

**Symptômes.** — Les myomes sont des tumeurs bénignes, facilement énucléables, ne récidivant pas après l'opération. Mais elles peuvent devenir très graves :

1° Par les *hémorrhagies* dont elles sont le point de départ, en déterminant un état congestif de la matrice ;

2° Par les *douleurs expultrices*, comparables à celles de l'accouchement, qu'elles provoquent lorsqu'elles distendent la cavité de la matrice ;

3° Par la *compression* des organes voisins, vessie, intestin, d'où troubles de la miction, occlusion intestinale.

En somme, leur gravité dépend surtout de leur siège, de leur volume et des troubles qu'ils déterminent.

Depuis quelques années, cependant, une opinion contraire à surgi avec Gouilloud et Mollard, Condamin, Paviot et Bérard, Gangolphe et Duplant, qui ont décrit sous le nom de *cancer musculaire lisse* des léiomyomes malins pouvant donner lieu à des métastases.

Pour plus de détails, voy. *Myomes utérins*, dans ma *Pathologie chirurgicale*, t. II, p. 629.

#### NÉVROMES.

Les névromes vrais, c'est-à-dire dus à une néoformation de tissu nerveux, sont rares. On rencontre au contraire assez souvent, sur le trajet des nerfs périphériques, des fibromes ou des myxomes dont nous n'avons pas à nous occuper ici.

Les névromes formés de fibres nerveuses sont dits *névromes fasciculés*. — Les névromes constitués par des cellules nerveuses sont dits *névromes ganglionnaires*.

Les *Névromes fasciculés* sont formés de tubes nerveux avec ou sans myéline. Ils se présentent parfois sur le trajet des nerfs périphériques sous l'aspect de petites tumeurs formées d'un seul lobe, sèches et consistantes, d'apparence fibreuse, qui, au microscope, se montrent constituées par un plexus de tubes nerveux à myéline, diversement entre-croisés, séparés les uns des autres par du tissu conjonctif (*névromes cylindriques plexiformes* de Verneuil). — D'autres fois, ils se

présentent sous la forme de petites nodosités, situées, en plus ou moins grand nombre, sur le trajet d'un tronc nerveux et de ses divisions (*névromes en chapelet* de Lebert) et qui, au microscope, se montrent constituées par un enroulement de tubes nerveux.

Au point de vue étiologique, Virchow a divisé ces névromes en traumatiques, spontanés et congénitaux.

Les *Névromes ganglionnaires* siègent surtout dans l'encéphale et la moelle épinière ; on les a observés aussi dans certaines tumeurs à tissus multiples de l'ovaire et du testicule. Ils sont formés de cellules nerveuses au milieu desquelles on trouve quelques vaisseaux. Robin, Klebs, Bar, rangent parmi eux les gliomes.

Les névromes sont des tumeurs bénignes qui peuvent exceptionnellement devenir graves par les douleurs qu'ils provoquent ou par des troubles apportés dans l'accomplissement des fonctions nerveuses.

### B. — Tumeurs à pronostic variable.

#### A. — CHONDROMES. — TUMEURS CARTILAGINEUSES.

Les chondromes sont des tumeurs formées par la production accidentelle du tissu cartilagineux.

Le mot chondrome a été proposé par Müller qui, avec Cruveilhier, distingue les tumeurs cartilagineuses des cancers avec lesquels elles étaient confondues sous le nom de *spina ventosa*. — On les a encore nommés *chondrophytes* et *enchondromes*, mais la première désignation n'est plus usitée et la seconde ne s'applique qu'aux tumeurs cartilagineuses nées dans l'épaisseur d'un os.

Les chondromes sont toujours *indépendants des cartilages normaux de l'organisme*<sup>1</sup> : les productions auxquelles, sous

1. Cette proposition, soutenue par Virchow, acceptée par Cornil et Ranvier, Lancereaux, etc., est formellement contestée par Brault.

l'influence du rhumatisme chronique, les cartilages normaux donnent parfois naissance, ont reçu le nom d'*enchondrose*.

