

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 LABOUBÈNE, *Mémoire sur trois productions morbides non décrites* (*Mémoires de la Société de biologie*, 1<sup>re</sup> 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<sup>e</sup> série, t. I, p. 208). — MARCÉ et CH. ROBIN, *Note sur un nouveau cas de tumeur hétéradénique* (*Mémoires de la Société de biologie*, 2<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> série, t. II, p. 72). — LITTRÉ et CH. ROBIN, *Dictionnaire de médecine de Nysten*, 11<sup>e</sup> 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<sup>o</sup> d'une gangue homogène, finement granuleuse, transparente comme celles des culs-de-sac des glandes acineuses; 2<sup>o</sup> 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<sup>o</sup> soit des prolongements cylindriques de même volume ou plus étroits qu'eux-mêmes, brusquement terminés en cæcums arrondis; 2<sup>o</sup> 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 des 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, la filtration 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. XXV, 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<sup>e</sup> 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 tissus 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-rares aux mains et aux pieds. Cependant nous avons vu un lipome (1) qui était situé sur les faces antérieure, externe et postérieure du doigt médium. 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 force 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.

Le volume des lipomes est très-variable. Le plus souvent ils atteignent la grosseur du poing avant qu'on songe à les enlever; mais on trouve de temps en temps dans les recueils périodiques l'observation de certains lipomes ayant acquis un volume énorme. Tel était celui dont Pautrier a rapporté l'histoire, qui, partant du bas des lombes et du sacrum, tombait en sac jusqu'au jarret, et entraînait par son poids le malheureux qui le portait. Ce poids, en effet, peut s'élever beaucoup. Il n'est pas très-rare de rencontrer de ces tumeurs du poids de 3 à 4 kilogrammes; Pelletan en a enlevé une du poids de 11 kilogrammes, et J.-L. Petit une autre qui en pesait 22. Rhodius a vu un lipome qui pesait 60 livres.

La densité des lipomes n'est pas très-considérable, et il faut se rappeler, pour le diagnostic, qu'elle est inférieure à celle de presque toutes les autres tumeurs.

Ordinairement on ne voit qu'un seul lipome; mais il serait aujourd'hui facile de réunir un nombre assez notable de faits relatifs à une véritable *diathèse lipomateuse*. S. Cooper, Marjolin, Alibert, Pautrier, ont cité chacun un cas de lipomes multiples, et nous avons eu deux fois l'occasion de constater des cas analogues. Dans un de ces cas observé avec notre collègue R. Marjolin, à l'hôpital Saint-Antoine, une femme portait sur le tronc, les cuisses et les avant-bras, une trentaine de petits lipomes dont le plus volumineux atteignait la grosseur d'un œuf. On a quelquefois constaté, dans ces lipomes multiples, un arrangement assez curieux: c'est la disposition symétrique des tumeurs sur les deux côtés du corps.

Les tumeurs graisseuses se présentent sous deux formes qui se distinguent par leurs rapports avec les tissus voisins. Tantôt la formation graisseuse se confond avec le tissu cellulo-graisseux de la région, tantôt elle en est nettement séparée par une capsule fibreuse. La première variété se voit quelquefois sur les parties latérales du cou ou au creux poplité de certaines personnes remarquables par leur embonpoint; le creux sus-claviculaire ou la région poplitée sont soulevés par un développement anormal du tissu cellulo-graisseux, et cette saillie contre nature a pu faire croire à quelque chose de plus grave. B. Brodie a appelé l'attention sur ces faits à propos d'un homme qui avait une tuméfaction graisseuse analogue s'étendant d'une oreille à l'autre.

Les autres lipomes sont formés par des masses de tissu adipeux entourées d'une enveloppe fibreuse.

Le contenu du lipome est du tissu graisseux peu différent du tissu normal. Parfois il est plus blanc, plus ferme, moins huileux; mais le microscope y fait également découvrir des vésicules adipeuses agglomérées et séparées par du tissu cellulaire (fig. 27). Le refroidissement de ces tumeurs favorise le dépôt au sein des vésicules de cristaux stelliformes de margarine. Ces cellules graisseuses sont souvent placées dans une masse homogène ou assez obscurément partagée; d'autres fois elles se disposent par groupes qui représentent des lobes pyriformes ou ovalaires; enfin, on a trouvé plus rarement une disposition en feuillets emboîtés l'un dans l'autre comme les

couches d'un bourgeon. Ce sont là les diverses variétés de lipomes simple, lobulé, etc.

