

Ces tumeurs ont en général une marche lente; on en voit un bon nombre qui augmentent durant toute la vie du malade.

ÉTILOGIE. — La cause de ces tumeurs est inconnue. On sait seulement que certaines tumeurs fibreuses sont égales dans les deux sexes, tandis que certaines autres sont bien plus fréquentes chez la femme. Ainsi les tumeurs sous-cutanées, douloureuses, sont bien plus communes dans le sexe féminin que dans l'autre. Sur 28 cas rassemblés par Paget, on trouve 23 femmes; mais pour les névromes, véritables tumeurs fibreuses des nerfs, c'est l'inverse qui a lieu. Paget, sur 26 cas de névromes, trouva 17 hommes, et Lebert, sur 17 faits de névromes multiples, a remarqué que 15 appartenaient au sexe masculin.

L'âge adulte est celui où l'on observe le plus souvent les tumeurs fibreuses. Cela est vrai en particulier pour les tumeurs fibreuses de l'utérus qui se flétrissent dans la vieillesse.

Le DIAGNOSTIC de ces productions ne peut pas s'établir sur des signes pathognomoniques. On les reconnaît, en général, à leur consistance très-dure, à leurs formes arrondies, à leur développement d'une lenteur extrême.

Le PRONOSTIC n'est grave qu'en raison de la localité malade; cependant on a prétendu que quelques tumeurs fibreuses avaient récidivé après l'opération, mais cette assertion est loin d'être établie sur des preuves solides.

On ne peut rien attendre de la médication générale pour amener la guérison de ces tumeurs, et il faut avoir recours dans ce cas à l'extirpation, soit par les caustiques, soit par le bistouri.

§ III. — Tumeurs hypertrophiques. — De l'hypertrophie glandulaire. — Adénome.

Nous ne pouvons présenter que de très-courtes remarques générales sur les tumeurs formées par la simple hypertrophie d'un tissu ou d'un organe; mais en assignant à ces productions une place dans le cadre des pseudoplasmes, il convient d'en montrer tout de suite les principaux caractères. Toutefois, à certains articles spéciaux, et en particulier à l'article HYPERTROPHIE DE LA MAMELLE, on trouvera de bien plus grands développements.

L'hypertrophie est l'augmentation des éléments anatomiques d'un tissu ou d'un organe jusqu'au point de dépasser les dimensions généralement assignées à l'état normal. Mais, avec une définition si peu précise, il est difficile de dire où cesse l'augmentation physiologique d'un organe et où commence la maladie, car nous n'avons pas encore de données bien exactes sur le poids et sur le volume des organes à l'état normal.

HISTORIQUE. — Les indications bibliographiques sur les hypertrophies en particulier sont très-nombreuses, mais ne doivent pas être mentionnées ici. Quant à l'histoire générale de l'hypertrophie, on la trouvera

dans les principaux traités d'anatomie pathologique déjà cités, et en particulier dans Paget (*Lectures on Tumours, Hypertrophy and Atrophy*, London, 1847).

DIVISION. — Les tumeurs formées par une hypertrophie peuvent se rapporter à plusieurs types dont Lebert a fait quatre groupes. Cette division renferme la plupart des tumeurs dues à l'hypertrophie, et nous l'adoptons.

1° Dans un premier groupe on doit placer les hypertrophies locales des tissus homologues, comme les tumeurs formées par l'épiderme, par l'augmentation locale d'un os, etc., etc.

2° Un second groupe renferme les tumeurs formées par l'hypertrophie des tissus composés. Là viennent se ranger les tumeurs dues à l'augmentation des papilles de la peau ou des membranes muqueuses. De ce nombre sont certains polypes muqueux.

3° C'est dans un troisième groupe qu'on trouve les hypertrophies qui atteignent tout un organe, comme l'utérus, etc.

