

TISSUS DE FORMATION PATHOLOGIQUE (1).

PATHOLOGIE GÉNÉRALE ET TRAITEMENT.

L'étude exclusive des tissus de formation pathologique, affectant les organes internes ou externes, a conduit à des vues trop étroites sur ce sujet. La tendance chirurgicale à ne les considérer que comme des tumeurs et seulement au point de vue de la question pratique de leur ablation, est devenue un obstacle à la vraie doctrine pathologique, à savoir : que si différents que soient le mode et le lieu de leur production, elles restent toujours essentiellement les mêmes. Sans doute, elles se montrent très fréquemment à l'extérieur. La raison en est simple : elles y sont bien plus libres dans leur développement, et ne rencontrent aucun obstacle à leur expansion. Mais ce n'est point là un motif d'en abandonner particulièrement l'étude aux chirurgiens. Cette étude est du domaine de la pathologie, base absolue de toutes les branches de l'art médical.

La ligne qui sépare la santé de la maladie, est loin d'être toujours facile à déterminer, là où certains tissus ou organes ont pris un développement disproportionné au reste du corps. L'exercice, au moins dans certaines limites, peut favoriser l'accroissement de certaines parties, comme les jambes chez les danseurs, les bras chez les forgerons. Dans ces cas néanmoins, cet accroissement n'est nullement en opposition avec la santé. De même, lorsque l'utérus se développe et que ses parois s'épaississent pendant la grossesse, nous reconnaissons que cet organe doit absolument se départir de son type normal, pour remplir sa fonction et quand elle est accomplie, il revient à sa condition première. De la même façon, d'autres organes creux augmentent de volume, quand leur action doit surmonter une obstruction quelconque. Ainsi la vessie urinaire s'épaissit considérablement, par suite d'un rétrécissement de l'urèthre, et le ventricule gauche s'hypertrophie à la suite des affections des valvules aortiques. Cependant, dans ces cas-ci l'accroissement organique, tout en étant l'accomplissement d'un sage dessein de la nature, accomplissement nécessaire même à la continuation de la vie, doit être considéré comme la preuve d'une maladie permanente. Un coup sur la poitrine, sur la peau ou sur un os, peut devenir le point de départ, sur cette partie, d'un accroissement lent qui produise des tumeurs capables, par suite de leurs dimensions ou de la pression qu'elles exercent sur les nerfs du voisinage, d'amener des désordres plus ou moins sérieux. Il n'est donc aucun tissu, aucun organe de l'économie qui ne puisse devenir le siège d'un développe-

(1) A défaut d'une traduction littérale de l'expression anglaise *Morbid Growths of Texture*, il a fallu recourir à une phrase interprétative : tissus de formation pathologique. Le traducteur a considéré comme une obligation pour lui de respecter, en tous points, la manière de voir, et de se conformer à la simplicité du langage scientifique de son auteur. Voilà pourquoi il a évité certaines expressions nouvelles, dont M. Bennett n'a pas cru devoir faire usage dans son texte.

ment plus ou moins marqué, et il n'en est point non plus, qui ne soit susceptible, à l'occasion, de prendre un accroissement morbide ou excessif.

L'augmentation de volume des tissus peut revêtir différentes formes. L'organe ou le tissu peut s'accroître graduellement, soit dans sa totalité, soit seulement dans une de ses parties, tout en conservant sa structure primitive, sa conformation et sa fonction. C'est là ce qu'on appelle une *hypertrophie*. Les membranes en s'épaississant outre mesure, présentent plus ou moins d'*induration*. Par suite de celle-ci, les mouvements de la partie sont parfois affectés; ou bien encore, le calibre des tubes et des conduits se trouve diminué et il y a *rétrécissement*. Le résultat de la cicatrisation peut être de produire des tissus nouveaux, entièrement semblables à ceux qui existent dans d'autres parties du corps. C'est ce qui arrive pour les *cicatrices*, le *cal des os*, etc. Si ces productions continuent à se développer, elles prennent la forme de *tumeurs*. Enfin, certaines transformations que nous avons vues s'accomplir au sein de l'exsudat, mènent à un accroissement de texture et donnent lieu à la production de tissus pathologiques, entièrement étrangers à la structure normale.

L'étude de l'histologie, avait fait naître l'espoir que les recherches sur la structure et le mode de développement des tissus pathologiques, mènerait à la découverte d'éléments distinctifs et partant d'une nouvelle base de classification. Cependant, des recherches approfondies m'avaient convaincu, il y a bien longtemps déjà, que cet espoir serait déçu et dans un ouvrage publié en 1849 (1), après avoir indiqué quels étaient les éléments ultimes de tous les tissus pathologiques, je faisais remarquer qu'il n'en est pas un seul, capable de caractériser une de ces formations organiques.