Verneuil, à qui l'on doit quelques remarques intéressantes sur la structure du lipome, a constaté que les vésicules adipeuses de ces tumeurs étaient plus volumineuses que les vésicules adipeuses de la graisse normale. Ainsi soit 0,03 de millimètre pour le diamètre des cellules normales de la graisse, on trouve de 0,06 à 0,10 de millimètre pour les cellules des lipomes. Ces vésicules sont en même temps plus transparentes et à contours plus délicats.

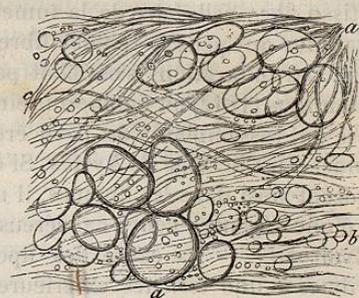


FIG. 27. — Éléments anatomiques d'un lipome  
a, a, grandes vésicules graisseuses; b, granulations de graisse situées au milieu d'éléments fibreux.

Cet amas anormal de tissu graisseux est entouré par une enveloppe de tissu cellulaire qui contient des vaisseaux sanguins. Cette couche cellulaire est souvent facile à isoler de la masse graisseuse qu'elle recouvre; mais cela n'arrive plus quand la tumeur a été le siège d'un travail inflammatoire; il s'établit alors des adhérences entre la capsule du lipome et sa surface, et ces dispositions sont utiles à connaître pour quelques détails de médecine opératoire. L'enveloppe des lipomes envoie souvent de sa face interne des prolongements fibro-celluleux qui séparent les groupes de vésicules graisseuses. Ces tractus fibreux sont parfois assez considérables pour donner à ces tumeurs une consistance et un aspect particuliers: de là une variété de tumeur qu'on a appelée *fibro-graisseuse*. Quand un lipome est sous-cutané, sa capsule est d'ordinaire plus intimement unie avec la peau dans les espaces situés entre les lobes que dans aucune autre partie. De cette disposition il résulte que la peau semble creusée en fossettes à la surface du lipome, et ces cavités deviennent plus évidentes si l'on saisit la tumeur à sa base pour tendre les téguments. Les vaisseaux sanguins qui alimentent le lipome se ramifient dans la capsule; ils pénètrent tantôt par un seul point, tantôt par plusieurs. Le lieu d'entrée de ces vaisseaux représente parfois une sorte de pédicule; dans d'autres cas, la masse paraît isolée de toutes parts, car les artères perforent la capsule sur plusieurs points. Le plus souvent les lipomes forment une masse pleine; dans quelques cas très-rares on y a trouvé une cavité centrale. Broca (1) a montré à la Société anatomique un lipome de la région frontale qui était creusé d'une cavité centrale non remplie de liquide, dans laquelle faisaient saillie un grand nombre de petits corps pédiculés fibreux.

Les lipomes sont sujets à diverses altérations qu'il importe de connaître pour éviter quelques erreurs de diagnostic. Ils peuvent s'enflammer, et

(1) *Bulletins de la Société anat.*, 1851, p. 235.

plus d'une fois on a trouvé du pus au centre d'un lipome. Des indurations partielles, résultat de phlegmasies chroniques, n'y sont pas rares. Le tissu fibro-cellulaire de la tumeur se rétracte et circonscrit ainsi un noyau dur qui peut se remuer librement sur le reste de la tumeur graisseuse. Ces indurations s'ossifient parfois. Gosselin a fait voir à la Société anatomique (1842) un lipome au sein duquel on trouvait une trame fibreuse dense qui ressemblait à du tissu érectile. Enfin, mais assez rarement, les lipomes sont le siège de kystes. Si des produits de nouvelle formation se déposent ainsi dans les lipomes, il ne faut point en conclure à la possibilité d'une dégénérescence cancéreuse de ces tumeurs.

ÉTIOLOGIE. — La cause des lipomes est inconnue; on les a parfois attribués à une violence extérieure, mais cela sans preuves suffisantes. Heyfelder cite deux cas de lipomes congénitaux. Les auteurs du *Compendium de chirurgie* ont observé ces tumeurs plus souvent sur des femmes que sur des hommes; enfin on s'accorde à reconnaître leur plus grande fréquence dans l'âge adulte que dans la jeunesse. Les lipomes ont une existence indépendante de l'obésité du sujet.

