

Toutes les tumeurs qui se présentent sur la continuité des troncs ou rameaux nerveux périphériques sont des *pseudo-névromes*; dans la grande majorité des cas ce sont des fibromes intra-fasciculaires, ou à la fois intra et extra-fasciculaires qui ressortissent, ainsi qu'on l'a vu ci-dessus, à la maladie de Recklinghausen lorsqu'ils sont petits et multiples, aux fibromes molluscum (ou névromes plexiformes) lorsqu'ils sont volumineux; j'ai indiqué l'étroite parenté qu'il y a entre ces deux formes.

Il serait inexact d'appeler névromes les *lépromes des nerfs*, c'est-à-dire les renflements noueux ou fusiformes de la névrite lépreuse.

*Tubercules sous-cutanés douloureux.* — On a tenté, dans les milieux chirurgicaux surtout, de créer sous ce nom une entité morbide comprenant toutes les tumeurs hypodermiques très sensibles à la pression. Cette dénomination toute symptomatique n'est bonne qu'à masquer une absence de diagnostic. En réalité, des néoplasmes d'espèces très variées peuvent éventuellement être hyperesthésiques ou même devenir le siège d'élançements ou de douleurs intolérables, par suite probablement d'adhérences ou de rapports de voisinage avec des filets nerveux sensitifs qu'ils irritent. Il en est ainsi parfois des *fibromes*, *pseudo-névromes*, plus rarement de quelques *ostéomes*, *lipomes*, *angiomes* ou *cysticerques* de la laderie. Mais le type des tumeurs très douloureuses au toucher et pouvant spontanément être le siège de crises hyperalgésiques constituant un vrai supplice, est fourni par certains *myomes*.

#### Myomes, dermatomyomes, liomyomes cutanés.

Les myomes de la peau sont des tumeurs essentiellement constituées par des faisceaux de fibres musculaires lisses. On en connaît deux espèces : 1° les *myomes dartoïques*, du type décrit par Virchow et par Forster, se développent dans les régions de la peau munies d'une couche musculaire lisse, telles que l'aréole, le scrotum, la grande lèvre, sous forme de tumeurs solitaires, plus rarement multiples, du volume d'une amande à celui du poing. Ces tumeurs sont sessiles ou pédiculées, d'une dureté variable, contractiles par le froid et l'excitation électrique, plus ou moins vascularisées. On connaît aussi quelques exemples de *myomes migrants*, provenant de la prostate ou de la cloison recto-vaginale, qui se distinguent aisément par leur siège spécial et parce que, s'ils sont sous-cutanés, ils ont une racine profonde et une évolution très rapide. Ces deux variétés constituent des affections chirurgicales plutôt que dermatologiques.

2° Les *myomes simples* ou *dermato-liomyomes* ont fait l'objet d'une description magistrale de Besnier<sup>(1)</sup>, à laquelle les observations ultérieures d'Arnoz, de Jadassohn, de Jarisch, de Marschalko, etc., ont ajouté peu de traits.

(1) E. BESNIER, Les dermato-myomes. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1880, p. 25, et 1885, p. 521. — E. BESNIER, *Notes de la traduction du Traité de Kaposi*, 2<sup>e</sup> édit., II, p. 546. — MARSCHALKO, *Monatshefte, f. prakt. Derm.*, 1<sup>er</sup> oct. 1900, p. 515.

Il s'agit de tumeurs fort curieuses mais d'une extrême rareté, puisqu'on n'en connaît en tout qu'une douzaine de cas. Elles peuvent occuper n'importe quelle région des téguments et sont habituellement multiples. Leur évolution est lente et ce n'est qu'en plusieurs années qu'elles atteignent leur développement complet. Au début on ne constate que de petites taches lenticulaires ortiées, ou des petits boutons rosés ou rouges, indolents et indolores, à peine prurigineux; plus tard les tumeurs prennent des dimensions d'un pois ou au plus d'une noisette et persistent dès lors indéfiniment. Tantôt les éléments sont disséminés, tantôt agminés ou disposés en traînées; leur surface est lisse, leur couleur normale ou d'un rouge terne; jamais ils ne s'ulcèrent; on peut les extirper ou les détruire sans crainte de récurrence (Pl. XVII, Fig. 5).