4° Enfin le groupe le plus important et le plus nombreux parmi ces tumeurs hypertrophiques, est celui qui comprend toutes les hypertrophies glandulaires. Les remarques qui vont suivre s'appliqueront surtout à cette espèce de tumeurs hypertrophiques qu'on désigne par le nom d'*adénomes*; et, pour en comprendre tout de suite l'étendue et la valeur, il suffit de citer un très-grand nombre de tumeurs développées dans la thyroïde, les amygdales, la parotide, les ovaires, la mamelle, etc. Ces pseudoplasmes, qui ont souvent reçu des dénominations très-différentes selon les organes envahis, ont été la source d'erreurs nombreuses de diagnostic. En effet, les adénomes, arrivés à un certain point de leur développement, ressemblent par quelques-uns de leurs caractères aux productions cancéreuses, et c'est aux recherches modernes d'histologie que nous sommes redevables de la lumière jetée maintenant sur ce sujet naguère si obscur.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Lorsqu'un organe s'hypertrophie, il augmente de volume et de poids; sa forme change, et souvent avec elle la consistance. Le changement de forme des glandes, dans les hypertrophies glandulaires par exemple, tient au développement irrégulier de certains lobes de la glande. Quelques tumeurs hypertrophiques ont une consistance moindre que celle de l'organe normal, surtout lorsque leur tissu est infiltré d'une sérosité citrine, comme c'est le cas pour certaines tumeurs goitreuses. D'autres fois la consistance est plus grande, et cela se remarque surtout lorsque l'hypertrophie porte sur les éléments fibreux de l'organe.

Les tumeurs hypertrophiques sont rarement très-vasculaires; mais on trouve souvent autour d'elles un lacis veineux assez considérable. Les nerfs n'éprouvent point d'altérations manifestes dans ces pseudoplasmes.

Si l'on examine une coupe de ces tumeurs, on voit assez souvent une simple exagération de la disposition élémentaire normale. Ainsi, dans certaines tumeurs hypertrophiques de la mamelle, on reconnaît la disposition

lobulaire amplifiée (fig. 26). Cette amplification porte quelquefois sur certains éléments des glandes, à l'exclusion des autres. Ainsi, dans certaines hypertrophies glandulaires, on constate, une formation exagérée

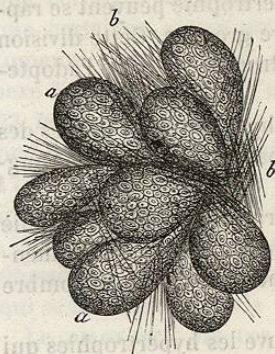


Fig. 26. — Éléments anatomiques d'un adénome. *a, a*, lobules glandulaires; *b, b*, éléments fibreux situés entre les lobules.

d'épithélium et de vésicules glandulaires, sans que les canaux excréteurs se développent dans la même proportion. D'autres fois ce sont les éléments fibreux qui prédominent, et c'est à cause de cela que certaines hypertrophies glandulaires ressemblent véritablement par leur consistance à des fibromes.

La coloration et l'apparence normales des parties sont quelquefois masquées par le développement exagéré des vaisseaux, ou par le dépôt d'éléments mélaniques, ou bien enfin par l'hypergénèse d'un seul des éléments anatomiques dans la tumeur. L'aspect et la couleur des éléments anatomiques peuvent de même être cachés par le dépôt de substance osseuse, fibro-albumineuse, grasseuse, qui subira sans doute une transformation ultérieure. Il convient donc de distinguer l'hypertrophie due à la simple augmentation des tissus physiologiques, de celle où l'on observe, au milieu des éléments normaux augmentés déjà de volume, une sorte de blastème organisable.

SYMPTOMATOLOGIE. — La fonction des organes hypertrophiés n'augmente pas en proportion de cette hypertrophie; quelquefois même elle diminue. Aussi ne tire-t-on aucun élément de diagnostic de l'étude des fonctions propres à l'organe hypertrophié. L'augmentation lente de volume et un ensemble de signes négatifs semblent mieux mettre le chirurgien sûr la voie de ces sortes de tumeurs.