SYMPTOMATOLOGIE. — Aucun symptôme pathognomonique n'indique l'apparition d'un lipome, et c'est le seul gonflement de la partie qui révèle la production nouvelle. Le chirurgien constate alors une tumeur d'un volume variable, mollesse, sans changement de couleur à la peau, tantôt pédiculée, tantôt largement adhérente par sa base. Cette tumeur est, comme le sein, mobile sur les tissus profonds; elle est lisse ou légèrement lobulée à sa surface; quelquefois, mais rarement, on voit s'élever au-dessus d'elle une saillie en forme de mamelon. Une telle disposition est due à un amincissement de la peau, qui se laisse distendre en doigt de gant par le tissu graisseux qui fait hernie. C'est sans doute à de telles tumeurs qu'il faut rapporter certains cas de mamelles surnuméraires. Lorsqu'on saisit à pleines mains un lipome, on éprouve la sensation d'une masse composée de granulations, et quelquefois on perçoit une véritable crépitation. Si l'on se borne à tendre la peau à la surface de la tumeur, on voit souvent se dessiner les petits lobules graisseux, et plus d'une fois nous nous sommes ainsi assuré de l'existence d'un lipome. Les lipomes offrent souvent une fluctuation suffisante pour en imposer sur la nature de leur contenu; plus d'une ponction a été faite en vain dans ces conditions.

Les lipomes se développent, en général, avec lenteur et d'une façon régulière; dans d'autres cas, ils montrent dans leur marche quelques caprices, et après s'être accrus lentement ou être restés stationnaires, ils augmentent subitement de volume. Quelques auteurs, et Nélaton entre autres, ont rapporté des observations de lipomes qui ont pris un grand accroissement après la suppression des règles. Enfin Blasius dit avoir vu un lipome qui diminuait pendant la grossesse et augmentait pendant l'allaitement, et Littre en a observé un autre qui augmentait après quelques excès de vin. Mais ces derniers faits ne doivent pas être admis sans réserves.

Les tumeurs graisseuses, au lieu de se pédiculiser, peuvent se déplacer au-dessous de la peau. Paget (1) en rapporte brièvement plusieurs cas. Dans l'un, il s'agit d'une tumeur qui pendait au périnée, entre le scrotum et la cuisse, et qui dix ans auparavant se trouvait dans l'aîne. Lyford (2) a vu une vaste tumeur graisseuse de la paroi abdominale descendre à la partie supérieure et interne de la cuisse, d'où elle fut enlevée. Il manque à ces faits, qui se sont passés dans le théâtre habituel des hernies, une appréciation qui établisse en quoi ces tumeurs-là diffèrent des hernies graisseuses.

Les lipomes, même multiples, n'influencent point d'une façon fâcheuse la constitution générale; par leur volume et par leur poids seuls, ils peuvent faire naître quelques douleurs dont le retentissement sur l'économie pourrait amener des accidents généraux.

Dans les cas rares où les lipomes s'enflamment, on constate du gonflement, de la tension, quelquefois de la rougeur, ayant l'existence de la fluctuation; mais ces faits ont été mal étudiés, parce que le plus souvent ils ont été masqués par des erreurs de diagnostic. La terminaison par gangrène est aussi très-rare; on en trouve un cas dans la thèse d'Hébert, et nous avons eu l'occasion d'en observer un autre. Un chirurgien croyait enlever un encéphaloïde gangrené du bras, il s'agissait d'un lipome enflammé et sphacélé. Si l'on n'a pas, au préalable, reconnu un lipome, on ne peut point trouver dans la marche de l'inflammation et de la gangrène des renseignements sur la nature du mal.

DIAGNOSTIC. — Il n'est pas toujours facile de différencier un lipome d'autres lésions, comme les kystes, les abcès froids, les tumeurs érectiles ou cancéreuses. Les difficultés naissent de la fluctuation, de la mollesse, des bosselures du lipome. Sans rappeler ici les caractères propres à ces diverses maladies, il suffira de dire qu'une ponction exploratrice est le plus sûr de tous les moyens de diagnostic. Quand un simple examen ne fournit pas des signes différentiels assez caractéristiques, la ponction lève souvent la difficulté. Cette exploration de la tumeur doit être faite avec un trocart fin. Si du liquide s'écoule, la question est jugée; mais quand rien ne sort par la canule du trocart, et que d'ailleurs la tumeur est très-fluctuante, le chirurgien peut hésiter encore entre un lipome et un encéphaloïde ramolli. Nélaton (3) propose alors de plonger dans la tumeur un trocart fin ou une aiguille à acupuncture, et d'imprimer à l'extrémité profonde de la tige métallique un mouvement de circumduction. Dans un encéphaloïde ramolli, on peut, quoi qu'on en ait dit, faire exécuter ce mouvement de circumduction à l'extrémité profonde de la canule. La même chose est impossible quand il s'agit d'un lipome. Aussi ce mode d'exploration, insuffisant à différencier les tumeurs liquides de l'encépha-

