

Enfin le sarcome, plus que tout autre néoplasme, est susceptible de se combiner en proportions variables avec le myxome, le fibrome, le chondrome, etc., d'où les variétés de myxo-sarcome, fibro-sarcome, chondro-sarcome, qui lui doivent toutes leur cachet de malignité.

Nous ne nous occuperons ici que des quatre premières variétés, car les autres n'ont pour la plupart qu'un intérêt anatomique.

1° *Sarcome encéphaloïde*. — Ainsi dénommé en raison de sa consistance qui rappelle celle du cerveau; sa coupe blanc-grisâtre donne au raclage sur le tissu frais un suc transparent qui devient trouble au bout de quelques heures; les vaisseaux y sont très abondants. Cette variété se fait remarquer par son évolution rapide, les grandes dimensions que prennent les tumeurs, la généralisation surtout dans le poumon et la récurrence après les opérations. On peut rencontrer ce sarcome partout; il subit à diverses périodes de son évolution les dégénérescences graisseuse, muqueuse et kystique.

2° *Sarcome fasciculé ou fuso-cellulaire*. — Caractérisé par la présence de corps fibro-plastiques ou cellules fusiformes; la substance intercellulaire plus abondante que dans le précédent donne à la tumeur une consistance plus ferme, la coupe plus fibreuse fournit peu de suc au raclage; on en obtient après plusieurs heures quand les éléments subissent les premiers effets des agents atmosphériques. Les cellules fusiformes, renflées à leur milieu, sont juxtaposées, et par leur accollement constituent des séries de faisceaux entrecroisés, de sorte qu'une coupe microscopique montre la section longitudinale de certains faisceaux enchâssant la section transversale des autres.

Le sarcome fasciculé, d'ordinaire moins gros que l'encéphaloïde, croît moins rapidement, sauf le sarcome fasciculé du périoste. La récurrence sur place n'est pas rare; les os, les glandes, surtout la mamelle, sont leur siège de prédilection. Dans ces derniers organes il se produit en même temps une prolifération épithéliale des acini et des conduits; la tumeur affecte alors une structure un peu plus complète qu'on a pu confondre avec l'adénome et qui favorise la formation des kystes.

3° *Sarcome myéloïde. Tumeurs à myéloplaxes*. — Elles contiennent les éléments de la moelle fœtale, c'est-à-dire de petits éléments analogues aux leucocytes appelés médulocelles, des cellules fusiformes et des myéloplaxes. Ces sarcomes sont en général mous, siègent le plus souvent sur le squelette dont ils envahissent une des pièces qu'ils transforment en une véritable bouillie. Les vaisseaux très développés formant un vrai système caverneux sont sujets aux ruptures et donnent lieu à des pulsations manifestes.

Les sarcomes à myéloplaxes renferment toujours un grand nombre de ces éléments, encore appelés cellules géantes. MONOD et MALASSEZ, WEGNER, BRODOWSKI considèrent les myéloplaxes comme des cellules vasculaires embryonnaires déviées de leur but normal, arrêtées dans leur évolution. Au lieu de former un système vasculaire, elles prennent un volume démesuré et s'étaient contre les parois osseuses sous la forme de plaques. Dans les sarcomes, ces éléments vasculaires avortés seraient susceptibles de s'anastomoser par leurs prolongements et joueraient peut-être un rôle dans la formation du système caverneux.

4° *Sarcome ossifiant*. Cette variété renferme les mêmes éléments que les précédentes, seulement on y observe un degré d'organisation plus avancé; elle est caractérisée par des productions osseuses désordonnées qui ont la structure de l'os. On y trouve des travées osseuses quelquefois très longues, qui se terminent à la périphérie par des faisceaux de fibres de Sharpey de l'os normal. A ce groupe appartiennent l'épulis des maxillaires, l'exostose sous-unguéale, etc.