Les éléments anatomiques dont se composent les tissus d'origine morbide, peuvent se réduire à six : 1° Des molécules et des granules; 2° des noyaux; 3° des cellules; 4° des fibres; 5° des tubes (surtout vasculaires); et 6° des cristaux ou des masses irrégulières de matière minérale. Il est clair qu'aucune combinaison de ces éléments, ne pourrait servir à caractériser une tumeur qui serait, par exemple, fibro-moléculaire, fibro-nucléaire, fibro-cellulaire, fibro-vasculaire, etc., par la raison bien simple que les tumeurs les plus dissemblables dans leurs caractères extérieurs et dans leur nature, peuvent être formées des mêmes éléments. Ainsi, les tumeurs cystiques, glandulaires, cartilagineuses et cancéreuses, sont toutes fibro-cellulaires. Ce n'est donc point parce qu'il nous révèle un ou plusieurs de ces éléments, mais bien parce qu'il nous permet d'en reconnaître le *mode d'arrangement*, que le microscope s'est conquis une importance si grande, dans la pathologie et dans le diagnostic. Il est inutile d'en attendre davantage de l'étude de la composition chimique des tumeurs, puisque la plupart d'entre elles comprennent des éléments albumineux graisseux, pigmentaires et minéraux, confondus ensemble, bien qu'en des proportions diverses.

(1) *On Cancerous and Canceroid Growths*. Edinburgh, 1849.

La meilleure classification sera donc celle qui se fondera sur la connaissance des tissus complexes des productions pathologiques elles-mêmes, en s'aidant pour établir les variétés, de comparaisons avec des objets bien connus, depuis longtemps adoptés dans la science, comme les termes des dites comparaisons. La classification suivante me paraît pouvoir embrasser toutes les grandes divisions reconnues parmi les tissus de formation pathologique :

I.	Productions fibreuses	Fibrome ou inome.
II.	» graisseuses	Lipome.
III.	» cystoïdes	Cystome.
IV.	» glandulaires	Adénome.
V.	» épithéliales	Epilhéliome.
VI.	» vasculaires	Angionome.
VII.	» cartilagineuses	Enchondrome.
VIII.	» osseuses	Ostéome.
IX.	» cancéreuses	Carcinome.

Toutes ces divisions peuvent se subdiviser, en se fondant sur la présence de substances particulières ou d'après certaines ressemblances d'où elles prennent leurs noms. Ainsi, les variétés composant les genres que nous venons de citer, ont été longtemps déterminées par le plus ou le moins d'analogie de leur aspect avec certaines substances bien connues, telles que l'eau, le lard, la chair, le cerveau, etc., etc. On a ainsi appelé des tumeurs

1.	Semblables à de l'eau	Hygroma.
2.	» à du pigment noir	Melanome.
3.	» à du pigment vert	Chlorome.
4.	» à du sang	Hématome.
5.	» à de la colle	Collome ou gliome.
6.	» à du lard	Stéatome.
7.	» à du gruau	Athérome.
8.	» à du miel	Mélicérome.
9.	» à de la cholestérine.	Cholestéatome.
10.	» à de la chair	Sarcome.
11.	» à des nerfs	Névrome.
12.	» au cerveau	Encéphalome.
13.	» à de la moëlle	Myelome.
14.	» à du marbre	Scirrhome ou Squirrhe.

On pourrait de cette façon, multiplier les variétés et donner des noms scientifiques à des formes rares de tumeurs. Ainsi Henle a décrit le *Syphonoma* ou production tubulaire (1); Billroth, le *Cylindroma* (2); Robin, l'*Hétéradénome* (3), etc., etc.

D'autres variétés ont encore été imaginées pour exprimer la combi-

(1) *Zeit für Ration. Med.* 3 Bd. 1 Heft.

(2) *Ueber die Entwicklung der Blutgefäße.* Berlin, 1856.