**Étiologie.** — *Siège.* — Les chondromes se rencontrent dans les os et dans les parties molles.

Ils sont beaucoup plus communs dans les os que partout ailleurs : on les trouve par ordre de fréquence dans les os

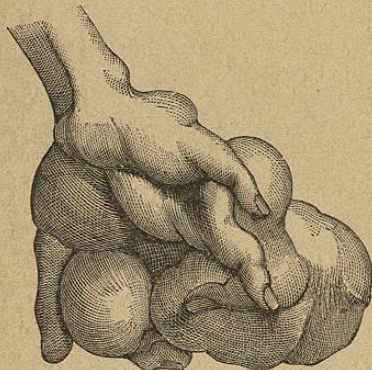


Fig. 34. — Enchondrome des doigts (dessin emprunté à Follin, et fait d'après un modèle de la collection de Lenoir).

des doigts et des métacarpiens, dans les os du bassin, de la mâchoire, etc., dans les extrémités spongieuses du fémur, du tibia ; ils sont souvent multiples, surtout lorsqu'ils siègent sur les mains ou les pieds (Dolbeau).

Les chondromes des *parties molles* se rencontrent surtout dans la parotide<sup>1</sup> et le testicule, plus rarement dans la mamelle, la glande sous-maxillaire, l'ovaire, etc.

Le chondrome des os s'observe surtout avant vingt ans, tandis que celui des parties molles est plus fréquent après cet âge.

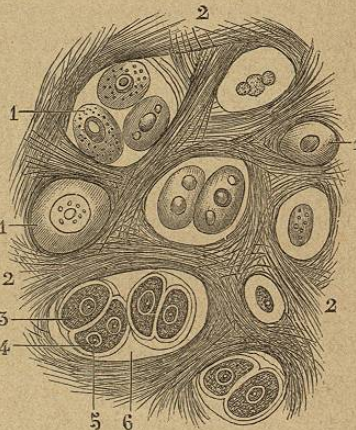
En ce qui concerne les chondromes des os, Virchow croit, conformément à la théorie de Cohnheim, qu'ils se développent aux dépens d'ilots de cellules qui n'ont pas pris part au développement de l'organe.

1. Dolbeau et Paget croient que le chondrome de la région parotidienne est presque aussi fréquent que celui des phalanges et des métacarpiens.

Nous avons vu, dans la *Pathogénie des tumeurs*, p. 419, que les chondromes de la parotide sont attribuables au développement anormal des débris embryonnaires du cartilage de Meckel, et ceux du testicule à la prolifération des cellules cartilagineuses des vertèbres primitives, incluses dans l'organe. Sous quelle influence ces ilots hétérotopiques se mettent-

Fig. 35. — Cette figure est destinée à montrer les éléments microscopiques d'un chondrome en voie d'évolution.

1. Cavité creusée dans le cartilage et renfermant des cellules de formes diverses.  
2, 2. Fibres (c'est-à-dire la substance fondamentale) séparant ces cavités les unes des autres.  
3, 4, 5, 6. Cellules cartilagineuses en voie de prolifération. — On peut remarquer qu'elles se composent d'un nucléole, d'un noyau, d'une masse de protoplasma et des deux capsules, l'une primitive, l'autre secondaire.



ils à proliférer<sup>1</sup>. Les observations de Larrey, Lucke, O. Weber, etc., tendraient à faire jouer un rôle important au traumatisme.

**Anatomie pathologique.** — *Texture.* — La texture des chondromes est la même que celle du tissu cartilagineux normal, c'est-à-dire qu'ils sont formés par une *substance fondamentale* hyaline, transparente, donnant de la chondrine par la coction, et creusée de cavités dites *cavités de cartilage* ; dans ces cavités sont logées des *cellules* formées par une masse de protoplasma au milieu duquel on trouve un ou deux *noyaux*

1. Peut-on attribuer le chondrome des os au rachitisme ou à une perversion dans le développement des os ? (Müller, Chassaignac.)

avec leurs nucléoles. Ce sont ces cellules qui sécrètent autour d'elles la substance fondamentale. Chaque cellule qui prolifère devient le point de départ d'un groupe de cellules filles, arrondi et séparé de ses congénères par des zones de substance fondamentale plus larges que celles qui séparent ses diverses cellules constituantes; ces *groupes isogéniques* se divisent, à leur tour, en groupes secondaires, dans lesquels le travail de prolifération se poursuit de la même manière.