(1) *Lectures on Tumours*, p. 97.

(2) *Medical Gazette*, t. IV, p. 348.

(3) *Éléments de pathologie*, t. I, p. 100.

loïde ramolli, reprend toute sa valeur lorsqu'il s'agit de séparer le cancer des tumeurs graisseuses. Quand nous étudierons le cancer, les tumeurs érectiles et les anévrysmes, nous dirons en quoi ces tumeurs diffèrent du lipome.

PRONOSTIC. — Les lipomes ne deviennent graves que par leur siège et leur volume. Nous avons dit toute la gravité des lipomes profonds du cou; quant aux transformations et aux métastases des lipomes, la science moderne a fait bonne justice de ces idées.

TRAITEMENT. — C'est vainement qu'on tenterait de guérir par des topiques, pommades ou emplâtres, les véritables lipomes. Les médicaments internes n'ont guère plus de puissance, même la liqueur de potasse, qui dans les mains de B. Brodie (1) aurait, dit-on, amené la fonte de quelques tumeurs graisseuses. C'est à l'instrument tranchant, aux caustiques ou à la ligature qu'il faut avoir recours.

Bonnet (de Lyon) a essayé, il y a quelques années, d'attaquer les lipomes par un procédé ingénieux, le broiement à l'aide des sections sous-cutanées. Il enfonce un ténotome à 2 ou 3 millimètres de la base de la tumeur, passe au-dessous d'elle en traversant son plus grand diamètre, et retournant le tranchant du ténotome vers les téguments, commence par diviser le lipome en deux parties égales, puis en divise chaque moitié à droite et à gauche en tous sens, de manière à les réduire en fragments ayant au plus l'épaisseur de 1 centimètre. Bonnet conseille de prolonger les incisions de 1 à 2 centimètres en dehors de la tumeur, afin de décoller la peau des parties sous-jacentes et d'augmenter les surfaces par lesquelles la graisse doit être absorbée. Le ténotome retiré, on presse fortement la tumeur entre les doigts, de façon à rompre les cellules graisseuses juxtaposées et à exprimer la graisse dans le tissu cellulaire. Dans la plupart des cas cités par Philippeaux il ne s'est point développé d'inflammation douloureuse; la tumeur a diminué notablement de volume après la première ponction, et presque entièrement disparu au bout de trois ou quatre tentatives analogues, renouvelées à dix jours d'intervalle. Cependant on trouve encore assez souvent, après deux ou trois mois, un noyau fibreux de médiocre volume. Bonnet pensait que cette méthode pouvait être appliquée à tous les lipomes qui ne dépassent pas le volume du poing, mais il la rejetait chez les sujets avancés en âge. La durée assez longue du traitement, la nécessité de renouveler plusieurs fois les ponctions, doivent rendre ce procédé exceptionnel; on pourrait toutefois le proposer chez des individus qu'effrayerait trop l'extirpation complète du lipome.

Restent la cautérisation, la ligature et l'extirpation.

On n'a guère recours aux caustiques pour enlever les lipomes; l'extirpation par le bistouri n'étant point, en général, une opération grave. La cautérisation est ici une méthode longue, douloureuse, incertaine dans ses résultats, et qui donne lieu à des cicatrices souvent difformes. Ainsi les

(1) Erichsen, *The Science and Art of Surgery*, p. 377.

différents essais de Chopart, racontés dans son *Mémoire sur les loupes* (1), n'ont guère trouvé d'imitateurs parmi les chirurgiens sérieux.