(3) *Traité d'Anatomic pathologique*, par Lebert, p. 339 et suiv.

naison de plusieurs de ces éléments. Ainsi il y a des tumeurs *Fibro-cystiques*, *Fibro-cartilagineuses*, des *Fibro-sarcomes*, des *Osteo-sarcomes*, etc. Ce genre de nomenclature peut se développer à volonté, et l'on pourrait se servir avec avantages, des termes de *Fibro-épithélial*, *Angio-cystique*, *Adéno-cystique*, *Osteo-fibreux*, etc. D'autres fois, lorsque des tumeurs ont une certaine ressemblance avec d'autres ou participent largement de leurs caractères de structure et de composition, sans toutefois que leur nature soit absolument la même, on emploie les expressions de *Fibroïde*, *Cystoïde*, *Adénoïde*, *Chondroïde*, *Ostéoïde*, *Colloïde*, *Hématoïde*, *Fongoïde*, *Encéphaloïde*, *Myéloïde*, *Cancroïde*, etc.

Tous ces termes et dénominations, fondés sur des faits anatomiques, et judicieusement employés, sont très utiles pour désigner la structure et même la nature des productions morbides. Quant aux autres distinctions établies sur certaines propriétés vitales présumées, il y a beaucoup d'objections à leur faire. Quelle idée par exemple, peut-on attacher aux qualifications de tumeur bénigne ou de tumeur maligne? Les tumeurs fibreuses ont été généralement considérées comme bénignes, cependant, on leur a quelquefois justement appliqué les qualifications de récurrentes et de malignes. Au reste, nous le verrons plus tard, presque toutes les espèces de tumeurs peuvent être bénignes dans certains cas et malignes dans d'autres. Les distinctions que l'on a voulu établir sur de semblables considérations théoriques, ne sont donc point seulement fausses, mais elles ont souvent, comme nous le démontrerons plus tard, porté le plus grand préjudice à la pratique. J'ai vu des tumeurs bénignes abandonnées parce qu'on les croyait de nature maligne; cependant elles étaient bien innocentes. Par contre, j'en ai rencontré d'autres auxquelles on n'avait voulu rien faire tout au début, alors qu'une opération pouvait avoir quelque chance. Elles disparaîtraient d'elles-mêmes, pensait-on; trop tard hélas! il fallait reconnaître leur malignité. Nous nous arrêterons spécialement, à cette question après avoir décrit brièvement, les neuf catégories de productions morbides offrant une texture que nous avons reconnues.

Productions fibreuses pathologiques. — Fibrome ou Inome.

Les productions fibreuses sont, de toutes les formations pathologiques de l'organisme, les plus communes et les plus générales. Il en faut distinguer de deux sortes. Dans les unes il y a simple accroissement par division ou ampliation du tissu fibreux préexistant; Dans les autres il y a formation de nouvelles fibres, au sein d'un exsudat.

I. Comme exemple du premier genre, nous prendrons ce qui se passe pour les muscles volontaires et involontaires, dans la simple hypertrophie. Dans les muscles volontaires, les faisceaux primitifs et les fibrilles s'élargissent et se multiplient par fission. On y observe encore des faisceaux primitifs dont les dimensions varient considérablement, mais sans offrir de cellules comme celles que l'on voit dans la formation embryonnaire des

muscles. La même chose se passe dans l'hypertrophie des muscles involontaires. Mais ici, outre l'augmentation notable de volume des cellules individuelles, on en distingue d'autres plus petites en voie de développement. Tout cela s'observe facilement dans l'utérus, durant la gestation; mais dans l'hypertrophie de la fibre moléculaire organique de l'estomac et d'autres viscères creux, on n'arrive point à découvrir les grandes cellules fusiformes allongées.

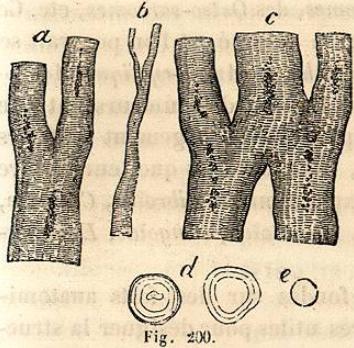


Fig. 200.

II. Les productions fibreuses du second genre, se présentent sous diverses



Fig. 201.

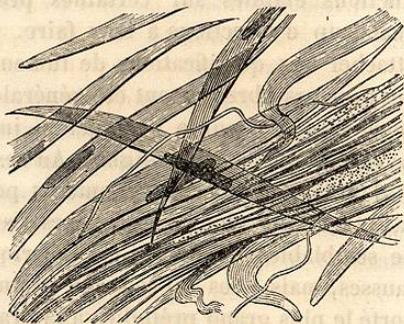


Fig. 202.

formes. Nous avons vu précédemment, la coagulation du plasma sanguin



Fig. 203.

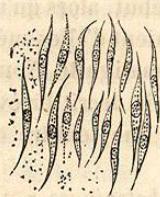


Fig. 204.



Fig. 205.