Modifications de structure. — Pendant leur évolution les sarcomes subissent presque toujours dans quelques points l'une des modifications suivantes. 1° La dégénérescence granulo-graisseuse des éléments, d'où résulte le ramollissement partiel de la tumeur consécutif à la nécrose de coagulation. 2° L'infiltration calcaire qu'il ne faut pas confondre avec l'ossification mentionnée plus haut. 3° La dégénération kystique qui peut avoir pour origine la transformation muqueuse ou granulo-graisseuse des éléments; elle succède aussi à des ruptures vasculaires ou à des altérations du tissu glandulaire dans le sarcome de ces organes.

Étiologie. — Toutes les irritations locales, de quelque nature qu'elles soient, sont susceptibles d'être invoquées comme origine des sarcomes; en réalité les traumatismes, les contusions, les pressions répétées, de même que les nævi, les verrues, les kéloïdes, n'agissent que comme causes prédisposantes locales et constituent des lieux d'élection favorables au développement du mal. Les sarcomes se rencontrent à tous les âges, même pendant les premiers mois de la vie, mais ils sont rarement congénitaux; leur apparition coïncide souvent avec le développement de certains organes à évolution tardive; tel est en particulier le sarcome du testicule, plus fréquent dans l'adolescence. La grossesse a également une influence bien démontrée sur la marche du sarcome, qu'elle active toujours; enfin cette affection est surtout commune dans le système osseux, d'après PAGET, entre dix et vingt ans. Cependant le plus grand nombre des sarcomes apparaissent entre trente et cinquante ans.

Le sarcome peut envahir tous les tissus, depuis un tendon ou un os jusqu'à la trame des centres nerveux. On le rencontre dans les muscles, les glandes, les ganglions lymphatiques (lympho-sarcome) comme tumeur primitive et dans la plupart des viscères comme produit de généralisation.

Symptômes. — Les symptômes du sarcome sont si variables qu'il est presque impossible d'en donner une description générale. On les a divisés en sarcomes durs et mous; mais le même néoplasme peut, à diverses périodes de son évolution, présenter tous les intermédiaires entre une tumeur franchement dure, élastique et une tumeur fluctuante. Dans les os il n'est pas rare de voir l'affection débiter par une douleur d'abord sourde, contusive, fugitive, puis ensuite persistante et lancinante. Parfois elle a une si grande acuité qu'elle fait pousser des cris aux malades; à cet égard, les sarcomes siégeant dans un organe ou une cavité inextensible sont beaucoup plus douloureux que ceux du tissu cellulaire; on a vu la masse rester longtemps indolente, même dans le sarcome des os.

Les sarcomes sont des tumeurs qui ne présentent d'autre mobilité que celle de l'organe où ils ont pris naissance; ceux des os sont fixes; les sarcomes de

la peau ou des muscles sont plus mobiles; enfin ceux qui se développent dans le tissu sous-cutané ne deviennent adhérents à la peau que plus tard par les progrès de la tumeur et l'infiltration périphérique. En général ces productions ne sont pas bosselées et offrent une tuméfaction diffuse sur les bords, ce qui ne permet pas toujours d'en apprécier les limites. Leur localisation au niveau des épiphyses donne aux parties un aspect spécial en forme de gigot de mouton à l'épaule, au coude ou au genou; les membres deviennent fusiformes, d'autant plus que l'émaciation fait des progrès rapides. Lorsque les sarcomes sont bien développés on voit de grosses veines sillonner la surface de la tumeur, formant un lacis marbré qui indique la gêne de la circulation profonde. La palpation permet d'y sentir quelquefois des pulsations, un mouvement d'expansion, comme dans les anévrysmes; l'oreille y perçoit alors un bruit de souffle; dans ces cas, la compression de l'artère principale qui se rend à la tumeur peut faire disparaître momentanément ce symptôme.

