V

ENDOTHÉLIOMES

On désigne sous le nom d'endothéliomes des tumeurs formées par la multiplication et l'agglomération des cellules endothéliales (Rindfleisch).

Ces productions ont été rencontrées spécialement dans les séreuses, le péritoine, la plèvre et surtout l'arachnoïde. Elles ont été décrites sous le nom de tumeurs fibro-plastiques de la dure-mère par Cruveilhier, d'épithéliomas des séreuses par Robin, de psammomes par Virchow, de sarcomes angiolithiques par Cornil et Ranvier. On en a rapproché tout récemment certaines tumeurs primitives des ganglions lymphatiques [1], de la rate [2] et de la rétine [3]. Toutes ces productions auraient pour lien commun leur communauté d'origine aux dépens des cellules endothéliales. D'autre part, si l'on admettait que les cellules du sarcome proviennent de l'endothéliome vasculaire [4], on serait amené à ranger également les sarcomes parmi les endothéliomes, d'autant plus qu'il est possible de trouver toute une série d'intermédiaires entre ces deux productions. Seulement le sarcome serait un endothéliome embryonnaire ou atypique, de même que le carcinome représente la forme atypique de l'épithéliome [5].

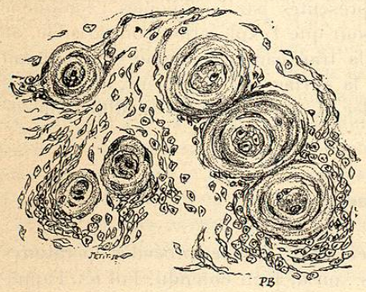

Fig. 91. — Endothéliome de l'arachnoïde (préparation Darier).

Jusqu'ici les endothéliomes de l'arachnoïde, pris comme types, n'ont présenté qu'un intérêt purement théorique. On les a observés sous la forme de tumeurs ordinairement solitaires, grosses comme une lentille ou même comme un petit œuf de poule [6], ovoïdes, ordinairement sessiles. Leur consistance est molle, à moins qu'ils ne soient entourés d'une coque fibreuse. Leur coloration est rosée ou d'un gris pointillé en rouge.

L'endothéliome est composé de masses arrondies dont les éléments constituants offrent une disposition concentrique. Ces éléments sont des cellules minces, aplaties, irrégulièrement polygonales; au centre des petits globes endothéliaux, il existe une petite masse calcifiée. Les vaisseaux, assez nombreux, offrent ceci de remarquable, que leur paroi est composée de cellules semblables

(1) Chambard, *Revue méd.*, 1880.
(2) Gaucher, Thèse, 1883.
(3) Monod et Arthaud, *Revue chir.*, 1886.
(4) Nous avons admis, avec beaucoup d'autres, le développement périvasculaire du sarcome; mais il est difficile d'affirmer que les cellules des îlots périvasculaires viennent des endothéliums et des capillaires plutôt que de l'intérieur même de ces vaisseaux.
(5) Monod et Arthaud. — Ce rapprochement est ingénieux, il revient à dire que l'endothéliome est une forme adulte de tumeur conjonctive. — Notons que Monod et Arthaud font à tort ranger par Malassez le cylindrome vrai parmi les formations endothéliales.
(6) Lancereaux.

à celles de la production tout entière, et que leur lumière se prolonge souvent au centre même et dans la cavité des petits globes endothéliaux.

Il est impossible de présenter une description clinique générale de l'endothéliome; je ne puis que renvoyer, pour le peu qu'on sait des symptômes, aux traités de pathologie spéciale.

VI

CHONDROMES [1]

On désigne sous le nom de chondromes [2] des *tumeurs* constituées par du cartilage. Il ne suffit donc pas qu'une production possède une structure cartilagineuse pour mériter le nom de chondrome, il faut que cette production soit une tumeur et non le simple résultat d'un processus inflammatoire ou trophique. Ces restrictions nous permettent d'éliminer de notre cadre les saillies hypertrophiques qu'on a signalées sur les cartilages articulaires, sur les cartilages costaux, les cerceaux de la trachée, les disques intervertébraux, l'apophyse basilaire, la symphyse pubienne, les cartilages épiphysaires, etc. : ce sont là des *ecchondroses* et non des chondromes.