Fig. 206.

se faire souvent, sous la forme de filaments (fig. 176), ceux-ci devien-

Fig. 200. Eléments anatomiques dans l'hypertrophie du cœur. *a*, Faisceau musculaire primitif se divisant par dichotomie; *b*, un faisceau mince qui se divise; *c*, faisceaux qui s'anastomosent; *d*, corps colloïdes (amyloïdes) concentriques; *e*, corps colloïde lisse (Wedl).

Fig. 201. Structure fibreuse de l'utérus.

Fig. 202. La même, hypertrophiée par suite de l'accroissement considérable de ses cellules fusiformes.

Fig. 203. Cellules-fibres et fibres-cellules, provenant d'une production fibro-cellulaire des parois de l'estomac.

Fig. 204. Cellules fusiformes d'une tumeur sarcomateuse du sein (voir aussi fig. 213).

Fig. 205. Structure fibro-nucléaire d'un sarcome médullaire de l'humérus.

Fig. 206. Stroma fibreux d'une tumeur, après l'action de l'acide acétique. 250 diam.

nent de plus en plus denses et il en résulte des *fibres moléculaires*. Parfois lorsque l'exsudat se coagule, il présente une tendance à se disposer en fibrilles et à se fendiller, ce qui est probablement dû à la formation de noyaux s'allongeant de plus en plus et devenant des *fibres nucléaires*. D'autres fois, il se forme des cellules qui s'allongent, deviennent fusiformes, se fendillent et donnent ainsi naissance à des fibres, de la manière dont Schwann l'a décrit, pour les [tissus sains. L'on a alors des *fibres-cellules*. Ces trois modes de formation peuvent donner naissance à toutes les espèces et à toutes les formes d'éléments fibreux, depuis le tissu aréolaire le plus fin et le plus délicat jusqu'à celui qui ressemble par sa consistance, au tissu ligamenteux et au fibro-cartilage. A ne considérer que la question de structure, il y a donc des tissus fibreux *fibro-moléculaires*, *fibro-nucléaires* et *fibro-cellulaires*.

1. L'une des formes les plus fréquentes du tissu fibreux pathologique, c'est le *tissu de cicatrice*. Son développement se fait généralement de la même manière, quels que soient les tissus ou les organes entrepris: l'exsudat se transforme partie en filaments et partie en pus. Les premiers, en connexion avec les tissus et les capillaires situés plus profondément, sont recouverts et protégés par le pus. L'examen d'une granulation fongueuse de la surface d'une plaie, y fait découvrir des cellules rondes, ovales, en raquette et fusiformes, laissant voir tous les degrés de leur transformation en fibres. A mesure que ces cellules se multiplient et se rapprochent, la production du pus diminue. Enfin, le tissu de nouvelle formation, atteint le niveau du tissu sain, se contracte en produisant plus ou moins de plissement tout autour de lui et se densifie comme du tissu ligamenteux. (Voir fig. 188).

2. Une autre forme de production fibreuse pathologique s'établit à la

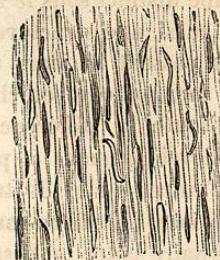


Fig. 207.

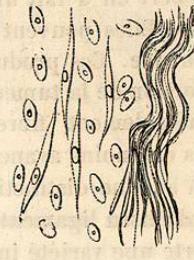


Fig. 208.



Fig. 209.

suite de la section sous-cutanée des tendons, et dans les parois de quelques viscères creux. Dans ce cas, l'exsudat une fois déversé se dispose en fibrilles, il se forme ensuite des noyaux ovales ou fusiformes, répandus irrégulièrement dans toute la masse et l'ensemble gagne un degré de résistance

Fig. 207. Fibres entremêlées de noyaux provenant d'une induration de l'estomac.

Fig. 208. Tissu fibreux avec des noyaux libres et des cellules fusiformes, provenant d'une plaque blanche sur le péritoine.

Fig. 209. Le même, après addition d'acide acétique.

250 diam.

remarquable. Nous avons vu les parois de l'estomac, acquérir deux et même trois centimètres d'épaisseur, par suite de cette cause et indépendamment de toute affection cancéreuse (fig. 207).

3. Une troisième forme de production fibreuse, résulte d'exsudations chroniques à la surface des séreuses. Les taches blanches qui se voient si fréquemment, mais tout particulièrement sur le péricarde, sur les plèvres et le péritoine, tiennent à cette cause (fig. 208). Parfois ces séreuses sont reliées par des bandes de tissu fibreux condensé ou bien encore, étroitement soudées et hypertrophiées. Elles forment une masse dense, blanche, ligamenteuse, ayant même au-delà d'un centimètre et demi d'épaisseur, comme on le voit fréquemment dans les plèvres recouvrant des poumons depuis longtemps envahis par des tubercules.