La tumeur se présente sous la forme de lobes réunis par une trame cellulo-vasculaire <sup>1</sup>, mais dans laquelle on n'a encore trouvé ni nerfs, ni lymphatiques; parfois la tumeur tout entière est entourée d'une coque fibreuse résistante qui lui sert de périchondre et dans laquelle rampent les vaisseaux.

**Variétés.** — Ce type, qui peut être désigné sous le nom de *chondrome hyalin* à un ou plusieurs lobes, présente plusieurs variétés.

Entre les ilots cartilagineux, on peut rencontrer soit du tissu conjonctif embryonnaire en grande quantité (*chondro-sarcome* de Virchow), soit du tissu fibreux en abondance (*chondro-fibrome*).

Lorsque le chondrome s'est développé dans une glande, comme le testicule ou la parotide, on peut rencontrer dans le tissu cellulo-vasculaire qui sépare les lobes cartilagineux des culs-de-sac <sup>2</sup> et des conduits glandulaires (*adéno-chondromes*). — Dans la parotide, on rencontre parfois des chondromes à cellules ramifiées rappelant la texture du squelette cartilagineux céphalique des poulpes.

Parfois la tumeur cartilagineuse s'infiltré des sels calcaires; mais la question de savoir si elle peut réellement donner naissance à de l'os nouveau reste en suspens: Cornil et Ranvier qui admettent, dans certains cas exceptionnels, la production de quelques lames osseuses, déclarent qu'elles n'ont qu'une existence transitoire. — Dans d'autres cas, elle se ramollit à son centre qui prend l'aspect d'un kyste à contenu filant et gélatineux (*cysto-chondrome*). — Enfin, ces diverses variétés sont souvent combinées entre elles, c'est ce qui constitue le *chondrome mixte*, de beaucoup le plus fréquent, surtout dans les glandes.

1. En quoi le chondrome diffère du vrai cartilage.

2. Ranvier et Cornil font remarquer que ces culs-de-sac, produits d'une irritation de voisinage, n'ont que bien peu d'importance et ne justifient pas la distinction d'une variété.

Les chondromes peuvent subir diverses *altérations nutritives*: leurs cellules s'infiltré de granulations graisseuses; ils se ramollissent, ou, au contraire, se calcifient.

Muller, Virchow, Cornil et Ranvier rattachent au cartilage des tumeurs malignes qu'ils appellent *chondromes ostéoides* et dont le tissu serait absolument semblable à celui des os rachitiques.

**Rapports du chondrome avec les tissus voisins.** — 1° Les rapports avec le *tissu osseux* peuvent présenter trois variétés: tantôt la tumeur cartilagineuse, née au centre de l'os, le repousse et s'en forme une véritable coque (*enchondrome*); tantôt les ilots cartilagineux sont disséminés çà et là dans l'épaisseur de l'os (*chondrome diffus*); tantôt la tumeur est placée à la surface de l'os, au-dessous du périoste (*périchondrome*).

2° Les chondromes des *parties molles* sont rarement purs et s'unissent fréquemment à d'autres tumeurs; quoi qu'il en soit, ils repoussent les tissus sans leur adhérer <sup>1</sup>, et c'est exceptionnellement qu'on les voit perforer la peau, refouler les os.

3° Dans certains cas, les chondromes se rencontrent dans les viscères, surtout dans les poumons.

**Symptômes.** — Les chondromes ont une *forme* sphéroïdale, à surface bosselée. Leur *consistance*, souvent dure et élastique comme celle du cartilage normal, peut présenter de grandes variétés, car elle est parfois molle au point de faire croire à de la fluctuation, ou dure et pierreuse comme celle du tissu osseux.

Ces tumeurs sont naturellement immobiles lorsqu'elles se développent aux dépens du squelette; nées dans les parties molles, elles possèdent une certaine mobilité. Elles sont *indolentes* <sup>2</sup>, sans *action sur l'organisme*; cependant, si, d'ordinaire, la santé est excellente, elle peut aussi s'altérer comme dans le cas de tumeur maligne; la peau qui les recouvre est

1. Mais souvent, sur leur pourtour on rencontre de petits ilots cartilagineux libres, fait important au point de vue opératoire (Dolbeau).

2. Si le chondrome est parfois douloureux, c'est en raison de la compression qu'il exerce sur les tissus voisins.

souple et normale, cependant les veines sous-cutanées peuvent être dilatées.