Dans plusieurs cas on a signalé que ces myomes étaient remarquablement

sensibles à la pression, ou devenaient le siège d'accès douloureux névralgiformes très pénibles, se produisant plusieurs fois par jour, soit spontanément, soit sous l'action du froid ou d'une irritation extérieure, et s'étendant de proche en proche d'une tumeur ou d'un groupe à un autre. L'explication de ce phénomène doit évidemment être cherchée dans la contraction des éléments musculaires et dans leur rapport avec des ramuscles nerveux sensitifs.



FIG. 158. — Coupe d'un dermatomyome.

a, tissu conjonctif du derme avec son réseau élastique. — b, faisceaux de fibres musculaires lisses en coupe longitudinale. — c, faisceaux musculaires en coupe transversale. — d, cellules connectives.

La structure histologique des myomes a toujours été trouvée conforme à la description fournie par Balzer pour le premier cas de Besnier. Leur tissu, d'apparence charnue ou fibreuse, est composé d'amas et de faisceaux de fibres musculaires lisses dirigés en tous sens, entre-croisés ou en réseaux, en sorte que sur une même coupe ils se présentent sectionnés en long, en travers ou obliquement. Le siège principal de la néoplasie est dans le chorion, au-dessous du corps papillaire, mais peut s'étendre de l'épiderme à l'hypoderme. Les cellules contractiles sont reconnaissables à leur forme en fuseau, à leur noyau en bâtonnet, et à leur affinité pour certains réactifs colorants. Le stroma est tantôt, comme dans le cas personnel qui a fourni la figure ci-jointe (Fig. 158),

du tissu conjonctif dermique normal, avec ses cellules connectives, son réseau élastique et ses vaisseaux sanguins peu nombreux, tantôt, ainsi que l'a noté Jadassohn, parsemé de nids et amas de cellules rondes.

En dehors des myomes purs on a rencontré exceptionnellement du tissu musculaire lisse dans des nævi fibromateux (fibro-myomes de la peau), dans des adénomes et dans des lymphangio-fibromes.

Le point de départ de la prolifération néoplasique doit être cherché dans les éléments musculaires lisses qui existent normalement dans la peau; c'est dire qu'elle provient ou des muscles érecteurs des poils, ou des cellules musculaires des vaisseaux, ou encore à la fois des uns et des autres; il est probable que l'origine est variable suivant les cas, et même suivant les tumeurs chez un même malade.

L'étiologie et la pathogénie des liomyomes sont inconnues. L'âge des sujets atteints varie de un à soixante ans; il s'agit de femmes dans la presque totalité des cas. Besnier dans un cas a mentionné la coexistence de fibromyomes utérins. Cependant ce que l'on a avancé sur la nature infectante de certains myomes utérins ou intestinaux et sur leur parenté avec les sarcomes, n'est guère applicable aux dermato-myomes qui affectent des allures essentiellement bénignes et se comportent plutôt comme des néoplasies næviques.

#### Ostéomes et tumeurs calcaires.

Les tumeurs ossiformes ou calcaires que l'on peut rencontrer dans la peau et l'hypoderme sont loin de constituer une espèce; elles appartiennent au contraire à des groupes totalement différents.

Les plus simples sont les *concrétions calcaires sous-cutanées* ou *tumeurs pierreuses* étudiées par Poirier<sup>(1)</sup> qui s'observent principalement sur la face interne du tibia de sujets adultes ou âgés, sont du volume d'un grain de blé en moyenne et peuvent être fort nombreuses; on a noté leur coïncidence fréquente avec des lésions d'arthrite sèche. Il s'agit de lobules adipeux calcifiés, ainsi qu'en témoigne leur structure: une coque fibreuse, parfois entourée d'une sorte de bourse séreuse, renferme un stroma alvéolaire à faisceaux tous égaux, dont les cavités contiennent des cristaux de sels de chaux.

On a rapporté quelques exemples d'*ostéomes vrais* de la peau, le derme s'étant directement ossifié, sans tumeur ou modification préalable connue; les plaques osseuses de cette origine, de grandeur variable, sont formées de lamelles munies d'ostéoplastes; on peut y trouver une ou plusieurs cavités médullaires contenant des vaisseaux et des amas de cellules rondes ou des restes du tissu préexistant.

