

cas où la tumeur ne sera pas trop étendue, s'il n'existe pas d'engorgements ganglionnaires multiples, enfin si le malade n'est pas dans un état avancé de cachexie. Cette recommandation est banale, sans doute, mais on la comprendra en songeant aux inutiles mutilations, trop souvent pratiquées par certains chirurgiens.

Après la guérison, il reste encore à donner au malade un conseil important, c'est d'éviter tout contact irritant sur la cicatrice de la plaie d'extirpation.

§ II. — Tumeurs fibro-plastiques. — Plasmome.

On désigne, sous le nom de *tumeurs fibro-plastiques*, des productions morbides formées par des éléments qu'on prétend être analogues à ceux qu'on rencontre en grande abondance dans les tissus de l'embryon, et plus tard au milieu de quelques organes ou dans la substance des cicatrices. Mais tandis que dans ces dernières conditions les éléments fibro-plastiques n'ont aucune action nuisible sur l'économie, ils forment, en se réunissant, des tumeurs dont la structure ne ressemble à celle d'aucun tissu normal de l'homme adulte, qui n'ont aucune tendance à guérir spontanément, qui récidivent très-souvent lorsqu'on les enlève, et qui peuvent infecter le malade en se multipliant dans ses organes.

Les tumeurs que nous nommons aujourd'hui *fibro-plastiques*, *plasmomes*, ont été comprises par Abernethy dans la catégorie des pseudoplasmes qu'il proposait d'appeler *sarcomes* (de *σάρξ*, chair). Mais ce mot de *sarcome* a été appliqué aussi à beaucoup d'autres tumeurs charnues, qui ne sont pas celles que nous désignons aujourd'hui par l'expression de *fibro-plastiques* : telles sont, par exemple, certaines hypertrophies glandulaires.

Une certaine confusion a encore été apportée dans la classification de ces pseudoplasmes par certains noms qui ont seulement servi à désigner des variétés de ces tumeurs. Ainsi l'abondance d'une matière amorphe, muqueuse, au milieu des éléments fibro-plastiques, donne à quelques tumeurs un aspect gélatineux, qu'on a cru devoir désigner par les expressions de *colloïde*, de *myxome* (de *μύξα*, mucus). Mais on a trop tenu compte ici des éléments accessoires, et il eût été préférable, tout en conservant l'expression générique de *plasmome*, de spécifier seulement l'espèce de tumeur par les mots *colloïde*, *myxoïde*. On aurait ainsi évité toute confusion, et les mots *plasmome colloïde*, par exemple, auraient servi à désigner des tumeurs dans lesquelles, à côté des éléments fibro-plastiques, on trouve en grande abondance une matière gélatineuse amorphe.

Lebert, qui a fait des productions fibro-plastiques une étude très-profondie, en distingue trois variétés : 1° le tissu fibro-plastique d'ori-

gine inflammatoire ; 2° l'hypertrophie fibro-plastique ; 3° les formations fibro-plastiques autogènes. Cette division peut être bonne dans un traité d'anatomie pathologique, mais elle ne convient pas à un traité de pathologie, et nous étudierons seulement ici les tumeurs formées par une accumulation accidentelle de tissu fibro-plastique.

HISTORIQUE. — On a publié sur l'histoire des tumeurs fibro-plastiques un certain nombre de travaux recommandables où le lecteur trouvera à puiser beaucoup d'indications utiles, mais il reste encore à faire un grand travail sur l'ensemble de ces tumeurs. — Nous citerons seulement :