**Marche.** — Le chondrome subit un accroissement continu et progressif, mais très variable dans ses allures <sup>1</sup>. Son ulcération est très rare et n'a lieu que par l'excessive distension de la peau : la surface ulcérée ne laisse écouler que peu de liquides, et ces liquides n'ont point la fétidité de l'ichor cancéreux ; cependant, on voit souvent, dans ce cas, le malade pâlir, maigrir, être pris d'une fièvre hectique ; il peut même succomber : c'est surtout ce qui a lieu lorsque des tumeurs semblables se développent dans les viscères, par transport, soit veineux, soit artériel, soit lymphatique, de cellules de la tumeur primitive.

Quelquefois, mais rarement, on observe des chondromes diffus à marche envahissante.

**Pronostic.** — Ces différences dans l'évolution du chondrome conduisent à le ranger dans la classe des tumeurs à pronostic variable ; car, si autrefois il était considéré comme essentiellement bénin, on sait aujourd'hui qu'il est des chondromes dont l'évolution ressemble à celle des tumeurs malignes et qui sont susceptibles de se généraliser. Dans ces cas, il s'agirait d'après Virchow et Rindfleisch de chondro-sarcomes constitués par un mélange de chondrome et de sarcome mou ; ce dernier serait seul cause de la malignité <sup>2</sup>.

En cas de généralisation, les poumons sont les premiers atteints.

**Diagnostic.** — D'une façon générale, un chondrome se reconnaît à son siège, à son indolence, à sa consistance, à son

1. Ainsi on a remarqué que les chondromes des doigts et de la région parotidienne mettaient au moins cinq ou six ans avant que le chirurgien fût appelé à intervenir, tandis que ceux du testicule et des grands os du squelette avaient une marche beaucoup plus rapide. Une contusion, un traumatisme quelconque peut accélérer l'évolution du chondrome.

2. On a remarqué que les enchondromes des mains et de la région parotidienne sont plus bénins que ceux des os et des viscères (Paget).

aspect bosselé, à la lenteur de son évolution, au défaut d'adhérence de la peau.

Cependant, si certaines tumeurs cartilagineuses, comme celles du doigt et de la parotide, sont d'un diagnostic facile, il en est qui, placées dans la profondeur des membres ou dans les viscères, se rapprochent beaucoup, au point de vue de leurs symptômes, des fibromes, des sarcomes, etc.

**Traitement.** — L'*extirpation* est le seul traitement convenable. Cette extirpation est en général facile lorsque le chondrome, placé dans les parties molles, est entouré d'une coque fibreuse qui permet son énucléation. Le chondrome du tissu osseux peut être enlevé indépendamment de l'os lorsqu'il s'est développé à sa surface ; dans le cas contraire, il faut procéder à l'évidement, la résection, la désarticulation ou à l'amputation.

Quand il s'agit d'une tumeur diffuse c'est à l'amputation qu'il faut avoir recours ; et encore, n'est-elle pas suffisante quelquefois à enrayer la marche de la tumeur.

#### OSTÉOMES.

Les néoplasies reproduisant la texture du tissu osseux sont rares et se développent, de préférence, dans le jeune âge, surtout entre 15 et 30 ans ; elles se rencontrent le plus souvent dans le système osseux (os de la région fronto-orbito-ethmoïdale, maxillaire supérieur, etc.), quelquefois dans la dure-mère, les aponévroses et les muscles.

On distingue : l'ostéome *compact*, formé de tissu osseux rappelant celui de la diaphyse des os longs ; l'ostéome *spongieux* constitué par du tissu spongieux et même par du tissu aréolaire ; et l'ostéome *éburné*, rencontré par Virchow à la surface interne des os du crâne, et composé de lamelles concentriques parallèles à la surface de la tumeur et entre lesquelles sont disposés des corpuscules osseux.

Aucune de ces trois formes ne se généralise.

Les troubles fonctionnels auxquels les ostéomes donnent

lieu, varient naturellement avec l'organe qui en est le siège et ceux sur lesquels il exerce une compression.

Le diagnostic de ces tumeurs est des plus faciles. Histologiquement, elles ne peuvent être confondues avec aucune autre tumeur, pas même avec les fibromes incrustés de sels de chaux qui s'en distinguent par l'absence de corpuscules et de canaux osseux. Leur pronostic est en rapport avec les désordres locaux qu'elle détermine.