Il est remarquable justement de constater que, à l'inverse des autres, ces derniers ne se développent pas aux dépens des cartilages préexistants, mais qu'ils prennent naissance dans des organes où, normalement, il ne devrait pas à cette époque exister de cartilage.

Anatomie pathologique.

Les chondromes siègent tantôt dans les os, tantôt dans les parties molles.

Les enchondromes des os sont les plus communs : en effet, sur 125 cas rassemblés par Lebert, 104 fois le mal atteignait le squelette, et 21 fois seulement les parties molles [3].

Parmi les os atteints, il faut noter en première ligne les phalanges des doigts et les métacarpiens, puis les mâchoires, les os du bassin, le fémur, le tibia, les métatarsiens, l'humérus, l'omoplate, etc.

Dans les parties molles, le chondrome a pour siège de prédilection deux organes, la parotide et le testicule; mais on l'observe aussi dans les autres glandes salivaires, dans la mamelle, le poumon, etc. Je mets à part, bien entendu, les tumeurs mixtes où le cartilage n'entre que pour une part dans la constitution de la masse totale.

Les chondromes des os sont tantôt uniques, tantôt multiples, spécialement s'ils siègent à la main et aux doigts. Muller a, le premier, établi que leur point

(1) Burnett, *Rech. micr. et hist. sur l'enchondrome.* In *Arch. de méd.*, 1852. — Dolbeau, *Mém. sur les tumeurs cartilagineuses des doigts et des métacarpiens.* In *Arch. de méd.*, 1858. — *Tumeur cartilagineuse de la parotide.* In *Gaz. hebdom.*, 1858. — *Mém. sur l'enchondrome du bassin.* In *Progrès méd.*, 1859 et 1860. — O. Fayan, Th., 1856. — Heurtaux, art. Chondrome. In *Diction. de méd. et de chir.* — Muller, *Loc. cit.*
(2) Ou enchondromes.
(3) Follin.

de départ pouvait se faire au centre même de l'os ou bien à sa surface. Dans le premier cas, la tumeur est entourée d'une coque osseuse qu'elle refoule et amincit de plus en plus à mesure qu'elle s'accroît, de sorte qu'à la longue il peut n'en rester que quelques plaques ; dans le second cas, elle a le périoste pour enveloppe.

Les chondromes des parties molles sont en général circonscrits et encapsulés par une membrane fibreuse : en somme, quel qu'en soit le point de départ, ces tumeurs ont peu de tendance à devenir diffuses.

Leur forme est arrondie, leur surface recouverte de bosselures inégales que séparent des sillons; ces bosselures répondent à autant de lobes qui s'accroissent irrégulièrement et peuvent comprendre dans leur intervalle des tendons, des vaisseaux ou des nerfs.

Le volume est nécessairement variable, mais il importe de dire, que de tous les néoplasmes, le chondrome est peut-être celui qui est susceptible d'atteindre les dimensions les plus considérables, témoin l'observation de Lugol et Nélaton, où la tumeur mesurait 1^m,75 de circonférence, et celle de Philip Crampton, où cette circonférence s'élevait à 2^m,15.

La consistance est tantôt ferme, élastique, comme celle du cartilage d'encroûtement, tantôt molle et franchement fluctuante.

On peut prendre une idée grossière de la structure en pratiquant une section sur la totalité d'un chondrome : on n'aperçoit en effet sur cette coupe que des bandes fibreuses où rampent des vaisseaux sanguins, partageant la tumeur en lobes inégaux, énucléables, indépendants les uns des autres; chacun d'eux peut offrir une consistance et un aspect différents, ils sont en général sur la coupe demi-transparents et d'une teinte grise à reflet bleuâtre.

Toutes les variétés de cartilage peuvent se rencontrer dans les enchondromes; on y trouve même, suivant la remarque de Ranvier, une variété qui n'existe pas chez l'homme à l'état normal, c'est le cartilage à cellules ramifiées, sans capsule, que l'on peut étudier dans la tête des céphalopodes.