LEBERT, *Traité d'anatomie pathologique générale, etc.*, t. I, p. 77. — PAGET, *Lectures on Tumours*. — WOILLET, *Observation de fibroplastie généralisée simulant un cancer du poumon, suivie de réflexions sur ce genre de maladies* (*Archives de médecine*, août 1852). — VERNEUIL, *Quelques propositions sur les fibromes, ou tumeurs formées par les éléments du tissu cellulaire* (*Mémoires de la Société de biologie*, 2^e série, t. II, p. 183). — FOLLIN, *Du cancer, du cancroïde épithélial et du tissu fibro-plastique au point de vue de la clinique et de la micrographie pathologique* (*Archives de médecine*, décembre 1854). — BIRKETT, *Contributions to the practical Surgery of new Growths or Tumours*, 2^e série, *Fibro-plastic* (*Guy's Hospital Reports*, 3^e série, vol. IV, p. 234). — HUGO SENFTLEBEN, *Ueber Fibroïde und Sarcome in chirurgisch-pathologischer Beziehung* (*Archiv für klinische Chirurgie herausgegeben von Langenbeck*, 1860, 1 vol., p. 81).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Ces pseudoplasmes se rencontrent dans différentes parties du corps. On les voit assez souvent se développer sur des cicatrices, et on les désigne alors sous le nom de *kéloïdes*. On les trouve aussi dans le tissu cellulaire sous-cutané superficiel ou profond des membres et dans celui de la région cervico-faciale ; à la cuisse, ils prennent quelquefois naissance dans l'épaisseur de l'aponévrose *fascia lata*. Les tumeurs fibro-plastiques des os sont assez communes ; dans les tendons et dans leurs gaines, ce tissu accidentel se produit rarement, mais on l'y a rencontré, tandis que le cancer ne s'y manifeste jamais. Enfin, c'est ce pseudoplasme qui forme les tumeurs qu'on connaît sous le nom de *fungus de la dure-mère*.

Ces tumeurs empruntent une physionomie particulière à la région qu'elles occupent ; aussi devons-nous nous borner ici à quelques indications générales, en prenant surtout pour types les plasmomes qui se développent dans le tissu cellulaire.

Les tumeurs fibro-plastiques ont une forme arrondie. Elles sont lisses, lobulées, rarement diffuses, et se moulent sur les parties dures au voisinage desquelles elles se développent. Leur volume peut varier de la grosseur d'un pois à celle d'une tête d'adulte. Leur résistance est, en général, élastique, mais quelquefois elles sont assez molles pour paraître fluctuantes, et cela tient, comme nous le dirons plus loin, à quelques différences dans leur composition histologique. Dans les tumeurs fibro-plastiques des os, la dureté est parfois excessive, et cela peut survenir après un certain degré de mollesse. On explique ces changements par la production

d'aiguilles osseuses au sein d'un tissu formé primitivement de parties molles. Les plasmomes sont, en général, assez mobiles, différents en cela du cancer qui est très-souvent fixe et adhérent aux parties au milieu desquelles il se développe. On constate parfois un certain degré de translucidité dans les plasmomes.

Une couche lamellaire de tissu fibreux entoure ces pseudoplasmes, et très-souvent dans cette enveloppe on distingue un lacis vasculaire assez développé.

Quand on vient à examiner directement le tissu des tumeurs fibro-plastiques, on ne lui reconnaît pas toujours le même aspect. Tantôt c'est un tissu dur, grisâtre, lardacé, assez difficile à lacérer, dont la coupe est lisse et brillante, avec peu de vaisseaux et une assez faible quantité de liquide transparent interposé; tantôt, au contraire, c'est un tissu mou, d'un blanc jaunâtre, facile à déchirer, dont la coupe est granuleuse et dont la couleur varie du jaune pâle au rouge, suivant le degré de développement vasculaire. Si la première variété de ce tissu a une certaine analogie avec le tissu fibreux, on ne saurait trouver la même ressemblance avec la seconde variété, qui rappelle plutôt la substance des polypes muqueux des fossés nasales. Une plus grande quantité de fibrilles dans l'un et d'éléments cellulaires dans l'autre établit la seule différence histologique.

A côté de ces deux variétés principales des tumeurs fibro-plastiques, on doit en placer une autre, dans laquelle l'aspect général du tissu est celui d'une matière gélatineuse amorphe, colloïde.

Quelle que soit la nature du tissu fibro-plastique, on n'en fait sortir par la pression qu'un liquide transparent, clair, d'un jaune pâle, et l'on éprouve un certain degré de résistance quand on veut comprimer entre deux lames de verre quelques parcelles de ce tissu. En effet, ces parcelles glissent, mais ne s'écrasent pas entre les lames, comme cela a lieu pour le cancer. On voit déjà là des signes particuliers qui ne permettent pas de confondre le tissu fibro-plastique avec le tissu cancéreux. En effet, cette dernière espèce de tumeurs laisse sortir par la pression un fluide opaque, lactescent, miscible à l'eau.