Divers auteurs et notamment L. Bard, rangent, parmi les tumeurs développées aux dépens des éléments du tissu osseux : — 1° les *sarcomes myéloïdes* et les *ostéo-sarcomes*, tumeurs assez fréquentes, surtout dans le jeune âge, qui prennent le plus souvent naissance dans la profondeur des os longs, et qui sont susceptibles de se généraliser. Elles seraient constituées par des cellules osseuses embryonnaires (médullocelles de Robin) pouvant présenter deux ou même trois noyaux, et contenues dans des espaces alvéolaires, circonscrits par un stroma de substance fondamentale homogène, à peine apparent dans les cas de sarcomes myéloïdes, très développé, au contraire, dans les ostéo-sarcomes; — les *sarcomes ossifiants* dont les cellules constituant les caractères des ostéoblastes, dont les travées se rapprochent de la texture de la substance osseuse et englobent quelques-uns des cellules de la tumeur qui prennent alors un aspect étoilé; — les tumeurs à *myéloplaxes* qu'on rencontre presque exclusivement sur les gencives ou plus rarement dans les extrémités des os longs et qui sont caractérisées par la présence de cellules géantes à noyaux multiples et multinucléolés, incluses dans un tissu constitué par des cellules fusiformes allongées, disposées en groupes fasciculés.

Il ne faut pas confondre avec les ostéomes les productions osseuses auxquelles le tissu osseux irrité donne naissance, et qui sont connues sous le nom d'exostoses : car « ce ne sont pas là de véritables tumeurs, mais plutôt des formations de nature phlegmasique » (Lancereaux).

#### B. — ADÉNOMES (αδένη, glande).

Les adénomes sont des tumeurs formées par des éléments glandulaires.

Les glandes normales se divisent en deux groupes : 1° les glandes en grappe ; 2° les glandes en tube. — A chacun de ces groupes correspond une variété d'adénome : 1° aux glandes en grappe correspond l'*adénome acineux* ; 2° aux glandes en tubes correspond l'*adénome tubulé*.

La description des adénomes doit être précédée de remarques importantes. Cruveilhier, Velpeau remarquèrent que, parmi les tumeurs du sein englobées sous le nom de cancers, il s'en trouvait qui en différaient considérablement ; ils désignèrent ces tumeurs sous les noms de *corps fibreux*, eu égard à leur aspect ; de *corps fibrineux*, parce que Velpeau les crut formées par des épanchements sanguins consécutifs à des contusions ; de *tumeurs adénoïdes*, lorsque Lebert eut démontré la présence dans leur intérieur de culs-de-sac semblables à ceux qui constituent la glande ; enfin d'*adénomes*, c'est-à-dire de tumeurs formées par des éléments glandulaires (tubes et culs-de-sac).

La plupart des chirurgiens regardent ces tumeurs comme très communes, tandis que les histologistes considèrent les adénomes purs comme rares, car un grand nombre de tumeurs dites *adénomes* renferment, il est vrai, un certain nombre de culs-de-sac glandulaires, mais unis à un autre tissu, soit à du fibrome, soit à du myxome, soit à du sarcome ; les culs-de-sac glandulaires ne sont qu'un élément secondaire, résultat de l'irritation de la glande.

Cela est si vrai que, la tumeur enlevée, si elle récidive, la nouvelle tumeur peut ne pas contenir d'éléments glandulaires, mais être exclusivement formée par du sarcome ou du myxome.

La présence d'éléments glandulaires dans une tumeur ne suffit donc pas pour la qualifier d'adénome ; il faut, pour qu'il y ait adénome, non seulement que la nature et la disposition des culs-de-sac soient entièrement semblables à celles de la glande atteinte, mais encore que l'orientation des fibres conjonctives qui constituent le stroma de la néoplasie soit régulièrement concentrique aux acini au lieu d'en être indépendante comme dans les tumeurs conjonctives.

Il semble que bien des cas, publiés comme des exemples d'adénomes, doivent être considérés comme de vrais épithéliomes. Du reste, on peut voir les tumeurs adénomateuses se transformer en épithéliomes ; il suffit pour cela que la basement-membrane sur laquelle reposent les cellules glandulaires soit rompue par la végétation épithéliale. Les adénomes, prenant souvent naissance au

pourtour de points irrités chroniquement, représenteraient donc une sorte d'état transitoire entre l'inflammation et le cancer.