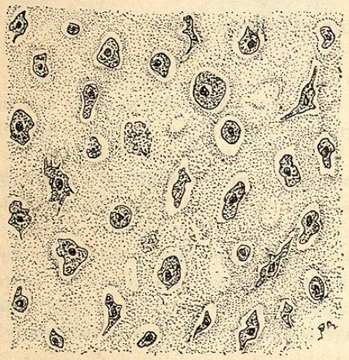

Fig. 92. — Chondrome hyalin.

Ordinairement, le cartilage hyalin prédomine; il se montre avec ses caractères habituels sous forme de petits îlots arrondis, ayant une tendance à se transformer en fibrocartilage à leur périphérie; souvent les capsules ne sont pas bien distinctes, les cellules sont volumineuses, arrondies, la substance fondamentale est molle, en un mot, le tissu morbide se rapproche du cartilage embryonnaire. Ailleurs, du tissu fibreux s'interpose en assez grande quantité pour valoir à l'ensemble le nom de chondrofibrome (Virchow).

On peut ainsi multiplier les variétés; je ne m'arrêterai qu'à deux d'entre elles : le chondrome diffus et le chondrome ostéoïde.

Dans le chondrome diffus, il n'existe pas de lobules : le tissu morbide ayant la plupart du temps les caractères du cartilage embryonnaire (Ranvier), s'étend

sans limites précises et peut ainsi, d'un bout à l'autre, envahir le canal médullaire d'un os.

Les chondromes ostéoïdes [1] sont caractérisés par l'apparition au sein d'un tissu cartilagineux d'une variété quelconque, de trabécules d'une substance homogène, infiltrée de granulations calcaires, et parsemée de corpuscules anguleux analogues à des ostéoplastes. De plus, les vaisseaux sanguins ne limitent pas leurs trajets aux cloisons interlobulaires, ils pénètrent au sein même des trabécules ossiformes; le tissu des chondromes ostéoïdes ressemble, on le voit, au tissu ostéoïde du rachitisme et à celui que nous avons déjà décrit dans une variété de sarcomes; s'il se rapproche, à certains égards, du tissu osseux, il s'en éloigne par le développement incomplet de ses cellules et l'absence d'une stratification parfaite de la substance fondamentale. Les chondromes ostéoïdes sont le plus souvent des tumeurs diffuses, à tendances génératrices des plus marquées.

ORIGINE ET ÉVOLUTION

Le chondrome, dans l'hypothèse de Conheim, naîtrait de débris cartilagineux de la période embryonnaire : ainsi s'expliquerait la fréquence de ces tumeurs dans les os; quant aux chondromes de la parotide et du testicule, ils proviendraient, les premiers, des débris du cartilage de Meckel; les seconds, des cellules cartilagineuses des vertèbres primitives, « qui se trouveraient englobées dans le testicule alors situé au devant du rachis [2]; valable peut-être pour les os, cette théorie nous semble bien chancelante dès qu'on l'applique aux parties molles, elle ne nous donne pas plus satisfaction pour les tumeurs du testicule que pour celles de la mamelle, du poumon, des lèvres [3], etc.

D'après Cornil et Ranvier, le développement du chondrome dans un tissu, qu'il s'agisse du tissu conjonctif ou du tissu osseux, se traduit au début par une transformation embryonnaire des éléments normaux : ainsi les cellules de la moelle des os prolifèrent et échancrent les trabécules osseuses, il se produit un véritable travail de médullisation. Alors, entre les cellules embryonnaires, apparaît une substance fondamentale transparente qui les écarte : ainsi se trouve constitué un premier îlot de cartilage. L'accroissement ultérieur s'opère par une multiplication des cellules cartilagineuses d'après le mode habituel, et par la formation de nouveaux îlots.

Les chondromes sont exposés à subir diverses altérations : leur substance fondamentale peut se modifier et se prêter à une véritable transformation en tissu myxomateux [4]; il s'agit moins, il est vrai, dans ce cas, d'une dégénérescence nutritive que d'une véritable métamorphose. Ailleurs, le ramollissement du chondrome est dû à une dégénérescence graisseuse des éléments cellulaires qui entraîne une sorte de dissolution [5] muqueuse de la substance fondamentale. Il résulte de ce processus la formation de kystes à contenu gélatineux.