Mais quand les tumeurs hypertrophiques, et nous parlons surtout ici des tumeurs glandulaires, ont acquis un volume considérable, elles exercent sur les organes voisins une compression douloureuse. Certaines tumeurs hypertrophiques de la mamelle, en tiraillant la peau qui les enveloppe, deviennent parfois d'une sensibilité excessive. Cette compression de voisinage peut amener aussi l'engourdissement, la paralysie, etc. Quelquefois une tumeur hypertrophique fait obstacle à l'exercice de certaines fonctions. Ainsi, chez les vieillards, les tumeurs hypertrophiques sont la source de fréquentes rétentions d'urine et d'autres accidents graves.

Les tumeurs hypertrophiques ont, en général, une marche lente; cependant on constate parfois dans leur développement des augmentations brusques, suivies d'un temps d'arrêt assez long. Ces pseudoplasmes conservent dans quelques cas leurs caractères depuis leur début jusqu'au moment où ils atteignent un grand volume; mais très-souvent il se produit dans les tumeurs des changements remarquables qui méritent de fixer toute l'attention du chirurgien. En effet, les modifications subies par

ces tumeurs ont trop souvent été interprétées dans le sens des productions cancéreuses ou autres tumeurs de mauvaise nature.

Quelques tumeurs hypertrophiques, arrivées à un certain degré de développement, s'infiltrent d'une sérosité citrine qui en modifie d'une façon notable les caractères physiques. Cette infiltration peut aller jusqu'à donner lieu à un ramollissement qui permet de comprendre la disparition, à la vérité rare, de quelques-unes de ces tumeurs. La sérosité, au lieu de s'infiltrer dans les mailles de la glande, peut se réunir sur certains points, et il est assez fréquent de voir, au sein de ces tumeurs, de véritables kystes d'un volume variable.

Les tumeurs hypertrophiques peuvent s'enflammer, suppurer, se gangrener; mais ce sont là des accidents peu communs, et qui se passent plus souvent à la surface que dans la profondeur de ces pseudoplasmes. Il en est de même des hémorrhagies; ce n'est que rarement qu'on voit se former au milieu de ces tumeurs des épanchements sanguins.

Mais dans tous les cas on n'observe pas la prétendue transformation cancéreuse des tumeurs hypertrophiques.

ÉTIOLOGIE. — La cause des hypertrophies échappe presque toujours au chirurgien. Si l'exagération de certaines fonctions est quelquefois la source d'une augmentation correspondante dans les organes, il faut avouer que le plus souvent on ignore l'origine de ces accroissements morbides des tissus. Parmi les exemples d'hypertrophie due à une exagération de fonction, il faut particulièrement citer l'hypertrophie de la vessie, qu'on observe après les efforts faits par cet organe pour vaincre les obstacles que l'urine rencontre dans le canal. Quand la prostate, trop volumineuse, empêche les urines de couler librement au dehors, la vessie se contracte avec énergie pour en pousser les dernières gouttes: de là l'hypertrophie vésicale. Golding Bird prétend qu'il existe aussi une hypertrophie vésicale chez un individu atteint depuis plusieurs années de phimosis. L'inflammation, les positions vicieuses, les chocs, semblent aussi être des causes d'hypertrophie, mais elles sont de peu de valeur. Cependant quelques individus, et en particulier les femmes, ont l'habitude de rattacher à un prétendu choc les diverses tumeurs dont ils souffrent; on ne doit que rarement accorder d'importance à cette hypothèse.

Il y a certaines hypertrophies qui semblent sous l'influence d'actions réflexes; de ce nombre sont les adénomes mammaires qui sont sous la dépendance de troubles utérins antérieurs. Chaque manifestation morbide du côté de l'utérus est suivie d'une augmentation dans le volume de l'adénome. Les tumeurs hypertrophiques sont enfin quelquefois liées à un état constitutionnel; c'est ici qu'il faut rappeler les hypertrophies ganglionnaires multiples qu'on voit dans quelques cas de syphilis. Les lésions lentes, irritatives, qui s'exercent au voisinage d'une glande, d'un ganglion, suffisent à amener dans ces parties une congestion sanguine suivie d'une hypertrophie. Quand le foyer d'irritation est cancéreux, on est en droit de supposer que l'augmentation de volume du ganglion cache

un dépôt d'éléments cancéreux; mais il n'en est pas toujours ainsi, et c'est là un fait d'une haute importance pour l'extirpation hâtive de ces tumeurs.