On n'est pas fixé sur les causes des adénomes ; cependant on tend à rattacher leur production à des causes inflammatoires. Un fait important, c'est qu'ils se montrent de préférence dans le jeune âge et chez l'adulte, tandis que le carcinome se manifeste à une époque plus avancée.

**Anatomie pathologique.** — Les adénomes dépendent des deux tissus différents qui entrent dans la composition d'une glande. Ils ont donc un élément endo ou ectodermique, c'est-à-dire épithélial, et un élément mésodermique.

Etant donné cette structure, suivant que la prolifération dominante se fera aux dépens de l'un ou de l'autre de ces deux tissus, l'évolution se fera dans des directions différentes : vers la forme kystique dans le premier cas, vers la forme fibreuse dans le second.

Les adénomes présentent des variétés nombreuses, aussi nombreuses que les glandes de structure différente aux dépens desquelles ils peuvent se développer.

**Siège.** — Les *adénomes acineux* se rencontrent surtout dans la *mamelle*, mais exclusivement chez la femme. On en a encore observé dans les glandes sébacées (Balzer et Pringle), dans les glandes *parotide*, *lacrymale*, sous-maxillaire ; dans les glandes sous-muqueuses du *voile du palais* et du *pharynx*<sup>1</sup>.

Les *adénomes tubulés* se rencontrent surtout dans la muqueuse gastro-intestinale, dans l'utérus, le rectum ; quelques polypes du nez appartiendraient à cette variété.

**Aspect.** — Un adénome ordinaire ou acineux se présente sous l'aspect d'une tumeur élastique, assez régulière ou lobulaire. La surface de la coupe est d'un blanc grisâtre ou légèrement rosée et grenue ; par le raclage elle ne donne pas de suc. La consistance des adénomes est assez variable et, lorsque le stroma fibreux prédomine, ils sont durs, fermes ;

1. Il en résulte soit une tumeur, soit une hypertrophie générale de la muqueuse.

il n'est pas rare de rencontrer dans leur épaisseur des kystes à contenu liquide ou butyreux<sup>1</sup>. L'adénome tubulé se présente généralement sous forme d'une tumeur molle, le plus souvent peu vasculaire, légèrement translucide, présentant la même couleur que la muqueuse correspondante ; vient-on à sectionner le néoplasme et à racler la surface de section, on n'obtient pas de suc lactescent mais un liquide muqueux.

**Texture.** — Les *adénomes acineux* ont la même texture que les glandes acineuses ou en grappe (mamelle, parotide, glandes salivaires), c'est-à-dire qu'ils se composent d'une série

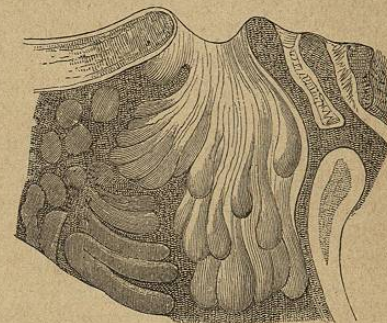


Fig. 36. — Coupe d'un petit adénome polypeux et tubulé de l'intestin grêle. Grossissement, 20 diamètres. (D'après Ranvier et Cornil.)

de culs-de-sac formés par une membrane bien nette, tapissée intérieurement par un épithélium pavimenteux bien régulier, et séparés les uns des autres par une couche de tissu fibreux. Dans certains adénomes, ce sont les culs-de-sac glandulaires qui prédominent ; dans d'autres cas, c'est le tissu fibreux (différence qui a conduit Broca à distinguer deux variétés d'adénomes).

Les *adénomes tubulés*<sup>2</sup> s'observent sur les membranes muqueuses qui possèdent des glandes en tubes. Ils consistent en

1. D'après Ranvier et Cornil, les adénomes purs ne dépassent guère le volume d'une noix, ils se confondent avec la mamelle et ne renferment presque jamais de kystes ; les tumeurs bien circonscrites et volumineuses sont généralement des fibromes, des sarcomes ou des myxomes.