ESTLANDER (d'Helsingfors), VERNEUIL (*Revue mensuelle de chirurgie*, 1878) ont démontré que certains sarcomes à évolution rapide possèdent une température locale plus élevée de 1° à 2° que celle du reste du corps. De plus, d'après cet auteur, le travail d'accroissement local aurait pour effet d'engendrer une sorte de fièvre symptomatique que l'ablation du mal arrête.

Marche et terminaison. — L'accroissement des sarcomes a lieu de plusieurs manières dont l'influence se fait sentir simultanément. D'une part les éléments de la tumeur elle-même prolifèrent par segmentation; d'autre part le produit néoplasique a une tendance extrême à s'infiltrer dans les tissus voisins jusque dans les fibres musculaires. Lorsque la tumeur paraît limitée, il est assez ordinaire de rencontrer à une certaine distance d'elle des colonies secondaires qui expliquent la fréquence des récidives.

La propagation des sarcomes aux ganglions lymphatiques est rare, mais presque toujours ceux-ci sont le siège d'une hypertrophie irritative. Les lympho-sarcomes et quelques ostéo-sarcomes paraissent à peu près seuls sujets à la propagation aux lymphatiques.

Lorsqu'ils sont devenus très volumineux, les sarcomes contractent des adhérences avec la peau qui devient lisse, rosée, bleue, violacée en un point. Elle s'amincit de plus en plus, puis se rompt en formant une ulcération rapidement progressive d'où sort une sérosité brunâtre. Cette ulcération peut se recouvrir de bourgeons sarcomateux, sujets aux hémorragies. Assez fréquemment la solution de continuité se produit d'une autre manière, après les ponctions exploratrices qui rompent quelques capillaires et amènent parfois un accroissement rapide du sarcome. C'est par l'ulcération que se voient les kystes, les parties dégénérées de la tumeur qui se putréfient, communiquant au pus de mauvaise nature une odeur fade extrêmement fétide. Abandonnés à eux-mêmes, les sarcomes ulcérés ne tardent pas à amener des troubles de la santé, un état fébrile et de la cachexie, mais alors il se développe ordinairement des tumeurs secondaires dans d'autres organes; c'est la généralisation.

LEBERT avait été conduit à regarder les tumeurs fibro-plastiques ou sarcomes comme bénignes, parce qu'elles ne contenaient pas la cellule cancéreuse spécifique, hétéromorphe. L'erreur ne pouvait durer longtemps; on sait aujourd'hui

que certains sarcomes sont aussi malins que les carcinomes et se généralisent dans les grands viscères, le poumon, le foie, le cerveau, le rein, etc. Cependant il faut reconnaître que plusieurs d'entre eux, la tumeur à myéloplaxex, par exemple, sont moins souvent infectants. La métastase se fait par les veines au moyen de véritables greffes emboliques qui en partent et vont s'arrêter dans les principaux organes; plusieurs fois les grosses veines, comme la crurale, la veine cave, ont été trouvées encombrées par le produit morbide. Ordinairement lente, la généralisation peut être rapide et aboutir à la formation de tumeurs secondaires qui reproduisent toujours la variété du sarcome primitif. On a vu quelquefois l'infection si rapide que WOILLET (*Archives générales de médecine*, 4^e série, t. XXIX, 1852), SIMON (*Berlin. klin. Wochens.*, 1870) ont été portés à admettre une sarcomatose aiguë analogue à la carcinose. Les opérations pratiquées pendant que l'infection existe déjà donnent un coup de fouet à l'affection. Il est très difficile de reconnaître, même quand ils sont manifestes, les sarcomes secondaires du poumon, tandis que dans d'autres cas leur évolution engendre de la dyspnée, parfois même des hémoptysies.

Les sujets atteints de sarcomes généralisés meurent dans l'hecticité avec un amaigrissement considérable, une anémie profonde, de l'œdème des extrémités, de la diarrhée colliquative, de la *phlegmatia alba dolens*. Lorsque la tumeur primitive s'ulcère, la septicémie enlève souvent les malades.