Le plus communément les productions calcaires de la peau dérivent de tumeurs et surtout de *fibromes*; ceux-ci sont dits *calcifiés* lorsqu'ils ont conservé leur structure et que leurs fibres et cellules sont infiltrées de sels

(1) P. POIRIER, *Bull. de la Soc. anat.*, 1887, p. 95, 115, 148 et 544.

terreux; *ossifiés* lorsqu'ils ont, partiellement au moins, subi la transformation osseuse véritable.

Il y a lieu de rappeler ici les pétrifications partielles ou totales dont peuvent être le siège les *loupes* et les *kystes dermoïdes*, ainsi que je l'ai noté plus haut. A l'article *ÉPITHÉLIOMES* j'ai mentionné la singulière dégénérescence qui donne lieu à l'*épithéliome calcifié*. Il ne faudra pas perdre de vue enfin qu'il existe une variété de *sarcome ossifiant*, qu'il n'est pas rare de rencontrer, par exemple, comme constituant l'*exostose sous-unguéale* des orteils.

Bien plus fréquents en clinique que les espèces précédentes, sont les *phlébolithes*, concrétions résultant de l'infiltration terreuse des parois d'une veine sous-cutanée variqueuse, et parfois de sa cavité oblitérée d'avance par un processus phlébitique. On a cité des calcifications étendues des veines et j'en ai personnellement observé et fait radiographier un cas, dans lequel la saphène interne formait un cordon pierreux sinueux et irrégulier du diamètre d'un gros crayon.

Toutes les productions calcaires que je viens d'énumérer ne sont que des formations accidentelles ou des dégénérescences éventuelles. Il n'en est pas de même de celles dont il me reste à parler, qui semblent faire partie d'une véritable maladie, de nature probablement infectieuse, récemment découverte et n'ayant encore figuré dans aucun traité; cette circonstance justifiera les quelques développements que je vais donner ici à sa description.

Sous le nom de *granulomes calcaires sous-cutanés* (pierres de la peau), on a publié dans ces trois dernières années une dizaine au plus d'observations du type suivant: chez des sujets jeunes, généralement des campagnards, à la suite parfois d'un traumatisme, on voit se développer une tuméfaction indolore, vaguement fluctuante, le plus souvent au niveau d'une bourse séreuse sous-cutanée. La base restant indurée, la peau s'amincit, la lésion ressemble à un abcès froid, et si on l'ouvre on donne issue à un contenu crémeux tenant en suspension des grains calcaires. Dans la règle de nouvelles tumeurs analogues se produisent à distance dans le tissu cellulaire, la généralisation s'effectuant lentement en quelques mois ou années. Certaines tumeurs, surtout anciennes et chez les sujets plus âgés, durcissent et forment de véritables pierres encastrées dans la peau; d'autres s'ouvrent par des pertuis multiples, à bords décollés, d'où sort un liquide épais, grumeleux, jaune ou brunâtre, contenant des graviers. La guérison par résorption ou évacuation spontanée est rare. L'extirpation chirurgicale complète s'impose. A son défaut la maladie persiste, s'accompagnant finalement de phénomènes généraux graves, tels qu'atrophies musculaires, raideurs articulaires, impotence, douleurs, fièvre, et conduit à la mort.

L'anatomie microscopique des lésions est vraiment caractéristique. Il s'agit de granulomes véritables, à cellules géantes, analogues aux tubercules mais n'ayant aucune tendance à la caséification; le nodule évolue, en effet, vers la calcification. Son centre est formé d'une boue calcaire, constituée par des corpuscules de carbonate et de phosphate de chaux; sa périphérie montre une

réaction cellulaire avec cellules géantes; un grand nombre de ces dernières renferment des grains calcaires qui peuvent aussi se trouver dans la lumière des capillaires.

La nature parasitaire de ces tumeurs calcaires est des plus probables de par leur structure histologique; le parasite reste à trouver. Les coccidies que Milian avait cru y reconnaître paraissent être de simples grains calcaires<sup>(1)</sup>; le bacille de Koch, et l'actinomyces sont hors de cause. Charrin<sup>(2)</sup> a montré le rôle important joué par un champignon *oospora* dans la production de certaines concrétions calcaires pathologiques primitives ou secondaires de l'organisme humain; peut-être faut-il chercher dans cette direction. La contagion du frère à la sœur a paru évidente dans une des observations.

On peut supposer que quelques-uns des faits publiés sous le nom de concrétions calcaires de la peau, sans détails circonstanciés, appartenaient à cette espèce nosologique nouvellement mise en lumière.