Les études micrographiques ont servi à classer anatomiquement ces tumeurs en y révélant la présence d'éléments particuliers qu'on ne rencontre ni dans le cancer, ni dans l'épithéliome, ni dans le tubercule. Nous allons signaler ici les résultats confirmés aujourd'hui par de très-nombreuses observations micrographiques, sans entrer dans une polémique qui est sans importance sur l'origine de ces éléments et sur leur degré d'homœomorphisme avec les tissus de l'embryon. Ce sont là des questions oiseuses, lorsque personne ne peut nier que le tissu fibro-plastique n'a point son analogue dans les tissus du corps humain. Si l'on s'arrêtait trop longtemps à ces discussions, on ferait de cette métaphysique qui ne s'est pas encore relevée du coup que lui a porté la définition de Voltaire.

Les éléments que l'on rencontre dans les tumeurs fibro-plastiques sont de différentes sortes. On y découvre :

1° Des cellules ovoïdes ou arrondies *a* (fig. 38), mais assez souvent terminées en pointe à leurs deux extrémités. Ces cellules sont, en général, assez petites et mesurent de $\frac{1}{100}$ à $\frac{1}{60}$ de millimètre. Leur paroi cellulaire est pâle, homogène, peu granuleuse; elles renferment un ou deux noyaux. Quelquefois on découvre de grandes cellules mères, sortes de plaques à noyaux multiples, et qui renferment un très-grand nombre de ces corpuscules. 2° Des noyaux *b*, qui ont de $\frac{1}{200}$ à $\frac{1}{140}$ de longueur, ronds d'abord, plus tard ovoïdes. Ces noyaux peuvent s'allonger très-considérablement, au point d'atteindre $\frac{1}{10}$ de millimètre de longueur. Ils renferment un ou deux nucléoles punctiformes.

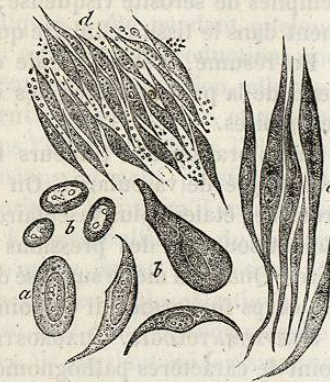


FIG. 38. — Éléments des tumeurs fibro-plastiques. — *a* et *b*, cellules et noyaux; *c* et *d*, corps fusiformes.

3° Des corps fusiformes *c, d*, qui sont représentés par des corpuscules renflés en fuseaux allongés et terminés par un prolongement effilé quelquefois divisé. Ces corps fusiformes renferment à leur centre un nucléole punctiforme. Leur largeur est de $\frac{1}{100}$ de millimètre; leur longueur peut atteindre de $\frac{1}{40}$ à $\frac{1}{10}$ de millimètre. Ces corps fusiformes, rapprochés les uns des autres avec leurs appendices longs et grêles, servent parfois à constituer seuls le tissu morbide que nous étudions.

4° Des globes concentriques fibro-plastiques. Ces corps volumineux, et si faciles à reconnaître, sont constitués par des noyaux ou des cellules entourés de fuseaux qui se disposent souvent en ordre concentrique.

5° Enfin, entre ces différents corpuscules on découvre, soit une substance amorphe gélatineuse particulière, soit quelques fibres fines.

La constitution microscopique de ces tumeurs rend un peu compte de leur consistance variable. Quand les cellules et les noyaux abondent dans une tumeur, la consistance est moindre; le tissu morbide se laisse assez facilement déchirer sous la forme d'une masse grenue, tandis que dans les tumeurs formées par des corps fusiformes la consistance est notablement accrue, et la coupe de la production morbide a une consistance et un aspect fibreux.

L'abondance de la matière amorphe donne une physionomie spéciale à ces tissus dont la coupe ressemble alors à de la gélatine. C'est dans les organes glanduleux, dans le testicule, dans la mamelle, dans la glande thyroïde, qu'on observe surtout cette espèce de *plasmome colloïde*.