Mentionnons encore l'infiltration calcaire et l'ossification : celle-ci se produit

(1) Walsdorff, Thèse de Paris, 1878. — Estor, Thèse de Montpellier, 1884.
(2) Hallopeau, *Éléments de pathol. générale.*
(3) Robinson, *Chondrome de la lèvre supérieure.* In Americ. dermat. associat., 1886.
(4) Rindfleisch.
(5) Rindfleisch.

comme dans les cartilages normaux, mais le tissu osseux formé n'a généralement qu'une existence transitoire[1].

Le plus ordinairement, le chondrome reste une tumeur locale; néanmoins il est capable d'infecter le système lymphatique et le système veineux, et d'aboutir à une véritable généralisation. En 1882, Michaloff[2] avait pu réunir 13 observations[3]; si nous joignons celles qu'il a omises ou qui ont paru depuis, c'est-à-dire celles de Verneuil, Poinsot[4], Dauvé[5], Heurtaux[6] et Vergely[7], nous arrivons à un total de 18 cas, et nous omettons à dessein ceux très nombreux dans lesquels le cartilage était mêlé au sarcome ou au carcinome. Dans ceux qui nous occupent, la tumeur primitive était tantôt de l'enchondrome pur, tantôt, et beaucoup plus fréquemment, de l'enchondrome ostéoïde; mais, fait remarquable, dit Michaloff, quelle qu'ait été la structure de la tumeur primitive, « les tumeurs secondaires ont été pour tous les cas connus, à l'exception de celui de Virchow, des enchondromes hyalins ».

Les métastases ont été constatées principalement dans les poumons, la plèvre, puis dans le cœur, la rate, le grand épiploon, le foie, le cerveau, etc., ou dans des pièces osseuses éloignées du siège primitif. Les tumeurs secondaires du poumon (qui sont presque constantes dans les cas de généralisation) s'observent sous forme de petits nodules multiples, dont le volume peut ne pas dépasser celui d'un grain de millet, ou bien sous celle de noyau volumineux dont le poids peut atteindre 1400 et 2400 grammes[8]. Dans un certain nombre de cas, une dissection minutieuse a fait retrouver dans les rameaux de l'artère pulmonaire les mêmes productions cartilagineuses, aussi est-il permis d'admettre que, de même que pour le sarcome, la généralisation s'opère par le mécanisme de l'embolie et de la greffe : les prolongements d'un chondrome quelconque pénètrent par effraction dans les veines d'un certain calibre, des parcelles en sont détachées par le courant sanguin et s'en vont coloniser le poumon ou le cœur; c'est ainsi que dans un chondrome du bassin, Weber a retrouvé des masses cartilagineuses dans les veines iliaques primitives et dans les iliaques externes.

Les veines ne sont pas d'ailleurs la seule voie suivie par l'embolie, l'envahissement du système lymphatique a été parfois noté, témoin le malade de Paget atteint d'un chondrome testiculaire, et chez lequel la masse cartilagineuse pénétrait dans les vaisseaux lymphatiques du cordon, celui de Weber[9], dont les ganglions lymphatiques du bassin étaient remplis de cartilage, etc.

Enfin, de même que dans les épithéliomes, les germes néoplasiques paraissent pouvoir pénétrer dans les artères avoisinant la tumeur primitive (cas de Baum et Weber, de Wartmann) et favoriser ainsi la production d'une récidive locale[10].

(1) Cornil et Ranvier.
(2) Michaloff, Thèse de Genève, 1882.
(3) Ces observations sont celles de Virchow, Mullert, Richet, Volkmann, Paget, Baum et Weber, Forster, Weber, Arnott, Birch-Hirschfeld et Wartmann.
(4) Poinsot, cité par Marion. Thèse, 1881.
(5) Dauvé, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1861.
(6) Heurtaux, *Dict. Jaccoud.*
(7) Vergely, *Lyon méd.*, 1886.
(8) Observ. de Birch-Hirschfeld. — Onzième observ. Thèse de Michaloff.
(9) Weber, Enchondrome du bassin.
(10) Michaloff.