Le pronostic des tumeurs hypertrophiques n'est pas absolument grave, mais ces productions peuvent compromettre la vie en comprimant des organes indispensables à l'existence.

Les tumeurs hypertrophiques, à moins qu'elles ne soient d'origine syphilitique, ne guérissent guère par les remèdes pris à l'intérieur. La compression en diminue quelques-unes, mais c'est à l'extirpation qu'il faut avoir recours pour en débarrasser complètement le malade.

Ces indications générales trouveront un développement détaillé dans les articles consacrés aux hypertrophies en particulier.

§ IV. — Des tumeurs hétéradéniques. — Hétéradénome.

Nous devons consacrer quelques lignes aux singulières productions morbides que Robin a désignées sous le nom de *tumeurs hétéradéniques* (ἑτεροσ, autre, et ἀδέν, glande), et qui, bien que développées assez souvent dans des régions dépourvues de glandes, n'offrent pas moins la structure des parenchymes glandulaires. Comme nous n'avons pas eu souvent l'occasion d'étudier ces tumeurs, nous emprunterons ce que nous allons en dire aux travaux suivants :

CH. ROBIN et LABOULBÈNE, *Mémoire sur trois productions morbides non décrites* (*Mémoires de la Société de biologie*, 1^{re} série, t. V, p. 185). — P. LORAIN et CH. ROBIN, *Mémoire sur deux nouvelles observations de tumeurs hétéradéniques et sur la nature du tissu qui les compose* (*Mémoires de la Société de biologie*, 2^e série, t. I, p. 208). — MARCÉ et CH. ROBIN, *Note sur un nouveau cas de tumeur hétéradénique* (*Mémoires de la Société de biologie*, 2^e série, t. I, p. 222). — CH. ROBIN, *Mémoire sur la production accidentelle d'un tissu ayant la structure glandulaire, dans les parties du corps dépourvues de glandes* (*Mémoires de la société de biologie*, 2^e série, t. II, p. 72). — LITTRÉ et CH. ROBIN, *Dictionnaire de médecine de Nysten*, 11^e édit., art. HÉTÉRADÉNIQUE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le tissu hétéradénique se montre sous l'aspect de masses arrondies, lobulées, quelquefois aplaties. Les lobes sont divisés en lobules par du tissu cellulaire, au milieu duquel on distingue des vaisseaux sanguins. Si l'on examine à l'œil nu une coupe de ces tumeurs, on y constate, le plus souvent, l'aspect général et la consistance du tissu des glandes dépourvues de conduits excréteurs; mais, par des recherches plus minutieuses, on arrive à trouver dans ce tissu la structure des glandes en grappe. Une analyse micrographique récente a même permis de distinguer plusieurs variétés de ce tissu, dont nous empruntons la description sommaire à Robin: « Dans la première variété de

tumeurs hétéradéniques, les filaments offrent manifestement à l'une de leurs extrémités des subdivisions en cæcums, disposées comme celles dont l'ensemble constitue les acini des glandes en grappe, et entourées d'une mince couche de tissu cellulaire. Chacun des filaments terminé par des subdivisions en cæcums se compose : 1^o d'une gangue homogène, finement granuleuse, transparente comme celles des culs-de-sacs des glandes acineuses; 2^o d'une couche épithéliale formée, en général, par une ou deux rangées d'épithéliums offrant en quelques points l'état de noyaux libres, et ailleurs celui de cellules pavimenteuses. En général, ces tubes, déprimés et aplatis, ne renferment qu'une petite quantité de liquide incolore ou des leucocytes granuleux.