4. Il est une quatrième forme de production fibreuse, produite par le développement du tissu aréolaire de la peau ou d'autres organes, et qui est aussi le résultat d'une exsudation. Ainsi l'on observe un épaississement particulier avec induration de la peau due à cette cause, chez l'adulte et dans la peau sclérosée de certains fœtus. Cet état de choses détermine une compression plus ou moins forte sur certaines parties, compression pouvant aller même jusqu'à l'atrophie; c'est ainsi qu'on voit des muscles se convertir en une substance ligamenteuse. La cirrhose du foie, du poumon, du rein, tient à une cause de cette nature.

5. Une cinquième forme de tissu fibreux pathologique se présente à l'état de *tumeur*. Il faut y ranger une quantité de productions connues jusqu'ici sous les dénominations de sarcome, et de névrome ainsi que les tumeurs généralement appelées fibreuses. Toutes présentent une structure fibreuse plus ou moins prononcée, même les formes plus molles et plus vasculaires dont la substance n'est pas encore entièrement passée à l'état de fibres parfaites. Pour ce motif, Lebert en a fait un groupe distinct sous le nom de tumeurs fibro-plastiques. Elles peuvent avoir aussi une structure fibro-nucléaire ou fibro-cellulaire. Ces productions passent toujours à l'état fibreux. Parfois, une portion de la tumeur est sarcomateuse ou charnue, et une autre est véritablement fibreuse. Toute la différence consiste dans le degré plus ou moins avancé du développement et partant, il n'y a lieu d'établir là aucune distinction. D'autres sortes de tumeurs fibreuses ressemblent à du tissu ligamenteux coriace, à du fibro-cartilage, formant en quelques sorte une variété intermédiaire entre le tissu aréolaire et le tissu élastique. Les tumeurs fibreuses peuvent donc se diviser en : 1° Sarcomateuses; 2° Dermoides et 3° Névromateuses.

Tumeurs sarcomateuses ou tumeurs fibreuses molles. — Elles sont sphériques ou plus ou moins lobulées (sarcome pancréatique d'Abernethy). Les premières ont la consistance du tissu musculaire ou d'un cartilage très mou, et possèdent généralement une enveloppe distincte. A la coupe, elles présentent une surface unie ou finement granulaire. Leur coloration varie du blanc-jaunâtre au rose tendre ou au rouge foncé, et dépend de leur vascularité plus ou moins grande. Parfois on distingue plusieurs nuances de

coloration sur une même coupe, la portion externe étant plus riche en vaisseaux que la portion interne; ou bien encore c'est une sorte de bigarrure, où le jaune alterne avec le rouge. D'autres fois, la section est parsemée de taches ecchymotiques de dimensions variables, produites par l'extravasation du sang hors des capillaires. Par suite de leur vascularité, ces tumeurs, donnent facilement naissance à des exsudats, suppurent et se détruisent.

La plupart de ces tumeurs s'accroissent lentement; leur volume seul les rend incommodes, à moins que la pression qu'elles exercent sur les nerfs et les tissus du voisinage ne produise d'autres inconvénients plus sérieux, et entre autres l'absorption ou l'ulcération de ces parties.

Il n'est pas rare que ces tumeurs soient plus ou moins molles et lobulées; aussi les a-t-on prises souvent pour des encéphalomes. Les lobules varient considérablement de volume, ils ont un aspect papilliforme rappelant celui du chou-fleur. D'autres fois, ils ressemblent à ceux du pancréas, d'où la dénomination que leur a donnée Abernethy. Certains de ces lobules sont entourés par une couche plus ou moins dense de tissu aréolaire. Leur coloration dépend de la vascularité, mais ils sont pour la plupart grisâtres, jaunâtres ou rosés.