Cette forme de tumeurs devient quelquefois plus complexe en se combinant avec des éléments du cartilage et du tissu graisseux. J'ai trouvé des corpuscules de cartilage dans une tumeur fibro-plastique de la parotide;

et Virchow, qui a surtout observé la forme lipomateuse du tissu fibro-plastique, la désigne sous le nom de *myxomâ lipomatodes*.

Quelquefois les éléments fibro-plastiques sont dissociés par des lacunes remplies de sérosité visqueuse; mais dans d'autres cas ces kystes se forment dans le tissu cellulaire qui entoure la tumeur.

En résumé, la structure de ces tumeurs est assez variable, et cela dépend de la prédominance des éléments fibro-plastiques ou des éléments accessoires.

La coloration des tumeurs fibro-plastiques change beaucoup, suivant leur degré de vascularité. On a cru que certains plasmomes sous-aponévrotiques étaient plus vasculaires que ceux des autres régions, parce qu'ils étaient soumis à des pressions répétées pendant les contractions musculaires. Quant au mode supposé du développement des vaisseaux par l'union des corps fusiformes, il est loin d'être démontré.

SYMPTOMATOLOGIE. DIAGNOSTIC. — Les tumeurs fibro-plastiques n'ont point de caractères pathognomoniques, si elles se développent dans d'autres parties du corps que la peau. Là on les distingue à quelques-uns des caractères que nous avons indiqués plus haut; mais dans les tissus sous-cutanés il est plus difficile de les reconnaître. On soupçonne leur existence quand on trouve dans le tissu cellulaire sous-cutané, sur ou sous les aponévroses, ou dans quelques glandes, des tumeurs composées de masses généralement arrondies, globuleuses, d'une consistance élastique assez ferme, sans changement de couleur à la peau, à laquelle elles ne tiennent pas primitivement comme la plupart des épithéliomes.

Ces tumeurs naissent et se développent le plus souvent sans amener de douleurs spontanées et propres à elles; les troubles nerveux et fonctionnels qu'elles produisent tiennent ordinairement à une gêne locale. Leur augmentation de volume se fait avec lenteur, surtout dans les premiers temps; mais, arrivées à un certain point de leur accroissement ou dans l'état de récidive, elles augmentent quelquefois avec rapidité. Cette augmentation peut être due soit à une simple multiplication des éléments morbides, soit à une hémorrhagie intérieure. Lorsqu'une tumeur fibro-plastique est en voie de développement, une cause irritante quelconque, une violence extérieure, par exemple, suffit à hâter son accroissement. Dans des cas exceptionnels, les plasmomes s'enflamment et peuvent se gangrener.

Quelquefois, mais assez rarement, il se forme, au sein des tumeurs fibro-plastiques, des kystes qui augmentent le volume des parties et contribuent à leur donner la consistance de tumeurs fluctuantes.

Les tumeurs fibro-plastiques sont sujettes à récidive, mais ces récidives se multiplient parfois beaucoup sans que la santé générale s'altère. Ainsi, dans un cas cité par Birkett, la maladie dura neuf ans, et pendant ce temps la malade fut soumise à plus de dix-sept opérations. Dans un autre cas, la maladie dura huit ans, et le patient subit sept opérations.

Les ganglions sont lents à s'infecter dans les plasmomes, et l'on voit

assez souvent des tumeurs très-volumineuses sans le moindre engorgement ganglionnaire. Mais ce mode de propagation du mal est incontestable, et arrive à une période indéterminée du développement de ce pseudoplasme.

La généralisation des tumeurs fibro-plastiques a été pendant quelque temps un sujet de controverse. Lebert, qui a fait de ces productions une étude approfondie, a d'abord soutenu que, par leur composition, elles appartiennent aux produits morbides qui restent toujours locaux, et qu'elles n'ont aucune tendance à se généraliser dans l'économie. Mais l'observation clinique n'a point confirmé ces prévisions, et nous possédons aujourd'hui un grand nombre de cas qui autorisent à dire qu'il existe une *fibroplastie généralisée* qu'on peut comparer à la généralisation du cancer. Ce fait n'a rien qui nous étonne, car nous n'avons jamais admis sans réserve ni le prétendu homœomorphisme des éléments fibro-plastiques, ni l'impossibilité de la généralisation d'un tissu tout à fait homœomorphe. Mais si nous avons conservé quelques doutes, ils auraient été levés par un fait que nous avons observé dans le service de Velpeau et suivi dans le service de Roux, fait qui a fourni à Woillez le sujet d'un travail inséré dans les *Archives*. (août 1852). Nous ne pouvons mieux établir cette fibroplastie généralisée qu'en reproduisant les principaux détails de ce cas, qui donnera une bonne idée des autres.