« Dans la deuxième variété, les filaments tubuleux, en général d'une longueur considérable, sont repliés sur eux-mêmes d'une manière élégante, mais difficile à décrire. D'espace en espace, ils offrent : 1^o soit des prolongements cylindriques de même volume ou plus étroits qu'eux-mêmes, brusquement terminés en cæcums arrondis; 2^o soit des espèces de renflements ou grains pédiculés, pyriformes, adhérents par leur petite extrémité. Les filaments et leurs appendices offrent la même structure intime que dans la première variété, c'est-à-dire une mince paroi propre ou gaine, et un épithélium, soit nucléaire, soit pavimenteux. Seulement cet épithélium, au lieu de former simplement une couche à la face interne de la gaine et de ses subdivisions, la remplit complètement et constitue alors des cylindres pleins. Enfin, dans ces filaments tubuleux ou leurs appendices pyriformes et autres, se trouvent des corps transparents, élastiques, de nature azotée, sphériques ou ovoïdes, isolés ou soudés ensemble par un point de leur surface, tantôt complètement homogènes, tantôt pourvus d'un contenu granuleux avec ou sans noyau central, ce qui les a fait appeler *corps oviformes*.

« La troisième variété du tissu hétéradénique offre une structure plus simple que les précédentes et une plus grande friabilité. Celle-ci est due à l'absence complète ou presque complète de tissu lamineux avec des vaisseaux peu abondants, si ce n'est dans le tissu lamineux de la surface. Les filaments se composent de cylindres pleins composés d'épithélium nucléaire presque partout, prismatique ou pavimenteux par places, à noyaux sans nucléoles plus gros et plus granuleux que dans les cas signalés précédemment. Ces éléments sont réunis en filaments pleins, cylindriques, assez courts, larges, ramifiés d'espace en espace ou à leurs extrémités. Ce n'est plus une paroi propre ou gaine qui les maintient, mais une matière amorphe, granuleuse, existant entre eux et les dépassant dans une petite épaisseur à la surface des cylindres. Dans quelques-uns de ces cylindres se trouvent des concrétions particulières de nature azotée. »

ÉTIOLOGIE. — Nous ne savons rien sur l'origine de ces tumeurs, et le nombre assez restreint d'ailleurs de faits qui s'y rapportent ne peut guère nous éclairer sur les principales conditions de leur formation.

Les tumeurs hétéradéniques sont assez rares; ainsi Robin n'en a trouvé

que 8 cas en trois ans sur 550 tumeurs qu'il a eu à examiner. Elles paraissent se manifester de préférence à la tête, quoiqu'on ne puisse pas leur assigner ici un siège de prédilection. On les a vues deux fois dans les sinus maxillaire et ethmoïdal des fosses nasales, une fois dans la région parotidienne, une fois dans l'épaisseur du masséter et dans le tissu cellulaire et la peau qui le recouvre, une fois dans l'orbite avec prolongation dans le crâne. Dans un cas que nous avons observé, la tumeur s'était développée au cou, entre les deux lobes écartés, mais restés sains, de la glande thyroïde.

SYMPTOMATOLOGIE. — Nous connaissons encore trop peu l'histoire des tumeurs hétéradéniques pour en tracer sûrement la symptomatologie. Ces productions ressemblent par leurs caractères aux tumeurs glandulaires hypertrophiques, mais elles en diffèrent par leur évolution, dont les conséquences sont souvent funestes et se rapprochent de celles du cancer. En effet, le tissu hétéradénique, en se substituant à des tissus normaux, muscles, os, finit par envahir ou comprimer des organes importants à la vie, comme le prouve la lecture des faits rapportés par Robin dans son dernier mémoire.

Le pronostic de ces tumeurs est assez grave, car, enlevées sur un point, elles peuvent se reproduire sur un autre, et leur traitement est le même que celui des tumeurs cancéreuses accessibles au chirurgien.

§ V. — Des tumeurs graisseuses. — Lipome.

La graisse, à l'état morbide, se dépose de plusieurs façons au sein de nos tissus. Tantôt elle infiltre les éléments anatomiques des organes, et finit par se substituer à eux; tantôt elle s'accumule sous la forme de masses limitées et souvent isolées des parties voisines. La première manifestation, l'infiltration graisseuse, se voit de préférence dans le tissu musculaire, et nous en étudierons bien tous les caractères quand nous parlerons des altérations des muscles. Nous n'aborderons ici que l'étude des tumeurs graisseuses auxquelles on réserve le nom de *lipomes*.