#### Lipomes.

Les lipomes sont des tumeurs formées par du tissu adipeux; les cellules adipeuses y sont souvent très grosses et réunies en lobules, volumineux eux-mêmes, par du tissu conjonctif, lequel est très riche en mastzellen d'après la remarque de Brault; un réseau capillaire très développé enserre les groupes de cellules et les lobules. Les lipomes purs n'ont pas d'autres éléments constituants.

Il existe deux variétés principales de lipomes. Les *lipomes circonscrits* forment des masses, de volume très variable, bien limitées, molles, siégeant dans l'hypoderme, mobiles sous la peau et sur les parties sous-jacentes, dont le toucher permet d'apprécier la lobulation caractéristique; après l'incision de la capsule conjonctive qui les enveloppe on les énuclée facilement. Les *lipomes diffus*, de consistance molle, pseudo-fluctuante, parfois œdémateux, moins nettement lobulés, non mobiles, n'ont pas de limitation nette, se continuent par leurs bords avec le tissu cellulo-graisseux du voisinage et envoient dans la profondeur, entre les muscles par exemple, des prolongements souvent difficiles à poursuivre.

Il y a lieu de distinguer plusieurs formes cliniques de lipomes et de lipomatose, entre lesquelles il y a pourtant des formes de passage parfois délicates à classer :

1° Les *lipomes circonscrits*, uniques ou peu nombreux, du volume d'une noisette à celui d'une tête d'adulte et au-dessus, intéressent les chirurgiens

<sup>(1)</sup> MORESTIN et MILIAN, Coccidiose de la plante du pied. *Soc. anat.*, juin 1899. — MILIAN, Hygromas calcifiés et granulomes calcaires sous-cutanés. *Presse méd.*, 29 déc. 1900. Ce dernier article contient l'exposé complet de la question. — Voir aussi les observations plus récentes de RIEHL, *Soc. méd. de Leipzig*, 19 nov. 1901, et *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 25 fév. 1902, p. 177; et de WILDBOLZ, *Correspondenzblatt für Schweiz. Aerzte*, 15 avril 1902.

<sup>(2)</sup> CHARRIN, *Académie des sciences*, 28 juillet 1902.

plus que les dermatologistes. Il y en a de congénitaux; plus souvent ils apparaissent dans l'adolescence ou à l'âge adulte; il n'est pas rare que des frottements ou traumatismes répétés semblent jouer un rôle dans leur développement (lipomes de la nuque chez les portefaix, lipomes des bandages herniaires).

2° Les *lipomes sous-cutanés multiples* constituent un tableau clinique bien spécial; des tumeurs plus ou moins molles et lobulées, du volume d'un pois à celui d'une mandarine, mobiles et bien circonscrites, s'observent chez certains sujets en nombre considérable. On en compte souvent plus de cinquante, parfois jusqu'à 2000 et au delà. Ils occupent avec une symétrie remarquable, sinon parfaite, tantôt avec prédilection le tronc, tantôt au contraire les membres<sup>(1)</sup>. Leur apparition se fait par poussées, en quelques années et n'est remarquée que par hasard. Exceptionnellement une des tumeurs peut devenir douloureuse. Il s'agit en un mot d'une maladie voisine des nævi, de la fibromatose, et des dermato-myomes.

3° L'*adéno-lipomatose symétrique* est une affection récemment étudiée, dont il existe environ 75 observations<sup>(2)</sup>, caractérisée par la production de lipomes diffus, parfois du volume du poing et au-dessus, pouvant confluer en énormes bourrelets. Ces masses grasses siègent en de véritables lieux d'élection qui sont en première ligne la région cervico-faciale, puis la nuque, les parties supérieures et internes des membres, où sont les paquets ganglionnaires, mais aussi dans les régions pectorale, épigastrique, pubienne, dorso-lombaire. L'adéno-lipomatose se rencontre presque exclusivement chez les hommes. On ignore sa nature et ses rapports avec le *pseudo-lipome sus-claviculaire* de Potain, qui est plus fréquent chez les femmes. Il semble cependant qu'elle soit liée à une altération primitive du système lymphatique ganglionnaire.

Enfin il n'est pas rare que la néoformation adipeuse soit associée avec une néoplasie fibreuse, muqueuse, angiomateuse, constituant des *fibro-lipomes*, des *myxo-lipomes*, des *angiomes lipomatodes* ou *lipogènes*, des *lymphangiomes lipomateux*.

