dangereuses.

Le diagnostic des fibromes se fait pour ainsi dire par exclusion; l'absence de propagation ganglionnaire, la marche très lente de la tumeur, sa dureté, son

siège, et surtout les caractères négatifs peuvent seuls amener à la reconnaître.

Traitement. — L'intervention n'est indiquée que pour les tumeurs douloureuses dont la présence détermine la gêne des fonctions ou la déformation des parties. Sans entrer dans le détail opératoire, notons cependant que l'extirpation est ici le meilleur procédé.

§ 3. — Myxome

Définition. — Les myxomes sont des tumeurs constituées par du tissu muqueux; ce tissu se rencontre à l'état normal dans l'humeur vitrée, la gélatine de Warthon du cordon ombilical, et contient de la mucine. Les polypes muqueux des fosses nasales représentent l'un des types les plus communs de ce genre; pour quelques histologistes, ces polypes se rapprocheraient davantage des papillomes. Dans la théorie de VIRCHOW, le tissu muqueux serait le produit d'une des premières phases de développement des tissus conjonctif et adipeux.

Il ne sera question ici que des myxomes purs, que l'on ne saurait confondre avec les tumeurs myxomateuses composées, encore assez obscures; d'ailleurs presque tous les néoplasmes, surtout les plus malins, peuvent, à un moment donné, subir la transformation muqueuse.

Anatomie pathologique. — Le myxome pur comprend trois sortes d'éléments.

1° Une substance fondamentale, amorphe, muqueuse, filante, analogue à une solution de gomme arabique, claire, légèrement ambrée.

2° Des cellules de formes variables, rondes, très irrégulières ou anguleuses, fusiformes, munies de prolongements anastomosés avec les autres cellules, et possédant un noyau central.

3° Les vaisseaux forment dans la tumeur des réseaux à larges mailles, qui soutiennent les systèmes de cellules.

Enfin on a signalé, comme éléments variables, des fibres élastiques disséminées, quelquefois visibles à l'œil nu, et des cellules adipeuses.

Mais à côté du myxome pur il existe plusieurs variétés qui en dérivent ou ne sont que des phases de transformation. Ainsi, lorsque les cellules adipeuses deviennent plus nombreuses, elles changent l'aspect du tissu et donnent naissance à la variété du *myxome lipomateux*. Que les vaisseaux mal soutenus et en quelque sorte flottants viennent à se distendre ou à se rompre, on aura la variété *télangiectasique*. Il n'est pas jusqu'aux cellules rondes ou stellaires de la tumeur qui ne puissent dégénérer en mucus et transformer la masse en une sorte de pseudo-kyste muqueux avec des produits de régression sanguins.

Étiologie. — Les myxomes sont parfois congénitaux; mais la plupart se développent dans l'adolescence ou l'âge adulte. Citons parmi les premiers, les myxomes du cordon ombilical, les môles hydatiques ou myxomes en chapelet du placenta. Les autres se montrent un peu partout, dans tous les organes, mais de préférence dans les points où les tissus conjonctif et adipeux abondent, dans le tissu sous-cutané de l'avant-bras, des cuisses, du dos, des joues, de l'orbite, dans les muscles et entre les faisceaux striés.

Les muqueuses et surtout celle des fosses nasales sont un de leurs sièges de prédilection; FAUVEL les a signalés dans le larynx. On les rencontre aussi dans les nerfs où ils se forment aux dépens du périnèvre et affectent une disposition particulière; en effet, tantôt les fibres nerveuses s'étalent à la surface de la tumeur qui prend une forme ovoïde; tantôt le myxome est périphérique et les fibres traversent la tumeur; on connaît des myxomes des nerfs optique, cubital, brachial cutané, sciatique, crural.

LEBERT, MECKEL, SCHUH, LABBÉ et COYNE décrivent des myxomes dans la mamelle, mais rarement à l'état de pureté; ils y affecteraient les formes diffuse et lobulaire. Les myxomes se développent encore dans le cerveau, le rein, les glandes parotides, le testicule. Enfin le périoste et le tissu spongieux de certains os courts n'en seraient pas exempts.