Symptômes et évolution clinique.

Le chondrome se montre de préférence chez les jeunes sujets, il pourrait être d'origine congénitale[1]. Il faut toutefois se garder de prendre pour des chondromes les différentes productions cartilagineuses rencontrées sous forme de noyaux ou de baguettes dans l'épaisseur du cou; ce sont là des débris embryonnaires dont la transformation en chondromes, à la rigueur possible, n'a jamais reçu, en somme, de complète démonstration. Il est à remarquer que les chondromes des os, celui de la main et des doigts en particulier, se développent de préférence pendant la jeunesse, tandis que ceux des parties molles, et surtout du testicule, s'observent à l'âge adulte.

Nous ne connaissons rien ou presque rien sur l'étiologie de ces tumeurs, elles se développent en général lentement et d'une façon insidieuse, sans provoquer aucun phénomène douloureux ni altérer l'état général.

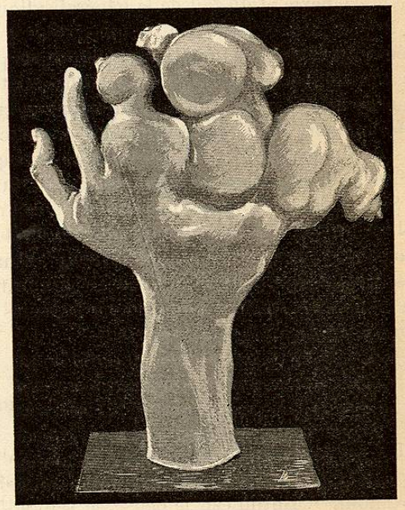

Fig. 95. — Chondrome des doigts et de la main (d'après une pièce du Musée Dupuytren).

Les troubles fonctionnels sont nécessairement en rapport avec le siège, ils résultent de l'obstacle mécanique apporté au fonctionnement d'un organe par une masse plus ou moins dure et plus ou moins volumineuse : aux membres, aux doigts par exemple, les mouvements des jointures sont limités et gênés, mais les surfaces articulaires restent indemnes.

Les chondromes ont une forme arrondie, bosselée, tubéreuse; leur consistance est dure, souvent élastique, ou bien molle et franchement fluctuante; mais même dans ces derniers cas, il est quelquefois permis de retrouver çà et là quelque point dur dont l'élasticité met sur la voie du diagnostic.

Les tumeurs cartilagineuses des os sont naturellement adhérentes aux pièces osseuses et immobiles, celles des parties molles ont les caractères de limitation des contours et de déplacement facile propres aux tumeurs bénignes en général.

L'ensemble de ces signes, joints à l'indolence, à la pression, à la lenteur de l'évolution et à l'intégrité du système lymphatique, rendra assez souvent possible un diagnostic dont les difficultés d'ailleurs, suivant la remarque d'Heurtaux, sont toutes différentes, selon que le néoplasme occupe les extrémités osseuses, les grands os ou les parties molles. Le diagnostic d'un chondrome des doigts ou

(1) Butlin.

des métacarpiens se fait pour ainsi dire à distance; pour les autres, l'hésitation est souvent permise avec le fibrome ou le sarcome.

La marche de l'enchondrome est progressive, mais tout particulièrement lente; vingt et trente ans peuvent s'écouler avant que le néoplasme ait acquis un gros volume; certains paraissent même pouvoir garder un état stationnaire pendant quelques années. La peau qui recouvre les tumeurs reste presque toujours intacte; à la longue cependant, et par suite d'une distension excessive qui altère sa vitalité et sa résistance aux traumatismes, elle s'amincit, s'enflamme et s'ulcère : l'ulcération peut ainsi devenir une cause d'infection septique pour la tumeur et en amener le ramollissement, la suppuration et même le sphacèle.

A côté de ces chondromes bénins à évolution lente, nous devons signaler ceux dans lesquels la tumeur a pris en quelques mois une marche rapide, et où la mort est survenue trois et quatre ans, et même moins d'une année après l'apparition du mal(1). Dans ces cas, les malades semblent avoir succombé aux progrès de la cachexie et du fait de la généralisation.