Ces tumeurs se rencontrent en beaucoup d'endroits du corps, et notamment sous la peau qui est richement garnie de tissus cellulaires et fibreux. Il n'est pas rare de les observer dans la glande mammaire, où leur diagnostic différentiel d'avec les tumeurs squirrheuses, constitue un des points les plus délicats de la pratique chirurgicale. Elles se rencontrent aussi dans les os, où elles prennent le nom d'*ostéo-sarcomes*. Remarquons toute-

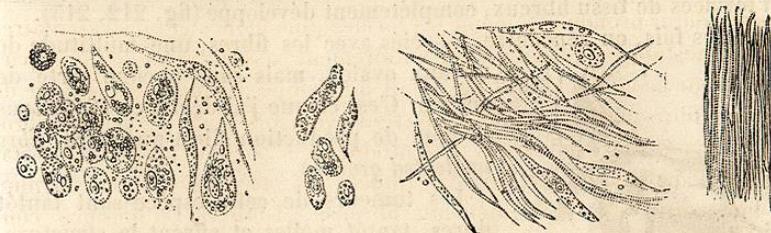


Fig. 210.

Fig. 211.

Fig. 212.

Fig. 213.

fois, que les tumeurs auxquelles on donne ce nom, ne sont rien moins que de vrais cancers. Ces productions constituent parfois aussi sur la conjonctive, (*Lebert*), de petites excroissances en forme de champignon allant même jusqu'à détruire l'œil par suite de la pression occasionnée par leur développement.

Fig. 210. Cellules prises sur un point ramolli d'une tumeur fibreuse de la région du cou, enlevée par M. Syme.

Fig. 211. Les mêmes après addition d'acide acétique.

Fig. 212. Fibres en voie de développement et provenant d'un nodule plus dur de la même tumeur.

Fig. 213. Tissu fibreux parfait, provenant d'un autre nodule d'une densité considérable.

La structure intime de ces tumeurs sarcomateuses, est essentiellement fibreuse; néanmoins beaucoup de fibres sont formées d'agrégats



Fig. 214.



Fig. 215

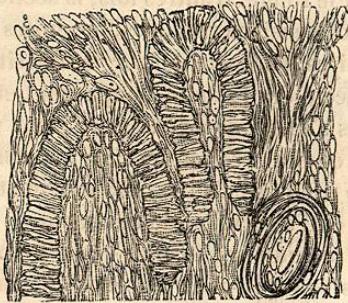


Fig 216

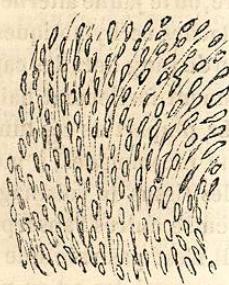


Fig. 217.

de cellules fusiformes, étroitement serrées les unes contre les autres (fig. 212, 250). Ces cellules, en forme de fuseau, ont des dimensions fort variables et sont pour la plupart munies d'un noyau bien distinct. Bon nombre d'entre elles présentent à leurs extrémités, des prolongements qui deviennent des fibres, suivant le mode de développement du tissu fibreux, que Schwann a décrit. Le noyau a quelquefois disparu. D'autres cellules encore sont rondes, ovales ou légèrement elliptiques.

Toutes ces phases du développement fibro-cellulaire s'observent sur une même tumeur. Les points ramollis abondent en cellules et en noyaux libres (fig. 210), tandis que les parties plus résistantes et plus denses, sont formées de tissu fibreux, complètement développé (fig. 212, 215).

D'autres fois, on rencontre, associés avec les fibres, une multitude de noyaux ovales, mais sans aucune sorte de cellule. C'est ce que j'ai décrit en 1849, sous le nom de production fibro-nucléaire (*fibro nucleated growth*).

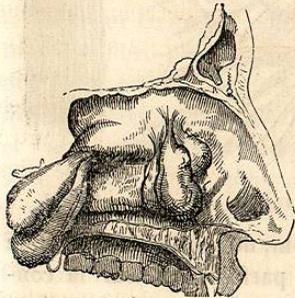


Fig 218.

Les tumeurs de cette espèce sont tantôt dures, tantôt molles et offrent la structure, représentée dans les fig. 205 et 214 à 217. Quelques unes sont molles et même de consistance pulpeuse. Elles renferment plus ou moins de liquide séreux entre les mailles de leur tissu fibro-cellulaire et constituent

les *polypes mous*. Ce sont des excroissances ordinairement pédiculées,

Fig. 214. Corpuscules enlevés en raclant la surface d'une tumeur fibro-nucléaire de la cuisse, enlevée par Miller.

Fig. 215. Les mêmes, traités par l'acide acétique.

Fig. 216. Une coupe mince de cette tumeur.

Fig. 217. Une autre coupe traitée par l'acide acétique.

Fig. 218. Polypes mous, s'implantant dans la membrane muqueuse de Schneider. (Liston.) — Demi-grandeur. 250 diam.

mais parfois aussi à base large, et se développant sur les membranes muqueuses (fig. 218). La surface des polypes est recouverte d'une membrane muqueuse, hypertrophiée et épaissie (221).