Un homme qui avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de vingt-huit ans, s'aperçut alors d'une petite tumeur développée à la partie moyenne, postérieure et externe de la cuisse gauche. Cette masse, du volume d'un haricot, acquit sans douleur, dans l'espace de dix-huit mois, le volume des deux poings. C'était une de ces tumeurs fibro-plastiques qui prennent assez souvent naissance dans l'épaisseur de l'aponévrose *fascia lata*.

Ce malade fut opéré une première fois en août 1848 par Malgaigne; mais bientôt après l'opération, la tumeur récidiva dans la cicatrice. De nouvelles récidives amenèrent successivement de nouvelles opérations par Blandin et Velpeau, et à la fin de 1850 ce malade fut amputé de la cuisse par Roux. La tumeur, qui occupait la partie postérieure externe et inférieure de la cuisse, s'accompagnait de douleurs lancinantes.

Cet homme eut après l'amputation six mois de bonne santé; puis il commença à être gêné par une dyspnée légère, habituelle, avec un peu de toux sèche et quelques douleurs de haut en bas de la poitrine. Cette dyspnée augmenta peu à peu, et ne tarda pas à s'accompagner d'anorexie, d'une notable déperdition des forces, de fièvre et d'une décoloration de la peau; en même temps le moignon, à sa partie externe et postérieure, était notablement induré. L'examen direct de la poitrine fit constater une matité complète et l'absence de bruit respiratoire dans tout le côté gauche, tandis qu'à droite on trouvait de la sonorité et du bruit respiratoire.

L'augmentation de la dyspnée et la présence d'un épanchement dans la poitrine firent pratiquer la thoracocentèse; mais le malade ne tarda pas

à succomber au milieu d'une dyspnée croissante. L'autopsie démontra de la façon la plus certaine la généralisation du tissu fibro-plastique.

On trouvait d'abord une masse fibreuse adhérente au sternum et aux cartilages costaux du côté gauche, à la moitié gauche du corps des vertèbres dorsales et à la partie voisine de la gouttière vertébro-costale.

Il existait des tumeurs fibro-plastiques dans les plèvres, dans les poumons, au-dessous du péritoine, qui était soulevé par une série de tumeurs convexes se succédant de la symphyse iliaque gauche aux piliers du diaphragme. On ne trouva rien ni dans les reins, ni dans la rate, ni dans le foie.

Les détails de ce fait remarquable se reproduisent dans d'autres cas de généralisation des tumeurs fibro-plastiques. Après des récives multiples, il survient un trouble profond de la santé générale marqué par de la dyspnée, de la dépression des forces, une petite toux sèche, des douleurs thoraciques et quelquefois de l'épanchement pleural. Les malades succombent surtout à une infection fibro-plastique des poumons, et il semble que ces organes forment une barrière qui s'oppose à une infection ultérieure. Ce mode de généralisation des tumeurs fibro-plastiques ressemble beaucoup à la généralisation des enchondromes.

Les tumeurs fibro-plastiques ont donc, à un degré moindre, les principaux caractères des affections cancéreuses; elles augmentent de volume et peuvent s'ulcérer; elles infectent les ganglions, récidivent sur place ou à distance, et enfin peuvent, comme les autres pseudoplasmes infectants, se généraliser dans l'économie. Mais malgré cela on ne saurait confondre les tumeurs fibro-plastiques avec le cancer. Elles ont dans la lenteur de leur développement, dans leur bénignité temporaire et primitive, dans la rareté relative de leur généralisation, dans l'intégrité habituelle et concomitante de la santé générale, enfin dans leur mode de généralisation, quelques caractères qui ne permettent pas de les confondre avec le véritable cancer.