Il paraît bien difficile, à l'heure qu'il est, de pouvoir distinguer le chondrome bénin du chondrome malin; il n'existe pas plus de caractéristique absolue pour le clinicien que pour l'anatomo-pathologiste; le siège dans les os ou dans les parties molles ne fournit pas lui-même de grandes indications : nous notons en effet que, sur les 14 cas rassemblés par Michaloff, la tumeur primitive occupait les os du bassin (3 fois), la partie thoracique (2 fois), l'humérus, le fémur, le péroné, le métacarpe, la parotide (2 fois), la mamelle et le testicule (2 fois).

Sans doute, ce tableau nous démontre la moins grande fréquence de la généralisation dans les chondromes des extrémités(2), mais il n'en est pas moins vrai que, dans l'observation de Volkmann, le mal avait débuté par le métatarse. Il ressort également que, contrairement à l'affirmation d'Heurtaux, la réserve est de commande, aussi bien pour les tumeurs cartilagineuses de la parotide que pour les autres.

Pronostic et traitement.

Le pronostic du chondrome est en général favorable, mais on ne saurait trop répéter avec Virchow que « le beau rêve de la bénignité du chondrome doit s'évanouir ». Butlin est, je pense, le seul à s'élever contre cet arrêt; il soutient que les tumeurs à marche maligne ne sont pas des chondromes, mais des sarcomes chondrifiants; à mon sens, ce n'est là qu'une distinction subtile.

Le seul traitement rationnel de l'enchondrome est l'extirpation.

Mais au point de vue des indications opératoires, il est utile d'établir une distinction entre les chondromes des parties molles et ceux des os. Pour les premiers, je crois qu'il y a tout intérêt à intervenir, la tumeur fût-elle petite et d'un accroissement lent. D'autre part, le volume énorme et l'immobilité ne créent pas une contre-indication absolue : cette immobilité n'implique pas l'adhérence, mais l'enclavement de la tumeur et, par des manœuvres qui pourront varier, voire même par le morcellement, on sera capable, la plupart du temps, de mener à bien l'amputation des plus grosses masses.

(1) Observation personnelle de Michaloff.
(2) Comme l'avait remarqué Paget.

Le chirurgien peut être plus embarrassé s'il a affaire à certains chondromes des os. Si la tumeur occupe l'épaisseur même de l'os, il est évident que la seule thérapeutique est l'énucléation ou la résection, celle-ci devant être réservée aux cas où le néoplasme est bien limité à l'extrémité épiphysaire(1). J'ajoute que si pendant l'acte opératoire il était possible de s'assurer qu'il s'agit vraisemblablement d'un chondrome ostéoïde, je n'hésiterais pas à transformer la résection en désarticulation.

Lorsque la tumeur s'est développée dans les parties superficielles de l'os, lorsque surtout elle est multiple et siège dans les os de la main, il faut s'efforcer d'enlever le mal sans faire le sacrifice de l'organe, et depuis Sédillot l'évidement a donné plus d'un succès. On conçoit même que si l'évidement était impossible, on s'abstienne en face de chondromes multiples des doigts, quitte à pratiquer l'amputation du poignet ou de l'avant-bras le jour où la main ne serait plus qu'un fardeau pour le malade.

Il est encore un moyen de faire de la conservation quand il s'agit de chondromes périphériques et non centraux des doigts, c'est de fendre à la scie longitudinalement la phalange atteinte, de façon à en conserver la moitié(2); j'ai présenté à la Société de chirurgie un cas traité de la sorte.

L'opération peut être suivie de récidive sans qu'il s'agisse pour cela de la forme maligne; la récidive locale commande évidemment une exérèse plus étendue.