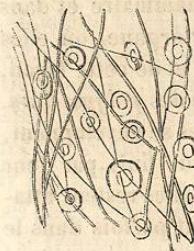


Fig. 219.



Fig. 220.



Fig. 221.

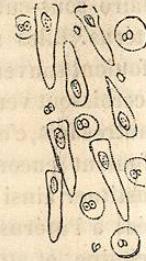


Fig. 222.

Tumeurs fibreuses dermoïdes ou dures. — Ces tumeurs, généralement de couleur blanche, sont plus ou moins fermes et élastiques, analogues à la structure bien connue du derme. Ce rapprochement pourrait sembler un peu forcé, surtout si l'on ne considère que le derme humain, comparativement mince; mais si l'on examine celui des grands animaux et spécialement celui de la baleine, l'analogie de structure devient évidente. Ces tumeurs ont une forme arrondie ou ovale, et souvent sont entourées d'une membrane en forme de kyste, composée des éléments indurés du tissu au milieu duquel

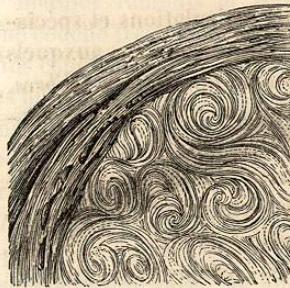


Fig. 225.

elles ont pris naissance. Elles ont une densité considérable, pouvant varier depuis celle du tendon jusqu'à celle du ligament ou du fibro-cartilage, et présentant à la coupe, une multitude de fibres blanches, brillantes, intimement enlacées entre elles ou arrangées en faisceaux, et formant des cercles ou des anses qui s'entrecroisent. On y observe parfois, un centre ou noyau calcaire. Leur coloration est blanche le plus souvent, mais elles ont parfois une teinte jaunâtre. Elles ne sont pas toujours très vasculaires, bien que sous ce rapport elles présentent des variations très grandes, quelques-unes se rapprochant de la teinte rosée des tumeurs sarcomateuses; d'autres étant d'un blanc mat, très compactes et contenant à peine quelques

Fig. 219. Fibres-cellules et fibres, provenant de la substance pulpeuse d'un polype enlevé par M. Syme.

Fig. 220. Les mêmes, après addition d'acide acétique.

Fig. 221. Cellules épithéliales ciliées et cellules de pus, recueillies à la surface de ce polype.

Fig. 222. Les mêmes après addition d'acide acétique. 250 diam.

Fig. 223. Coupe d'une tumeur fibreuse dermoïde, développée dans la paroi utérine. Cette figure représente un quart de la tumeur. Grandeur naturelle.

vaisseaux. Leurs dimensions varient, de la grosseur d'une tête d'épingle, jusqu'au point d'acquérir plusieurs pieds de circonférence.

Ces tumeurs siègent sur divers tissus et organes, tels que le tissu cellulaire sous-cutané et sous-muqueux, dans la glande mammaire et dans l'utérus. Elles sont surtout fréquentes dans ce dernier organe, où elles refoulent souvent devant elles, la membrane muqueuse et de cette façon, s'accroissent vers l'extérieur, formant ce qu'on a nommé des *polypes durs*. D'autres fois, c'est vers la cavité séreuse ou interne qu'elles se développent, refoulant encore devant elles la membrane séreuse, qui finit par leur constituer ainsi une sorte de pédicule, au moyen duquel elles restent attachées à l'utérus. Ces tumeurs pédiculées se rencontrent parfois dans le péritoine, et attachées à l'utérus. Il y a plus, le pédicule étant venu à se rompre, on en a trouvé de libres dans la cavité séreuse. C'est à la même cause qu'il faut rapporter la production de ces petits corps fibreux arrondis ou ovales, trouvés dans les articulations et spécialement dans celle du genou, auxquels on a donné le nom de *cartilages libres*. Quelques-uns sont réellement ostéocartilagineux. De petites tumeurs analogues, désignées sous le nom de *phlébolithes*, se rencontrent aussi, de temps en temps, dans les veines.

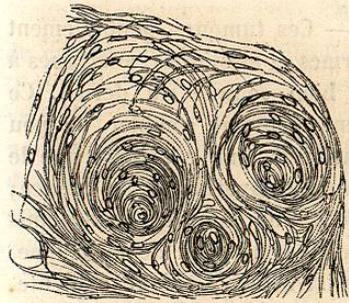


Fig. 224.