Symptômes. — Généralement petits, les myxomes sont susceptibles d'acquies un assez grand volume; ils constituent des tumeurs molles, fluctuantes, mobiles, qui par nombre de leurs caractères ressemblent aux kystes. Dans certaines cavités, comme les fosses nasales, le pharynx, le larynx, ils affectent la forme de polypes pédiculés tendant à remplir la cavité sur laquelle ils se moule et forment des masses rosées, recouvertes par la muqueuse distendue ou refoulée. Leur développement est lent, analogue à celui des lipomes.

Ces tumeurs s'ulcèrent à leur surface par le fait de leur accroissement, et se recouvrent de bourgeons charnus, très vasculaires, qui saignent facilement; l'inflammation peut les envahir et amener la suppuration ou la gangrène.

Les myxomes purs ne se propagent jamais aux ganglions et ne sont pas infectants. VIRCHOW a signalé quelques exemples de généralisation, mais il s'agit de faits vagues, susceptibles d'interprétations diverses; en pareil cas il se développe toujours du tissu embryonnaire dans la tumeur primitive qui devient sarcomateuse et partant maligne; on n'a jamais vu les polypes du nez se généraliser. D'ailleurs c'est un point de doctrine encore incertain, et le fait de la multiplicité des myxomes n'en reste pas moins bien certain, comme pour les fibromes sans qu'il y ait de généralisation. Les myxomes multiples se montrent quelquefois sur les branches d'un même système anatomique; les myxomes multiples des nerfs appartiennent à cette variété.

Quant à la récurrence après l'intervention, elle est indéniable; les opérations ne sont pas toujours complètes; alors la tumeur se reproduit ou mieux continue à croître, de sorte qu'on ne saurait se servir de ce fait pour démontrer la malignité des myxomes; la récurrence ne survient d'ailleurs pas constamment.

Diagnostic. — Le diagnostic des myxomes présente souvent de grandes difficultés: en effet les tumeurs n'ont pas de caractères objectifs particuliers, et on ne peut pas affirmer nettement leur nature sans en avoir reconnu directement les éléments par l'examen histologique.

Leur consistance peut les faire confondre avec des lipomes ou des kystes, avec toutes les tumeurs dégénérées ou colloïdes. Lorsque la tumeur est pédiculée ou ulcérée, l'examen d'une parcelle peut éclairer le diagnostic; la ponction exploratrice permet de séparer les tumeurs solides et fournit d'utiles données sur la nature du contenu.

Enfin la présence de tumeurs à marche lente, à tendance envahissante, dans

certaines régions, comme les fosses nasales, doit éveiller l'idée des myxomes; la même observation concerne également les tumeurs des nerfs.

Pronostic. — L'absence de généralisation permet de considérer le pronostic des myxomes purs comme peu grave; mais hâtons-nous de dire qu'il en est tout autrement des myxomes composés (myxo-sarcomes, etc.).

Traitement. — Le seul traitement qui convienne à ce genre de tumeurs consiste dans l'ablation que l'on pratique de bien des manières: arrachement (fosses nasales), extirpation au bistouri (mamelle), caustiques, écraseurs, ligatures, etc. Règle générale, il faut s'appliquer à enlever la totalité du produit morbide.