VII

OSTÉOMES

Les tumeurs composées de tissu osseux méritent seules le nom d'ostéomes; elles se différencient des tumeurs ostéoïdes en ce que dans celles-ci le tissu morbide semble correspondre aux phases préliminaires de l'ossification sans que jamais l'apparition d'ostéoblastes conduise à la formation de vrais ostéoplastes et à la *stratification* de vraies lamelles osseuses; ces tumeurs ostéoïdes appartiennent, nous le savons, les unes aux sarcomes, les autres aux chondromes. Nous séparons également des ostéomes les ossifications partielles qui peuvent s'observer dans toute tumeur conjonctive et plus spécialement dans les ostéosarcomes. Ainsi réduite, la classe des ostéomes comprend des tumeurs embryonnaires et des tumeurs adultes.

Ostéome embryonnaire.

L'ostéome embryonnaire ou tumeurs à ostéoblastes n'est guère représenté dans la science que par l'observation de Bouveret (3). En voici le résumé :

Un homme de trente-trois ans entra, au mois de janvier 1877, dans le service de Broca; il était porteur, depuis dix-huit mois, d'une tumeur de la région laté-

(1) Nélaton a fait avec succès la résection de l'extrémité supérieure de l'humérus (cité par Heurtaux).
(2) Sans craindre bien entendu d'ouvrir les articulations.
(3) Bouveret, Thèse de Paris, 1878.

rale droite du thorax. Depuis trois mois, différentes tumeurs sont apparues sur plusieurs points du corps, sous la peau, dans les régions mammaire, dorsale, temporale, etc. L'état général était très mauvais au moment de l'entrée à l'hôpital, et le malade succomba cinq mois après aux progrès de la cachexie, après avoir présenté un affaiblissement extrême, une perte complète de l'appétit et une diarrhée persistante; à l'autopsie, on constata que la tumeur principale, grosse comme deux têtes d'adulte, s'était développée aux dépens des côtes. Des tumeurs secondaires étaient disséminées dans les muscles de la gouttière vertébrale, de l'épaule, dans le cœur, dans le tissu sous-péritonéal de la fosse iliaque, dans le mésentère, dans les deux reins, dans le cubitus, etc.; les poumons en étaient exempts.

Parmi les tumeurs secondaires, les unes étaient formées d'un tissu mou présentant au centre un ou plusieurs noyaux osseux; les autres étaient composées de tissu spongieux, d'autres enfin ne renfermaient que du tissu osseux en grande partie compact.

Nulle part, l'examen microscopique ne décela de cartilage. Dans les portions molles de la tumeur, le tissu pathologique consistait en éléments cellulaires d'apparence épithéliale, de grande dimension, les uns arrondis et ovalaires, les autres polyédriques ou rectangulaires, rangés le long de trabécules osseuses formées ou en voie de formation. Ces éléments rappelaient à s'y méprendre, et par leur morphologie et par leur évolution, les cellules qui jouent le rôle essentiel dans l'ossification, les ostéoblastes; ils étaient la caractéristique de toutes les tumeurs observées. Bouveret s'est ainsi cru autorisé à faire de sa tumeur un ostéome malin reproduisant le type de l'ossification dans le tissu conjonctif.

Ostéome adulte.

La plupart des pathologistes confondent les ostéomes avec les exostoses, et c'est ainsi que, pêle-mêle, prennent rang dans cette classe les exostoses syphilitiques, les ossifications des cartilages permanents, des aponévroses ou des muscles, les productions osseuses consécutives à toutes les variétés d'ostéite possibles, subaiguës ou chroniques, les exostoses de croissance, les cals luxuriants, etc. Il faut bien avouer que la plupart de ces productions osseuses n'ont rien à faire avec les tumeurs : les unes sont le résultat d'un travail hyperplasique d'ordre inflammatoire, ce sont les plus communes; les autres sont le résultat de troubles trophiques de causes diverses. Nous réservons le nom d'ostéomes aux tumeurs osseuses indépendantes de tout processus inflammatoire. Notre cadre ainsi restreint se trouve ne plus comprendre (et encore jusqu'à nouvel ordre) que les exostoses de développement ou exostoses ostéogéniques, et certaines énostoses. On trouvera l'histoire complète de ces ostéomes au chapitre traitant les maladies des os; je me bornerai ici à les définir.