Un dernier caractère des sarcomes est leur tendance à la récurrence sur place qui s'explique, ainsi que nous l'avons dit, par la fréquence de l'infiltration néoplasique dans les tissus voisins, mais la récurrence n'est pas constante et peut survenir après un temps assez long seulement.

Pronostic. — Le pronostic des sarcomes, quoique moins grave que celui du carcinome, reste néanmoins sérieux. Certaines variétés, le sarcome à myéloplaxe entre autres, ont une malignité moindre que le sarcome encéphaloïde. Plus la structure du sarcome se rapproche du type embryonnaire, plus la malignité et la tendance à la généralisation sont accentuées. A cet égard les sarcomes à petites cellules offrent un caractère de gravité extrême.

Diagnostic. — Le diagnostic clinique des sarcomes présente toujours des difficultés, parce que les symptômes objectifs de ce groupe de tumeurs sont des plus variables; il est en effet impossible de le fonder sur la consistance, le volume. Cependant le siège des tumeurs, surtout pour les os, leur mode de développement, leur tendance à l'infiltration, l'absence d'adénopathie, l'âge auquel elles apparaissent constituent des éléments utiles pour le diagnostic. Les sarcomes profonds sont au-dessus des ressources de l'art. Lorsque les tumeurs sont pulsatiles et qu'elles siègent sur un os, on est en droit de penser à une tumeur à myéloplaxe. En tous cas on ne devra recourir aux ponctions exploratrices que peu de temps avant l'opération, afin de prévenir les accidents qui en résultent.

Traitement. — Les moyens généraux, utiles pour soutenir la santé, n'ont aucune efficacité pour arrêter les progrès du sarcome; les moyens locaux, médicamenteux ou résolutifs sont ordinairement plus nuisibles qu'utiles. Il faut éviter la fatigue quand le sarcome siège aux membres, prescrire

le repos, les cataplasmes belladonés contre la douleur, et se garder de malaxer ces tumeurs qui évoluent plus rapidement sous cette influence.

Si l'on juge une intervention nécessaire, ce qui n'a pas toujours lieu, en raison du siège, des dimensions, de l'infiltration de la tumeur ou du mauvais état général, on doit se hâter et pratiquer l'extirpation aussi complète que possible. Souvent le chirurgien se trouve dans la nécessité de sacrifier un membre; alors il vaut mieux désarticuler dans la contiguïté qu'amputer dans la continuité, surtout quand le sarcome siège sur un os, car la récurrence est fréquente dans le même os. Enfin toutes les fois que l'intervention sera encore possible, le chirurgien devra extirper les foyers de récurrence dès qu'ils se produiront; cette conduite hardie a donné des succès.

CHAPITRE IV

TUMEURS ÉPITHÉLIALES

§ 1^{er}. — Papillomes

Définition. — Les papillomes sont des tumeurs constituées par des papilles hypertrophiées.

Beaucoup de néoplasmes cutanés ou muqueux, dermiques ou sous-dermiques peuvent, à un moment donné de leur évolution, prendre l'aspect papillaire; ces variétés de tumeurs ne sont pas de vrais papillomes.

Partout où il existe normalement des papilles, il est possible de rencontrer des papillomes dus à leur hypertrophie régulière ou irrégulière; d'après certains auteurs, il existerait même des formes hétérotopiques dans quelques organes qui ne contiennent pas normalement de papilles, le cœur entre autres.

On admet deux sortes de papillomes, suivant qu'ils siègent sur la peau ou les muqueuses : 1^o les papillomes épidermiques ou cornés; 2^o les papillomes muqueux.

Anatomie pathologique. — Tout papillome, quel que soit son siège, se compose de trois parties : 1^o le stroma ou corps papillaire; 2^o le revêtement épithélial; 3^o les vaisseaux.