§ 4. — Sarcome

Bibliographie. — LEBERT, *Des tumeurs fibro-plastiques ou sarcomateuses*, in *Physiol. path.*, t. II, 1845. — VIRCHOW, *Arch. f. Path. Anat.*, t. I^{er}, 1858. — ROBIN, *Comptes rendus de la Soc. de biologie*, 1^{re} série, t. I^{er}, p. 149, 1849. — LEBERT, *Soc. de chir.*, 1852-1853. — PAGET, *Lectures on Surg. Pathol.*, V, II, 1853. — FOLLIN, in *Arch. de méd.*, t. IV, 1854. — LANNELONGUE, *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XXVIII, 1858. — E. NÉLATON, Th. de Paris, 1860. — BILLROTH, in *Arch. de Virchow*, t. VIII, 1860. — RICHARD, Th. de Strasbourg, 1867. — ROCHER, BOURDY, Th. de Paris, 1868. — BILLROTH, in *Arch. de Langenbeck*, 1869, p. 230. — VALLÉRY, Th. de Paris, 1876. — WEIL, in *Canstatt's Jahresb.*, 1877, t. I^{er}, p. 278. — MALASSEZ et MONOD, in *Arch. de Physiol.*, 1879. — COLSON, Th. de Paris, 1880. — KAUFMANN, in *Arch. de Langenbeck*, t. XXVI, p. 693, 1881, et *Rev. de Hayem*, t. XIX, p. 694. — ACKERMANN, in *Sammlung klin. Vorträge*, nos. 233-234, et *Rev. de chir.*, 1884, p. 66.

SYNONYMES. — Tumeurs fibro-plastiques (LEBERT). — Recurring fibroid; myeloid tumours (PAGET).
Tumeurs à médulocelles et à myéloxales (ROBIN).

Définition. — Avec CORNIL et RANVIER, nous définirons au point de vue histologique le sarcome « Une tumeur constituée par du tissu embryonnaire pur ou subissant une des premières modifications qu'il présente pour devenir un tissu adulte ». Il faut ajouter, au point de vue clinique, que le sarcome est susceptible de se généraliser et de récidiver après l'ablation.

En exposant la genèse des tumeurs d'après la théorie cellulaire, nous avons dit que toute irritation avait pour résultat de déterminer dans les tissus une prolifération embryonnaire. Cette première phase est commune à l'inflammation et aux tumeurs; mais dans l'inflammation il existe une cause et un but, tandis que pour les néoplasmes il n'y en a pas. Lorsque les éléments ainsi formés continuent à s'accroître en restant à ce stade d'indifférence ou en ne dépassant pas les premiers degrés de la formation des tissus, on donne à la tumeur le nom de *sarcome*.

Le point de départ du sarcome est toujours le tissu conjonctif des organes, leur propre trame, qu'il s'agisse d'une glande, d'un os, du cerveau. Cette condition essentielle à la formation de ces néoplasmes fait déjà pressentir des variétés assez nombreuses; la tumeur en effet se laisse influencer par le milieu dans lequel elle se développe, et on doit s'attendre à ce que le sarcome de la

moelle osseuse ne ressemble pas au sarcome du cerveau ou du tissu cellulaire sous-cutané.

Anatomie pathologique. — Réduit à sa plus simple expression un sarcome comprend : 1° des cellules; 2° une substance amorphe peu abondante; 3° des vaisseaux.

1° *Cellules.* — Les cellules du sarcome constituent la majeure partie de la

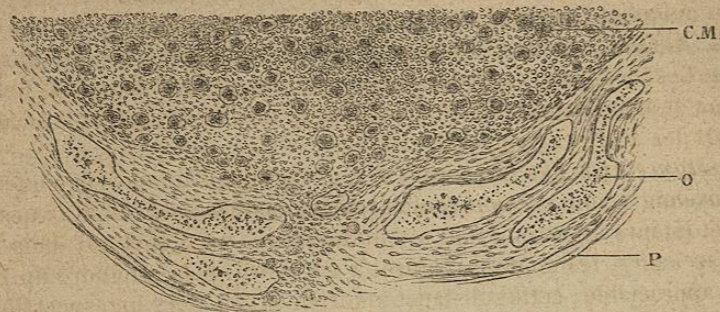


Fig. 6. — Coupe d'une portion d'un sarcome à myéloplaxes.
C.M., cellules à myéloplaxes. — O, travées osseuses périphériques. — P, périoste.

tumeur; elles présentent les formes les plus variées et n'ont aucun caractère spécifique; ce sont des cellules embryonnaires pures ou ayant subi une des premières phases de transformation. On peut les rapporter à trois types.