La structure intime de ces tumeurs dermoïdes, consiste en cellules

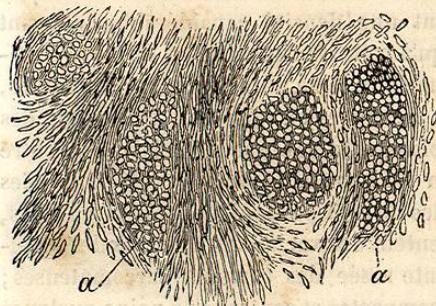


Fig. 223.

fusiformes, plus ou moins agrégées. Dans les portions ramollies, ces cellules se laissent facilement séparer [au moyen d'aiguilles; mais dans les parties indurées, elles sont tellement compactes que cela est impossible. Les filaments sont plus ou moins ondulés, comme dans les tissus fibreux ordinaires; d'autres fois, ils ont plus ou moins la forme de boucles cassantes, comme dans le tissu élastique. Sur une coupe mince, l'on remarque souvent une structure fibreuse concentrique. L'addition d'acide acéti-

Fig. 224. Coupe d'un tissu fibreux dermoïde de l'utérus, après addition d'acide acétique. On y remarquera la direction concentrique des fibres.

Fig. 223. Coupe d'un polype dur de l'utérus, bouilli dans l'acide acétique dilué, puis desséché. a; groupes de noyaux, entourés de faisceaux de fibres fusiformes (Wedl).

250 diam.)

que y fait distinguer des noyaux disséminés devenus très apparents (fig. 224). Il n'est pas rare que ces derniers se rassemblent en masses (fig. 225); parfois ils demeurent isolés comme dans les tumeurs sarcomateuses; mais dans ce cas, ils sont d'ordinaire en petit nombre, relativement à la quantité des éléments fibreux. Lorsque ces tumeurs possèdent des noyaux osseux, ceux-ci, sont composés souvent de matière minérale amorphe et non de tissu osseux véritable (voir fig. 405); Lebert affirme, toutefois, avoir constaté dans deux cas du vrai tissu osseux. Wedl a également donné la figure de productions osseuses réelles, à l'intérieur de semblables tumeurs (voir fig. 519).

Les deux formes de productions fibreuses dont nous venons de nous occuper, se trouvent fréquemment associées dans une seule et même tumeur. Certaines de ces tumeurs se composent de plusieurs masses arrondies ou ovales, de dimensions variables, séparées les unes des autres par un kyste ou par une couche de tissu aréolaire. Leur surface externe est, dans ces cas, plus ou moins nodulée. On observe fréquemment quelques-uns de ces nodules ramollis et pulpeux, même semi-gélatineux, et entourés d'une couche très mince de tissus fibreux. D'autres, au contraire, plus ou moins compactes, approchent de la densité de fibro-cartilagineuse et crient sous le scalpel. Bien plus, j'ai souvent sur un même nodule, observé certaines parties molles et d'autres dures. Celles-là, comme je l'ai fait observer, se composent surtout de tissu cellulaire, et celles-ci, de tissu fibreux, offrant tous les degrés de consistance intermédiaires.

Tumeurs fibreuses névromateuses. — Cette forme de tumeurs se développe dans les nerfs, tantôt spontanément, tantôt à la suite de blessures et spécialement après les amputations. Dans le musée de Richmond Hospital, à Dublin, j'ai étudié une série très remarquable de préparations, provenant de deux individus chez qui, presque tous les nerfs du corps présentaient des renflements noueux, quelques-uns même formaient des tumeurs variant depuis la grosseur d'un pois jusqu'au volume d'une tête d'adulte (1). C'est aussi à cette classe de tumeurs qu'il faut rapporter la tumeur sous-cutanée, décrite par feu W. Wood d'Edimbourg (2).

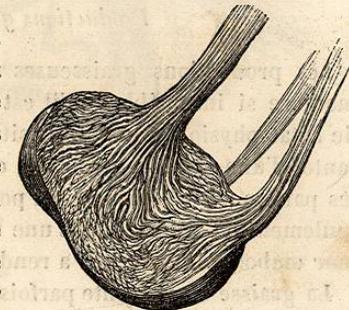


Fig. 226.

Lorsqu'on examine minutieusement ces névromes, on voit qu'ils se composent de tissu fibreux plus ou moins condensé, dont les fibres sont

(1) Voir Smith's *Treatise on Neuroma*: Dublin, 1849.

(2) *Edinburgh Med. and Surg. Journal*, 1812.

Fig. 226. Coupe d'un névrome en connexion avec trois troncs nerveux. — Grandeur naturelle. (Smith)