Les *ostéomes ostéogéniques* siègent dans la portion épiphysaire de la diaphyse des os longs, et de préférence à l'extrémité inférieure du fémur et à l'extrémité supérieure de l'humérus; ils sont constitués, en partant de la surface, par le périoste, par une couche de cartilage et enfin par du tissu osseux : ils semblent résulter d'une sorte d'hypertrophie du cartilage de conjugaison, et peut-être mériteraient-ils mieux le nom d'ecchondroses ossifiantes que celui d'ostéomes.

[QUÉNU.]

Les vrais ostéomes sont les ostéomes des fosses nasales ou de leurs dépendances, les sinus frontaux et maxillaires. Ce sont bien là de vraies tumeurs; leur tendance à subir un accroissement progressif sans jamais rétrograder, l'absence de toute cause inflammatoire ou infectieuse, paraissent nous en donner la preuve. Elles n'ont que peu ou pas de connexions avec le squelette et se développent, semble-t-il, dans l'épaisseur de la muqueuse pituitaire [1]. Recouverts par une membrane muqueuse, les ostéomes des fosses nasales sont composés de tissu osseux normal, tantôt dur, éburné, tantôt spongieux.

VIII

LYMPHADÉNOMES [2]

On donne le nom de lymphadénome [3] à toute tumeur composée de tissu adénoïde.

Les lymphadénomes se développent de préférence dans les organes qui sont, à l'état normal, essentiellement constitués par ce tissu, tels que les ganglions lymphatiques, les follicules clos, la rate, le chorion de certaines muqueuses, l'amygdale, etc. On les rencontre aussi dans les organes qui en sont accessoirement pourvus ou même qui en manquent, ainsi dans les os, la peau, le poumon, le foie, les muscles, les reins, le corps thyroïde, le testicule, l'ovaire, le pancréas, le cerveau, etc.

On a rangé à tort parmi les lymphadénomes les productions dites « hypertrophies simples » des ganglions : la plupart du temps, ces prétendues hypertrophies ne sont que des adénites entretenues par une cause permanente ou plus souvent encore des ganglions tuberculeux. On conçoit que pratiquement, même les pièces en main, même armé du microscope, on puisse hésiter à différencier un tissu ganglionnaire enflammé chroniquement d'un néoplasme véritable; mais, en principe, la séparation des deux productions est facile et ressort de notre définition des tumeurs.

Il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit d'établir d'une façon précise les rapports des tumeurs lymphatiques avec le sarcome.

La plupart des histologistes allemands, en effet, décrivent parmi les variétés du sarcome une forme qu'ils appellent sarcome lymphadénoïde (Rindfleisch), dans laquelle le tissu pathologique est formé d'un réticulum délicat, où sont emprisonnées des cellules rondes, différentes surtout des cellules lymphatiques par leur volume, qui peut atteindre 20 et 25 μ : cette variété de sarcome

(1) Voy. maladies de l'appareil olfactif.

(2) Audineau, *Du lymphosarcome*. Thèse, 1872. — Bergeron, Thèse d'agrég., 1872. — Cornil, *De l'adénie*. Revue crit. In *Arch. de méd.*, 1865. — Demange, *De la lymphadénie*. Thèse, 1874. — Gillot, *Du mycosis fongoïde*. Thèse, 1868. — Goglioso, *Du lymphosarcome vrai*. Thèse, 1874. — Grocler, *Du lymphadénome*. Thèse, 1873. — Hodgkin, *Med. chir. transact.*, 1832. — Jaccoud et Labadie-Lagrave, art. Leucocythémie. In *Nouv. Dict. de méd. et de chir.* — Langhans, *Arch. de Virch.*, t. LIV. — Legallais, *Lymph. du cou*. Thèse, 1873. — Potain, Thèse d'agrég., 1860. — Spillmann, *Revue sur l'adénie*, 1867. — Trélat, *Des lymphosarcomes*. Soc. de chir., 1872. — Trousseau, Adénie. In *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*. — Verneuil, *Gaz. hebdom.*, 1854. — Winiwarter, *Arch. für klin. Chir.*, 1875. — Wunderlich, *Arch. der Heilkunde*, 1866. — Zahn, *Arch. der Heilkunde*, 1874.

(3) Ou lymphome, maladie de Hodgkin, etc.

[QUÉNU.]