La ligature ne peut convenir qu'à certaines variétés de lipomes. Les tumeurs graisseuses à large base ne sont guère accessibles à la ligature; il faudrait, pour leur appliquer ce moyen, passer au-dessous de la tumeur deux fils qui isoleraient deux pédicules. Mais cette méthode peut rester dans la pratique pour les lipomes dont le pédicule est assez mince; toutefois il ne faut point oublier que c'est là une ressource très-douloureuse. C'est pour éviter les longues douleurs de la ligature que quelques chirurgiens ont conseillé, avant d'appliquer le lien constricteur, de couper d'abord la peau ou de la cautériser autour du pédicule. Mais cette section préalable de la peau, que conseillait Louis, ne peut sérieusement être proposée, car c'est le temps le plus douloureux de l'opération. On pourrait lui préférer la cautérisation circulaire en entourant le pédicule d'un fil trempé dans la potasse (Chopart), ou en disposant autour de la base de la tumeur une bandelette de diachylon dans l'épaisseur de laquelle on placerait quelques fragments de potasse (Boyer). La peau détruite circulairement, on fendrait l'eschare, et au fond de cette incision on appliquerait le lien constricteur, qui, n'agissant alors que sur le tissu graisseux, ne causerait que de médiocres douleurs.

Mais à cette méthode assez douloureuse qui exige beaucoup de soins et dont les résultats sont peu sûrs, on préfère l'extirpation par le bistouri. Cette extirpation peut être faite en conservant la peau ou en retranchant une certaine étendue des téguments.

Tout en conservant la peau, les chirurgiens ne procèdent point de la même façon. Quelques-uns se contentent de pratiquer à la surface du lipome une incision droite, s'il est peu volumineux, ou courbe, ou en T, ou en croix, si son volume est plus considérable. On dissèque les bords des téguments, on contourne la base de la tumeur, qu'il est souvent facile d'énucléer à l'aide des doigts ou d'une spatule.

Gensoul a depuis longtemps proposé (2) d'extirper ces tumeurs à l'aide d'un procédé que Jobert (de Lamballe) emploie souvent, et qui donne une grande promptitude au manuel opératoire. Pour cela, on passe à la base de la tumeur et au-dessous d'elle un bistouri à longue lame ou un couteau, puis on divise d'un seul coup la tumeur et la peau qui la recouvre. Les téguments se rétractent, on les écarte encore, et il devient dès lors facile d'énucléer par le bistouri ou d'arracher par les doigts les deux segments de la tumeur. Si l'arrachement a pu être pratiqué, l'hémorrhagie est nulle.

Enfin, dans certains cas où la peau est trop distendue, ou amincie, ou ulcérée, on doit en enlever un certain segment qu'on circonscrit par deux incisions semi-elliptiques.

(1) *Prix de l'Acad. de chirurgie*, t. IV, 1<sup>re</sup> partie, p. 274.

(2) Pautrier, thèse citée, p. 22.

Dans presque tous les cas, il faut rapprocher les lèvres de la plaie et tenter la réunion par première intention. Si les tractions pour l'énucléation de la tumeur ont été violentes, si la cavité qui reste après l'opération ressemble en quelques points à celle d'un kyste celluleux, on devra, comme le recommandent les auteurs du *Compendium de chirurgie*, rapprocher mollement les lèvres de la plaie, exercer du fond sur la surface une compression douce, et laisser l'ouverture libre pour l'écoulement des matières. Ces précautions permettent d'éviter l'accumulation du pus et du sang dans la cavité laissée après l'opération, et les accidents consécutifs à ce croupissement du pus. Les phlegmons qui peuvent survenir dans ce cas exigeraient un débridement immédiat.

Quand l'ablation a laissé une perte de substance de la peau, il faut panser à plat.

Faut-il opérer tous les lipomes? En règle générale, on n'opérera point les lipomes petits, indolents, à accroissement lent, qui sont situés dans des régions recouvertes, et qui ne gênent l'exercice d'aucune fonction. Le seul désir du malade peut, dans ces cas, servir de guide au chirurgien. Tout en reconnaissant que l'opération n'est point dépourvue de tout danger, on est en droit de proposer l'opération quand il s'agit de lipomes assez volumineux, dont l'accroissement est rapide, qui gênent les mouvements ou rendent le corps disgracieux. D'ailleurs le siège du lipome doit entrer en ligne de compte, et, par exemple, on n'oubliera pas les dangers qui entourent l'extirpation des lipomes du cou.

#### § VI. — Tumeurs érectiles. — Angionome.

L'histoire des tumeurs érectiles est très-riche en travaux thérapeutiques, mais on resta longtemps sans bien connaître la structure fondamentale de ces tissus morbides. Aujourd'hui même cette question anatomo-pathologique est loin d'être vidée, et l'histogénie de ces tumeurs reste à faire presque complètement.