#### Myxomes.

Le myxome est une tumeur formée de tissu muqueux, c'est-à-dire de cellules conjonctives allongées, ramifiées et anastomosées, plongées au sein d'une masse gélatineuse hyaline, parcourue parfois par quelques faisceaux conjonctifs et des fibres élastiques. Il est fort délicat de décider si, en dehors des

<sup>(1)</sup> Dans une observation inédite de mon interne et ami Froin on comptait, chez un homme de quarante-deux ans, une cinquantaine de lipomes, du volume d'un pois à celui d'une grosse amande, développés depuis l'âge de vingt-quatre ans, dont 25 environ sur le devant de la poitrine, une dizaine sur l'abdomen, une dizaine sur le dos, 5 ou 6 seulement sur les membres; aucun sur le cou et dans les régions ganglionnaires. Cet homme avait en outre de très nombreux nævi vasculaires punctiformes.

<sup>(2)</sup> LAUNOIS et BENSUADE, L'adéno-lipomatose symétrique à prédominance cervicale. *Soc. méd. des hôp.*, 1898, et *Presse méd.*, 1<sup>er</sup> juin 1898, p. 295.

tumeurs dans lesquelles le tissu muqueux figure accessoirement, *myxo-sarcomes*, *fibro-myxomes*, *myxo-chondromes*, etc., il existe à la peau des *myxomes purs*, comparables par exemple à ceux des fosses nasales (polypes muqueux).

Je suis porté à croire qu'il n'en est rien et que les néoplasies que l'on peut être tenté de prendre pour des myxomes ne sont autres que des hypertrophies œdémateuses localisées, résultant d'œdème chronique par lymphangite récidivante ou par obstruction ganglionnaire, c'est-à-dire des *éléphantiasis partiels*. En effet ces prétendus myxomes siègent avec une prédilection remarquable aux organes génitaux, à la vulve chez la femme, au prépuce et au scrotum chez l'homme, quelquefois aussi aux paupières, régions où précisément l'éléphantiasis peut communément se produire et se présenter sous l'aspect circonscrit qui le fait considérer comme une tumeur. Les circonstances étiologiques (lymphangites ou érysipèles répétés, engorgement chronique ou extirpation chirurgicale des ganglions), l'évolution paroxystique de la néoplasie, plaident en faveur de cette interprétation. La structure histologique des tissus néoformés dans l'éléphantiasis se rapproche beaucoup de la structure des myxomes (Voir tome I, fig. 19).

Je n'insiste pas, me contentant de renvoyer aux articles *Éléphantiasis* et *Esthiomène*.

#### Sarcomes lymphosarcomes.

L'un des articles du présent volume étant consacré aux sarcomes, je n'ai à toucher ici qu'à quelques points particuliers du sujet.

Bien que toutes les tumeurs sarcomateuses résultent d'une prolifération maligne des éléments conjonctifs, elles sont loin de présenter une uniformité parfaite de structure intime et d'allure clinique. On s'est attaché avec raison à distinguer dans le genre un certain nombre d'espèces, pour la constitution desquelles les deux méthodes d'investigation, l'observation clinique et l'analyse histologique, doivent nécessairement marcher d'accord; d'ailleurs, à considérer sainement les choses, l'histologie pathologique n'est autre que l'observation poursuivie, rendue plus pénétrante et plus perspicace par l'emploi de techniques spéciales.

Certaines formes de sarcomes ont assez de fixité dans leur mode de développement, d'évolution et de généralisation pour s'élever au rang de maladies; ce sont les *sarcomatoses*, qui sont excellemment décrites dans le chapitre auquel je fais allusion. C'est ainsi que le *sarcome pigmentaire multiple* de Kaposi, et le *sarcome généralisé hypodermique* de Perrin, semblent à l'heure actuelle, et sauf révision ultérieure, constituer des types morbides légitimes. Quant au *sarcome mélanique primitif de la peau*, j'ai dit ailleurs pour quelles raisons il y a lieu de le séparer du groupe et de le désigner par un autre nom, tel que celui de *nævo-carcinome* proposé par Unna.