A. *Les cellules rondes ou globo-cellules des Allemands.* — Elles possèdent un noyau arrondi, ressemblent, sauf la grande variabilité de leurs dimensions qui peuvent atteindre 20 μ , aux globules de pus, aux globules blancs et



Fig. 7. — Cellules géantes ou myéloplaxes.

aux médulocelles. Les noyaux sont volumineux, offrent souvent les séries de la prolifération élémentaire (segmentation); enfin le protoplasma des cellules est granuleux.

B. *Les cellules fusiformes, corps fibro-plastiques ou corps étoilés fuso-cellulaires,* les unes allongées avec un noyau ovoïde, les autres irrégulières, munies de prolongements radiés, d'où leur comparaison avec une étoile. Ces cellules représentent un degré plus avancé de la formation des tissus. La différence de

forme entre les éléments tient à l'interposition de la substance amorphe intercellulaire qui les comprime plus ou moins.

C. *Les cellules myéloïdes ou myéloplaxes de ROBIN (Riesenzellen, cellules géantes)* apparaissent au microscope comme de grandes plaques à noyaux multiples avec un protoplasma à peine limité, si tant est qu'il le soit par une membrane propre. Aussi le contenu des myéloplaxes se répand-il avec la plus grande facilité sous la moindre pression. On peut y rencontrer jusqu'à quarante ou cinquante noyaux; ces myéloplaxes présentent souvent des prolongements. MALASSEZ et MONOD les considèrent comme des cellules vasculaires avortées. Ces éléments, regardés comme normaux dans la moelle fœtale par ROBIN, ne se trouvent pas seulement dans la moelle des os, mais encore dans la plupart des autres sarcomes (fig. 7).

2° *Substance amorphe intercellulaire.* — Certains sarcomes tels que les sarcomes myéloïdes sont presque exclusivement composés de cellules; néanmoins il existe toujours un stroma qui réunit toutes les parties et qui dans les sarcomes fasciculés, les mieux organisés à cet égard, peut atteindre un développement appréciable; cette substance amorphe prend alors un aspect fibrillaire.

3° *Vaisseaux.* — Les sarcomes sont très vasculaires; cependant le sang n'y est pas contenu dans des vaisseaux à parois propres; les canaux plus volumineux ont pour paroi le tissu embryonnaire fasciculé, tandis que les plus fins forment un réseau difficile à dissocier au milieu des éléments de la tumeur. Cette disposition cavernueuse des sarcomes explique la fréquence des épanchements sanguins et des kystes.

Variétés principales. — Lorsqu'on ouvre les traités classiques, on est frappé de la confusion qui règne dans les dénominations des sarcomes. Chaque auteur y décrit à sa manière une variété infinie de tumeurs sarcomateuses au milieu desquelles on a peine à se reconnaître. Cette prolixité des divisions et des dénominations prouve surabondamment qu'il reste encore beaucoup à faire pour éclaircir la question des sarcomes, et c'est pour ne rien préjuger que, faute de mieux, nous acceptons ici les principales divisions de CORNIL et RANVIER, basées à la fois sur la consistance, la structure et le contenu des éléments. Nous admettons donc sept variétés.

1° *Sarcome encéphaloïde (tumeur embryoplastique de ROBIN; sarcome globo-cellulaire (RINDFLEISCH) de nature molle, à cellules rondes.*

2° *Sarcome fasciculé (tumeur fibro-plastique de LEBERT), à éléments fusiformes, sarcome fuso-cellulaire contenu dans un stroma plus dense.*

3° *Sarcome myéloïde (tumeur à myéloplaxes) dont les éléments ressemblent à la moelle osseuse fœtale.*

4° *Sarcome ossifiant, représentant un degré d'organisation plus avancé que le précédent.*

5° *Sarcome névroglie ou glyome de VIRCHOW, qui se développe dans le cerveau, la moelle et les nerfs et dont le contenu ressemble à de la glu.*

6° *Sarcome angiolithique (psammomes), variété que l'on trouve dans les plexus choroïdiens.*

7° *Sarcome muqueux; sarcome lipomateux; sarcome mélanique à noyaux cellulaires pigmentés.*