2. Broca, Verneuil, les décrivent sous le nom de *polyadénomes* ou *adénomes multiglandulaires*. Ils en distinguent deux variétés

une hypertrophie et une multiplication de ces glandes, et sont constitués par un grand nombre de tubes tapissés par un épithélium cylindrique, tubes souvent dilatés par places et remplis d'une substance colloïde ; ces adénomes prennent souvent la forme de petits polypes <sup>1</sup>. Ils sont surtout fréquents au niveau de l'estomac et de l'intestin et ont pu être considérés comme une première phase de l'épithéliome.

— Les adénomes peuvent revêtir la forme *kystique*. Brissaud qui a étudié ceux de la mamelle, les plus fréquents de tous, a vu qu'ils étaient constitués par des culs-de-sac formés d'une basement-membrane supportant une couche de cellules cubiques très régulières, au-dessus desquelles sont amoncelées d'autres cellules de toutes formes, évidemment engendrées par les premières, et mêlées à une quantité plus ou moins grande de liquide.

On peut en rapprocher les petites tumeurs kystiques décrites sous les noms de *hydradénomes éruptifs*, *adénomes sudoripares*, etc. Ce sont des tumeurs intra-dermiques, constituées par des tractus épithéliaux, de forme cylindrique, ramifiés en tous sens, et offrant presque tous de petites dilatations kystiques contenant des blocs d'une matière amorphe et réfringente. Elles se développeraient aux dépens des glandes sudoripares d'après Darier et Torœk ; aux dépens de cellules épithéliales aberrantes, émanées, à la période fœtale, de la face profonde de l'ectoderme, d'après Quinquaud et Jacquet.

*Adénomes complexes*. — A côté des adénomes veineux et des adénomes tubulés, il faut signaler les adénomes plus complexes qui ont été signalés dans le foie, les reins, le pancréas, la prostate, etc..

— Les *adénomes du foie* décrits par Kelsch, Kiener et Sabourin, coexistent le plus souvent avec les lésions de la cirrhose annulaire, dont ils seraient une complication, au dire de ce dernier auteur. Ils sont constitués par des nodules au sein

les uns circonscrits et bénins ; les autres, diffus, se comportant comme les épithéliomes.

1. Les œufs de Naboth, si fréquents sur la muqueuse utérine, sont les plus connus de ces adénomes.

desquels on trouve des pseudo-canalicules biliaires, dissociés par la cirrhose, et aboutissant à de larges espaces remplis de cellules épithélioïdes. Hanot et Gilbert voient dans ces tumeurs de simples variétés d'épithéliomes.

— Les *adénomes du rein* ont été l'objet d'une étude remarquable de J. Albarran. Cet auteur en décrit trois types : — un *type canaliculaire*, le plus rare de tous, reproduisant le type des canalicules rénaux complètement développés ou en voie de formation, et développés aux dépens de canalicules embryonnaires aberrants, pararénaux ; — un *type cavitaire* comprenant les adénomes à cellules cubiques de Sabourin, et représenté par des tumeurs presque toujours très petites qui sont formées principalement par des cavités tapissées d'épithélium cubique ou cylindrique, avec ou sans formations papillaires endogènes, mais ne présentant pas de tendance à la forme tubulaire typique. Ces adénomes cavitaires sont multiples, et Albarran admet avec Sabourin que leur production doit être rattachée au développement des néphrites chroniques ; la même cause irritative qui provoque la sclérose du tissu conjonctif, déterminerait la prolifération épithéliale ; — un *type alvéolaire*, correspondant aux adénomes cylindriques de Sabourin, et caractérisé par des alvéoles délicats, contenant des cellules polymorphes, surtout cylindriques, lesquelles ont une grande tendance à l'infiltration graisseuse. Ces tumeurs, généralement solitaires et plus grosses que celles des précédents types, se développeraient tantôt aux dépens des tubes urinaires, tantôt aux dépens de noyaux surrénaux aberrants ; elles pourraient se transformer en épithéliomes.

— Les *adénomes de la prostate* ont été étudiés par Albarran et Hallé qui ont fait voir que l'hypertrophie sénile de la prostate est souvent due à la prolifération des glandules prostatiques sous la forme adénomateuse.