Restent à envisager, à côté de ces sarcomes-maladies, les *sarcomes-tumeurs*, qui constituent un groupe assez confus de formes néoplasiques un peu

disparates, à évolution beaucoup moins fixe. La tumeur initiale reste unique pendant un certain temps, qui peut n'être que de peu de semaines et de mois, mais s'étendre parfois à plusieurs années; l'accroissement est irrégulier et se fait par poussées, favorisées par les traumatismes ou traitements inappropriés; l'extirpation chirurgicale peut donner un succès, plus souvent elle est suivie de récurrence à plus ou moins brève échéance; les ganglions restent indemnes mais la généralisation est toujours à craindre et se fait brusquement par éruption tumultueuse à la peau (Fig. 159), sournoisement dans les viscères, et conduit fatalement à la cachexie et à la mort. Si, dans ces formes, on ne retrouve pas le caractère d'une maladie générale d'emblée, leur malignité n'en est pas moins réelle et constante.

Il serait intéressant et il doit être possible de rattacher à chaque variété anatomique un tableau clinique, spécial par quelques traits, et un pronostic particulier. Malheureusement ce travail est rendu très délicat par le fait, qu'en matière de sarcomes, les cas typiques sont beaucoup plus rares que ceux à

caractères ambigus, que les formes de passage difficiles à classer, dénommées et groupées par les auteurs suivant leurs tendances personnelles; je ne pourrai donc qu'ébaucher à peine un essai de classification anatomo-clinique.

Parmi les variétés classiques, le *sarcome à petites cellules rondes* paraît être bien rare à la peau, où je ne l'ai jamais observé; on l'a probablement confondu avec le lymphadénome.

Le *sarcome à grosses cellules rondes* est lui aussi bien peu fréquent, surtout comme néoplasme autochtone. J'en ai présenté un beau cas, à point de départ parotidien, avec généralisation viscérale étendue, à la Société anatomique, en



FIG. 159.—Sarcome de la peau généralisé sous forme éruptive. (Musée de Saint-Louis, n° 589.) L'étiquette porte : tumeur maligne de la peau, fibrosarcome cutané primitif; il s'agit probablement de sarcome fasciculé. La tumeur représentée Pl. XVII, Fig. 4, a été moulée sur le même sujet.

janvier 1895; il offrait un certain polymorphisme des cellules le rapprochant du lymphosarcome.

J'ai vu une fois aussi un *sarcome à myélopaxes* de la peau, secondaire à une tumeur des os.

En revanche, le *sarcome fasciculé* ou à *cellules fusiformes* constitue un type net de tumeur cutanée qu'on est couramment exposé à rencontrer en pratique. Tantôt d'une dureté de fibrome, tantôt de consistance molle, son tissu est de couleur blanc jaunâtre ou gris rosé et translucide à la coupe; les cellules qui le composent sont allongées en fuseau, de volume variable mais uniforme dans une même tumeur, munies d'un noyau ovoïde, disposées parallèlement en faisceaux qui s'entre-croisent et s'entrelacent, qui sont plus ou moins denses, entremêlés parfois en quelques points d'un peu de stroma fibreux; les vaisseaux ont une paroi propre. La tumeur principale (Pl. XVII, Fig. 4) peut se développer en une région quelconque du corps, siège primitivement dans le derme ou plus souvent encore dans l'hypoderme, et prend peu à peu le volume d'un œuf ou d'une mandarine, parfois celui d'une tête de fœtus; la peau distendue est rosée ou rouge et parcourue à la périphérie par des vaisseaux dilatés; l'ulcération est exceptionnelle. Assez souvent on note sur toute l'élevure néoplasique une teinte générale ou des taches ardoisées dues aux hémorragies interstitielles si fréquentes dans les sarcomes. Les phénomènes douloureux sont très variables. Au sarcome fasciculé s'applique pleinement ce que je disais du mode d'accroissement, et du pronostic des sarcomes en général.

Relativement plus fréquent encore, constituant après l'épithéliome la forme la plus commune des tumeurs malignes primitives de la peau, est le *lymphosarcome*. On désigne sous ce nom une tumeur sarcomateuse, c'est-à-dire conjonctive maligne, dans laquelle les éléments cellulaires sont compris dans les mailles d'un tissu réticulé ou adénoïde analogue à celui des ganglions. La diversité de forme et de dimensions des éléments d'une part, celle de la constitution du réseau d'autre part, est si grande, et cela parfois dans une même tumeur, que le lymphosarcome est souvent difficile à reconnaître au premier coup d'œil; aussi est-il souvent confondu avec les sarcomes à cellules rondes ou avec le carcinome et a-t-il reçu de la part des auteurs des appellations nombreuses, en rapport avec l'idée qu'on se faisait de sa nature et de ses affinités. Les termes de carcinome réticulé, de sarcome alvéolaire sont pour nous synonymes de lymphosarcome.