1^o **Corps papillaire.** — Il est constitué par du tissu conjonctif se présentant sous la forme de cônes plus allongés qu'à l'état normal et qui font ordinairement une légère saillie à la surface du tégument: leur base se confond avec le tissu cellulaire ambiant. La disposition du stroma varie beaucoup suivant les papillomes; ainsi on peut voir les corps papillaires se subdiviser à leur base en un certain nombre de bourgeons secondaires; ailleurs, ils sont réduits à fort peu de chose, et effacés par l'élément vasculaire qui semble en contact direct avec le revêtement épithélial. Habituellement les papilles sont adhérentes les unes aux autres, mais dans quelques variétés cutanées et dans

les muqueuses il n'est pas rare de les voir séparées sur toute leur hauteur; cette disposition a valu à ces tumeurs le nom de papillomes villosités. Enfin, dans les formes rapides, comme les choux-fleurs des organes génitaux, le stroma n'est pas encore bien organisé, on y trouve du tissu embryonnaire.

2^o **Revêtement épithélial.** — L'épiderme ou l'épithélium pavimenteux corné tapisse les corps papillaires des papillomes cutanés: c'est le plus souvent, mais pas d'une façon absolue, de l'épithélium cylindrique qui revêt les papil-

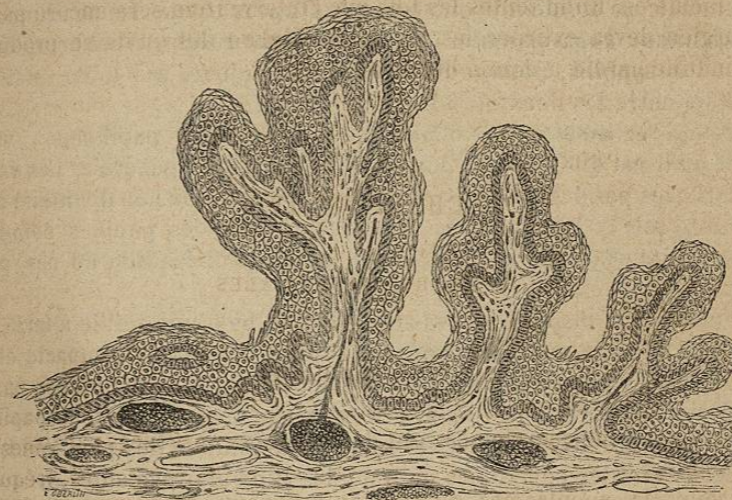


Fig. 8. — Fragment d'un papillome de la verge.

lomes muqueux; dans cette dernière variété il n'existe qu'une couche de cellules, on en observe au contraire plusieurs dans la première (fig. 8).

3^o Les *vaisseaux* forment dans le corps papillaire un réseau avec des houpes et des anses comme dans les bourgeons charnus; ils présentent des altérations, tantôt des dilatations ampullaires, tantôt des ruptures d'où résultent des hémorragies interstitielles ou extérieures. C'est à ces ruptures interstitielles qu'est dû l'aspect pigmenté des coupes transversales de certains papillomes (*verruës, durillons*).

Les papillomes ne conservent pas toujours les caractères précédents et peuvent être le siège de modifications; l'une des plus communes est la transformation vésiculeuse ou colloïde des cellules épithéliales du revêtement.

Variétés et siège. — Les verrues sont des papillomes cornés souvent multiples siégeant de préférence aux extrémités supérieures. Les cors se rencontrent aux orteils, mais de même que les durillons, ils apparaissent dans les points les plus divers. Dans le groupe des papillomes cornés, il faut encore ranger les cornes qui ont une origine identique. Les papillomes des muqueuses ne sont pas moins fréquents et peuvent être villosités; citons parmi eux les choux-fleurs ou végétations des organes génitaux externes de l'homme et de la femme, les condylomés, les papillomes de l'urètre, de la vessie, ceux