On appelle ainsi (de *λίπα*, graisse) une tumeur formée par le développement anomal et limité du tissu graisseux. Cette tumeur, aujourd'hui bien déterminée anatomiquement, ne saurait être confondue avec les kystes dermoïdes ou d'autres productions auxquelles les chirurgiens des derniers siècles avaient attaché les noms de *loupes*, de *mélicéris*, d'*athérome*, de *stéatome*. La science moderne a fait bonne justice de ces mots bizarres, et ramené toutes ces tumeurs aux divisions anatomiques que nous avons admises plus haut.

HISTORIQUE. — Il n'existe pas de monographie complète des lipomes; mais on trouve dans les recueils périodiques un grand nombre d'observations importantes pour faire l'histoire de ces tumeurs. Nous en avons

mentionné quelques-unes dans le présent article, et nous nous bornerons à indiquer les travaux suivants :

PAUTRIER. *Essai sur les lipomes*, thèse de Paris, 1834. — HEYFELDER, *De lipomate et de steatomate imprimis microscopii ope indagatis nonnulla*. Stuttgart, 1842. — PHILIPPEAUX, *Application de la méthode sous-cutanée au traitement du lipome, par le professeur Bonnet, de Lyon* (*Bulletin de thérapeutique*, 1848, t. XXXV, p. 61). — HÉBERT, *De l'inflammation du lipome*, thèse de Paris, 1849. — VERNEUIL, *Note sur la structure intime du lipome, suivie de quelques remarques sur l'hypertrophie en général* (*Bulletin de la Société de biologie*, 2^e série, 1854, t. I, p. 11).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lipomes siègent de préférence dans certaines régions du corps plus abondamment pourvues que les autres de tissu adipeux. Ainsi le tronc, surtout à sa partie postérieure, le cou, les épaules et les fesses, sont les régions où l'on observe le plus souvent ces tumeurs graisseuses. On les voit plus rarement dans les segments des membres qui s'éloignent du tronc, et ils sont très-rarement aux mains et aux pieds. Cependant nous avons vu un lipome (1) qui était situé sur les faces antérieure, externe et postérieure du doigt médius. Il offrait cela de remarquable que, par son adhérence à la gaine des tendons fléchisseurs, il n'eût pu être enlevé sans ouvrir cette gaine. Pelletan en a vu un à la face interne du pouce, et Robert à la face palmaire de la main. Ce sont là des cas exceptionnels comme le fait de Liston, qui parle d'un lipome du nez, celui de Delpech, où le lipome existait dans l'épaisseur des grandes lèvres, et un cas de Pelletan où la tumeur s'était développée dans l'épaisseur de la cloison rectovaginale. Très-rarement encore on a vu des tumeurs graisseuses prendre naissance au sein des os; cependant Nélaton en a rapporté un exemple. Il s'agissait d'un lipome développé dans l'os maxillaire supérieur. Nous pouvons rapprocher de ce fait un autre que nous avons observé avec Jobert (de Lamballe). Cet habile chirurgien excisa par deux sections obliques réunies à angle un coin de l'os maxillaire inférieur formant tumeur chez un jeune homme de quinze ans. L'examen anatomique de la pièce nous fit voir qu'il s'agissait là d'un véritable lipome dans l'épaisseur de l'os. Des lipomes développés dans les cavités splanchniques, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, ont été observés par Lebert, Broca, Moynier (2). Enfin, pour terminer ce qui a trait au siège des lipomes, n'oublions pas de faire remarquer que si, parmi les lipomes de la superficie du corps, la plupart sont situés dans le tissu cellulaire sous-cutané, un certain nombre d'autres siègent au-dessous des muscles. On en a vu qui étaient recouverts par des muscles épais comme le trapèze et le deltoïde. Dans un cas de lipome cervical enlevé par Liston, l'opération devint très-grave par le prolongement de quelques lobes de la tumeur vers les régions profondes du cou, du côté de la trachée et de l'œsophage. Le chirurgien doit être prévenu de ces dispositions insolites et dangereuses.

(1) *Bulletin de la Société de biologie*, 1853.

(2) *Ibid.*, p. 139.