Cependant, pour ne point s'égarer dans les dénominations nombreuses que ces pseudoplasmes ont reçues, il importe de bien établir tout de suite ce qu'on doit entendre par tumeurs érectiles. Nous étudierons sous ce titre des tumeurs formées par un développement anormal de capillaires, de petites artères ou de petites veines, vaisseaux de calibre variable et qui communiquent les uns avec les autres, soit directement, soit par l'intermédiaire de vacuoles creusées dans le tissu cellulaire.

Dupuytren, frappé à la fois de la ressemblance du tissu qui forme ces tumeurs avec celui du corps caverneux et de la turgescence qui s'y produit dans certaines circonstances, proposa le nom de *tumeurs érectiles*, qui est généralement adopté aujourd'hui. Cependant ce nom n'est pas à l'abri de toute critique, car bon nombre de ces tumeurs ne sont pas érectiles, tan-

dis que d'autres productions qui présentent ce caractère ne doivent point figurer parmi les pseudoplasmes qui nous occupent ici. Toutefois la ressemblance générale de ce tissu morbide avec le tissu érectile du corps caverneux légitime à nos yeux cette dénomination, et nous la fait préférer à d'autres que nous allons rappeler. Ainsi le mot *loupes variqueuses* (J.-L. Petit) ne peut indiquer qu'une variété de ces tumeurs; celui d'*anévrisme par anastomose* ou de *branches anastomotiques* (J. Bell, Abernethy, Rust) pêche par une grande inexactitude; celui de *tumeurs fongueuses sanguines* (Boyer, Roux) peut convenir à bien des tumeurs dont la nature n'est point identique; et celui de *fungus hématode* (Delpech, Maunoir, Lobstein) a le grave inconvénient de s'appliquer aussi à une forme très-vasculaire de l'encéphaloïde. Les mots de *télangiectasie*, *artériectasie*, *angiectasie* (Graefe et Walther, Chelius et Watson), qui ont la prétention d'exprimer un des caractères de la lésion, n'ont pas fait fortune, et la dénomination de *nævus maternus*, *nævus subcutaneus* (Callisen, Wardrop) ne saurait s'appliquer qu'à une certaine forme de la maladie. Le nom de *tumeurs vasocapillaires*, que proposa Gerdy, peut être avantageusement remplacé par celui d'*angionome*, qui constate à la fois la nature de la tumeur et sa place dans la grande famille des pseudoplasmes.

Nous conserverons donc seulement les mots *tumeurs érectiles* et *angionome*, et l'idée générale que nous venons d'en présenter sépare ces néoplasmes de l'anévrysme cirsoïde, de la dilatation artérielle limitée, et des varices. Toutefois il faut reconnaître que ces dernières lésions des vaisseaux peuvent se montrer concurremment avec une tumeur érectile, mais elles ont des caractères assez tranchés pour exiger une description isolée.

HISTORIQUE. — C'est à J.-L. Petit qu'il faut rapporter la première notion de la véritable nature des tumeurs érectiles. Dans un chapitre sur l'extirpation du cancer (1), ce chirurgien comprend bien la constitution générale de ces tumeurs et la nécessité, en les excisant, de porter le bistouri au delà des vaisseaux dilatés. J. Bell (2) apprécia mieux que l'auteur français la structure intime de ces productions, qu'il compara aux tissus caverneux du pénis, de la rate. Dupuytren (3), sans connaître les travaux du chirurgien anglais, arriva aux mêmes résultats, et confirma ces analogies apparentes, en proposant le mot *érectile*. Depuis cette époque, de très-nombreux travaux, surtout en thérapeutique, ont été entrepris sur les tumeurs érectiles. Nous indiquerons les principaux :

A. BÉRARD, *Mémoire sur le traitement des tumeurs érectiles* (*Gazette médicale*, 1841, p. 689). — CL. TARRAL, *Du traitement des tumeurs érectiles, et particulièrement du traitement par les caustiques* (*Archives de méd.*, 1834, t. VI, p. 5). — LALLEMAND, *Observations relatives à divers procédés opératoires employés contre les tumeurs*

(1) *Œuvres posthumes*, t. I, p. 276.

(2) *Principles of Surgery*, vol. I, discours IX.

(3) *Leçons cliniques*, t. III, p. 202.