Quant au nom de *lymphadénome* <sup>(1)</sup> je pense qu'il y a avantage à le réserver à une forme néoplasique dans laquelle le tissu adénoïde est très fin et délié, les cellules ont franchement et toutes la forme lymphoïde, sont même en

<sup>(1)</sup> P. DELBET (Néoplasmes. *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, I, 1895) a proposé d'appeler « lymphadénome » toute tumeur à réticulum et d'abandonner le mot de lymphosarcome qui ne prêterait qu'à confusion. Mais les deux termes sont nécessaires et, avec la plupart des anatomo-pathologistes, je les conserve pour distinguer deux choses qui diffèrent essentiellement, je crois, et non pas en apparence seulement.

réalité des lymphocytes à peine modifiés, dont en un mot la structure est absolument identique à celle des ganglions.

Le lymphadénome en raison de sa structure, est généralement plus mou, ses bords sont plus diffus, les tumeurs sont plus que dans toute autre forme susceptibles de disparaître spontanément, rapidement et totalement, par émigration des cellules selon toute vraisemblance. C'est la structure du lymphadénome que présentent les tumeurs du mycosis fongoïde. On sait que pour un bon nombre d'auteurs, en Allemagne surtout, cette maladie n'est qu'une forme de sarcomatose; mais, comme on l'a fait remarquer ailleurs <sup>(1)</sup>, si les cellules du mycosis sont des lymphocytes, d'origine sanguine, cela crée entre le lymphadénome et le sarcome une différence fondamentale. Une question qui resterait à résoudre est celle de savoir si en dehors du mycosis, maladie générale lymphadénique, en dehors même de sa forme néoplasique d'emblée décrite par Vidal et Brocq, il existe un lymphadénome primitif de la peau, se comportant comme un néoplasme malin susceptible de généralisation, et qui serait une vraie tumeur?

Pour en revenir au *lymphosarcome*, il importe de spécifier sa structure histologique, si variable, et d'autre part ses caractères cliniques.

Le stroma réticulé est caractéristique et nécessaire; tantôt il est formé de fines fibrilles anastomosées (Fig. 160), avec des cellules nucléées et étoilées aux points nodaux, avec des travées allant prendre leur point d'appui sur la paroi des capillaires, — il présente alors nettement l'aspect adénoïde; tantôt ses travées sont, partout ou par places, plus larges, composées de faisceaux conjonctifs bien reconnaissables, — et leur ensemble rappelle absolument le stroma du carcinome; tantôt enfin le réseau est incomplet, fragmentaire, formé là de fines fibrilles, ailleurs de vagues faisceaux conjonctifs ayant l'air d'être en voie de formation, — et l'aspect est celui d'un tissu de myxome ou de fibro-sarcome (Fig. 161).

Les cellules comprises dans ce réseau ne sont pas moins diverses. Quelquefois toutes pareilles, rondes ou polygonales, mais plus grosses que des lymphocytes, à noyau ovalaire ou bosselé, à protoplasma clair ou granuleux, elles sont semblables à celles du sarcome à grosses cellules rondes, ou analogues aux cellules épithéliales du carcinome (carcinome réticulé). Souvent elles sont polymorphes; à côté d'éléments lymphoïdes et de quelques leucocytes, on trouve des amas de grosses cellules rondes et, en outre, des cellules

<sup>(1)</sup> Voir l'article *Mycosis fongoïde*. T. II, p. 527.

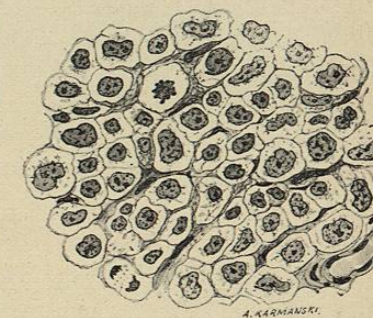


FIG. 160. — Lymphosarcome, variété à réseau grêle adénoïde et à cellules rondes (parmi les cellules représentées on en remarquera deux en état de karyokinèse). A droite, au bas de la figure, coupe oblique d'un vaisseau capillaire. (Cas de Du Castel.)