**Symptômes.** — 1° Les *adénomes acineux* se présentent sous l'aspect de tumeurs arrondies ou lobulées, assez régulières, mobiles, dépourvues d'adhérences. Ces tumeurs, que l'on rencontre dans la mamelle, la parotide, sont ordinairement

souples, élastiques; dans certains cas, cependant, elles sont aussi molles qu'un encéphaloïde ramolli ou aussi dures qu'un squirrhe. Parfois elles déterminent un petit suintement séro-sanguinolent.

Leur évolution est très lente; elles sont indolentes, ne déterminent pas d'engorgement ganglionnaire et, en général, ne récidivent pas après l'extirpation. Broca admet la récurrence de l'adénome, mais cette récurrence doit faire craindre la nature sarcomateuse ou épithéliomateuse de la tumeur.

A la longue, cependant, ces tumeurs peuvent déterminer l'ulcération de la peau; elles peuvent alors se ramollir et sup-purer.

2° Les *adénomes tubulés* forment de petites tumeurs molles, arrondies, souvent polypiformes; la muqueuse qui les recouvre est rouge, violacée; leur évolution est très lente, très bénigne, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'ils atteignent de grandes dimensions<sup>1</sup>.

On pourrait les confondre avec des *épithéliomes à cellules cylindriques*; mais tandis que l'adénome tubulé, composé de tubes très réguliers s'ouvrant à la surface des muqueuses, creusé de petits kystes, s'élève souvent en forme de polype, les tubes de l'épithéliome sont irréguliers et ont de la tendance à envahir les tissus profonds.

**Pronostic.** — D'une manière générale, les adénomes sont considérés comme des tumeurs bénignes, et Ranvier et Cornil leur reconnaissent absolument ce caractère de bénignité.

Cependant beaucoup de chirurgiens ont cité des cas de récurrence des adénomes. Il est probable que, dans ce cas, il s'agissait — soit d'adénomes déjà transformés en épithéliomes, par rupture de la continuité de la basement-membrane glandulaire — soit de sarcomes.

**Traitement.** — En raison de la transformation possible d'un grand nombre d'adénomes en épithéliomes, il est préférable d'extirper, quand on peut le faire sans inconvénient, la

1. Un certain nombre de polypes du rectum, de l'utérus, de l'intestin, appartiennent à cette variété.

plupart des adénomes à leur début, surtout si on les voit augmenter de volume.

### C. — MYXOMES.

Les myxomes sont des tumeurs formées par du tissu muqueux<sup>1</sup>.

Ils ont été longtemps décrits sous le nom de *tumeurs colloïdes, gélatineuses, etc.*

Leurs causes sont inconnues. On les rencontre à tout âge, mais de préférence chez les adolescents et les adultes.

**Anatomie pathologique.** — *Siège.* — On a rencontré des myxomes un peu partout, mais surtout dans les régions où se trouve du tissu cellulo-adipeux. On en a trouvé chez des enfants nouveau-nés, dans le cordon ombilical.

Les plus communs sont les myxomes (ou polypes muqueux des *fosses nasales*). Puis viennent les myxomes des *nerfs*, longtemps confondus avec les névromes<sup>2</sup>; ceux des muscles.

On peut en trouver dans les *glandes* (sein, rein, etc.), sous le périoste, dans les os courts, dans la peau, où ils prennent souvent la forme papillaire.

D'après Brault, les moles hydatiques ou myxomes hydatiformes du placenta ne doivent pas être considérés comme des myxomes véritables, mais comme des tumeurs beaucoup plus complexes.

**Aspect.** — Les myxomes se présentent sous l'aspect de *tumeurs gélatiniformes*, tremblotantes, parcourues par de nombreux vaisseaux; quand on les racle, on obtient un liquide semblable à une solution de gomme arabique.

**Texture.** — Ils sont formés par du tissu muqueux, c'est-à-dire par des cellules volumineuses, les unes arrondies et iso-

1. Chez l'embryon, le tissu muqueux constitue une des premières phases des tissus fibreux et adipeux; il forme le cordon ombilical. Chez l'adulte le tissu muqueux persiste dans le corps vitré.

2. Ils forment une tumeur qui tantôt englobe les tubes nerveux, tantôt les dissocie et les refoule à sa périphérie; dans le cerveau, ils forment des tumeurs verdâtres (*collonéma* de Müller).