ÉTILOGIE. — On voit ces tumeurs à tous les âges de la vie, et sans pouvoir, dans la plupart des cas, leur assigner une origine certaine. Quelquefois elles paraissent venir après des contusions ou des pressions répétées, et ces tumeurs fibro-plastiques d'origine traumatique sont plus bénignes que les pseudoplasmes qui naissent spontanément. On a remarqué que les contusions répétées, lentes, prédisposaient plus que les chocs brusques au développement des plasmomes.

PRONOSTIC. — Le pronostic de ces tumeurs est grave, mais assurément moindre que celui du cancer; car il est possible de rassembler un assez grand nombre de cas de guérison, ce qui ne se fait pas aussi facilement pour les tumeurs cancéreuses.

TRAITEMENT. — Il n'y a point de traitement médical à opposer à ces tumeurs; le bistouri, la ligature et les caustiques peuvent seuls en débarrasser le malade. S'il s'agit de très-petites tumeurs, le choix des moyens est indifférent, car on pourra détruire immédiatement toute la tumeur par le

caustique; mais si l'on a affaire à une tumeur profonde, volumineuse, voisine des os, d'une délimitation assez difficile, il ne faut pas hésiter à employer le bistouri. L'extirpation doit se faire largement; là est encore une des conditions essentielles du succès.

§ III. — Des tumeurs cancéreuses. — Du carcinome.

Avant l'ère nouvelle que les travaux de Laennec ont ouverte à l'anatomie pathologique, il était impossible de donner du cancer une définition satisfaisante; aussi Boyer, qui reflète en cela les doctrines de l'Académie royale de chirurgie, traduit dans cette question une incertitude manifeste. C'est ainsi qu'après avoir distingué le cancer du *squirrhe*, il définit ce dernier comme on pourrait le faire pour toutes les tumeurs en général, et plus loin, dans le chapitre du *Cancer* (1), il s'empresse d'avouer qu'il est impossible de donner de cette maladie une définition exacte et précise qui convienne à toutes les variétés et à toutes ses variétés. En effet, la physionomie clinique des maladies cancéreuses est essentiellement mobile, et quelques-uns de ses traits peuvent manquer dans beaucoup de cas, ou appartenir à des affections non cancéreuses.

Laennec procéda autrement. Après avoir constaté l'incertitude qui régnait dans la science à l'égard de la détermination des tumeurs nommées squirrhe, carcinome, stéatome, etc., il jugea que le seul moyen de dissiper cette obscurité était d'étudier les caractères propres des substances qui forment les tumeurs désignées d'une façon aussi vague. Cette étude analytique le conduisit à établir une distinction qui est encore aujourd'hui dans la science, celle des tissus qui ont ou qui n'ont pas leurs analogues dans l'économie. Parmi ces derniers, on plaça le tissu squirrheux et l'encéphaloïde, et la définition du cancer devint du ressort de l'anatomie pathologique. Ainsi, dans un remarquable article sur ce sujet, Bérard, s'inspirant des idées de Laennec, caractérise le cancer « par le développement et l'évolution de deux tissus accidentels sans analogues dans l'économie, le tissu encéphaloïde et le tissu squirrheux; » et il ajoute: « Il suffit de donner les caractères de ces tissus et d'indiquer les phénomènes de leur ulcération, de leur extension, en un mot, de leur évolution, pour établir la définition du cancer. »

Les caractères anatomiques furent donc seuls invoqués alors dans la définition du cancer, et l'on pourrait ajouter qu'ils en formèrent toute l'histoire. Aussi les auteurs du *Compendium de chirurgie* rapportent que, dans des leçons cliniques à l'hôpital de la Pitié, Béclard, après avoir indiqué avec soin ces caractères anatomiques, désappointa fort son auditoire en lui annonçant qu'après de mûres réflexions, il désespérait de tracer une histoire symptomatologique du cancer. Entrés sérieusement dans cette voie, les anatomo-pathologistes ne s'y arrêtaient pas, et l'application

(1) *Traité des maladies chirurgicales*, t. II, p. 360.