

établie par quelques faits, et en particulier par l'observation suivante citée par Paget. On conserve, dit-il, dans le musée de *Norfolk and Norwich Hospital*, un enchondrome du radius provenant d'un homme dont le fils présenta ensuite un enchondrome du bassin.

DIAGNOSTIC. — On ne peut confondre l'enchondrome qu'avec des tumeurs dures, comme les tumeurs osseuses, fibreuses, certains squirrhes, les hydatides des os; mais l'absence de signes pathognomoniques ne permet pas toujours de le distinguer facilement de ces pseudoplasmes. Quand il se développe aux doigts, on n'a guère de doutes. Le siège de la tumeur, sa forme, sa consistance, son augmentation lente, l'absence des douleurs, sont autant de caractères qui font songer à l'enchondrome; mais ailleurs le doute est souvent permis. Dans les parties molles, la difficulté des distinctions augmente encore, et nous ne connaissons véritablement aucun caractère différentiel entre les enchondromes et les tumeurs fibreuses des parties molles. Quant au cancer, on trouve dans la marche ordinairement rapide de ce produit morbide, dans les douleurs qui l'accompagnent, dans l'irrégularité de la forme et dans le degré variable de consistance, quelques signes qui doivent mettre sur la voie du diagnostic.

PRONOSTIC. — La faible tendance de l'enchondrome à se généraliser dans l'économie a fait ranger ces tumeurs dans la catégorie des tumeurs bénignes. Mais quelques cas publiés récemment, et en particulier ceux de Paget et Richet, doivent rendre le chirurgien très-réservé sur la question du pronostic.

TRAITEMENT. — L'extirpation de la tumeur est le seul moyen de guérir l'enchondrome, qu'on ne doit attaquer ni par les pommades, ni par un traitement interne. Cette extirpation devra en général être faite par le bistouri. Mais il se présente assez souvent une question embarrassante quand il s'agit d'un enchondrome des os, et en particulier de la main : c'est celle de savoir si l'on doit enlever la tumeur sans extirper l'os dans lequel elle s'est développée. Il est vraiment difficile de prendre à l'avance un parti, lorsque la tumeur ne jouit pas d'une certaine mobilité. Il faut alors commencer l'opération comme si l'on devait enlever isolément la tumeur.

Si l'on s'aperçoit que l'enchondrome est véritablement situé en dehors de l'os, on peut enlever la tumeur en détruisant par la dissection ou par l'arrachement les adhérences du pseudoplasme à l'os. La destruction de ces adhérences laisse au point de séparation une surface rugueuse qui ne tarde pas à se couvrir de bourgeons charnus.

On a essayé de guérir quelques enchondromes proprement dits des os, soit par la cautérisation, soit par l'évidement. Voillemier (1) a montré à la Société de chirurgie un malade auquel il avait détruit par les caustiques un enchondrome de la main; mais l'inspection de la partie malade a fait craindre à quelques membres de la Société une récurrence de l'enchon-

(1) *Bulletins de la Société de chirurgie*, t. VII, p. 43.

drome. Du reste, on peut faire précéder l'application des caustiques par un évidement dirigé avec prudence.

Sédillot a publié (1) une observation d'évidement pratiqué sur un enchondrome de la première phalange de l'indicateur gauche. Une incision longitudinale, coupée à angle droit par deux petites incisions perpendiculaires aux extrémités, permit de former deux lambeaux périostés tégumentaires qui furent renversés de chaque côté. L'os fut excavé avec un fort scalpel et réduit à une sorte de coque à l'aide d'une petite rugine. Les articulations furent ménagées et restèrent intactes. Quelques jours après cette opération, Sédillot cautérisa d'abord avec le fer rouge, et plus tard avec le nitrate d'argent, les bourgeons charnus qui remplissaient la cavité osseuse, et le malade guérit en conservant la mobilité de la phalange. Le succès immédiat de cette opération doit encourager le chirurgien à renouveler cette tentative; mais il serait utile maintenant de savoir quelles garanties l'évidement offre contre la récurrence.

Quand il s'agit d'enchondromes des parties molles, c'est à l'extirpation par le bistouri qu'il faut aussi avoir recours. Dans le cas d'enchondrome de la parotide, Dolbeau veut qu'on enlève une partie de la tumeur seulement, si, pour pratiquer l'extirpation complète, il faut couper le facial ou de gros vaisseaux. Il pense que la portion de la tumeur laissée en place peut rester stationnaire. Mais, en présence d'une récurrence toujours fort grave, nous n'hésitons pas à recommander une extirpation complète de la tumeur.

§ VIII. — Tumeurs osseuses. — Ostéome.

Les formations osseuses morbides proviennent le plus souvent d'un os voisin, et c'est exceptionnellement qu'on rencontre des ostéomes tout à fait indépendants des os; il vaut donc mieux faire l'histoire complète de ces tumeurs en décrivant les autres maladies du tissu osseux. Je suivrai ce plan; mais, en attendant, je désire marquer ici la place des ostéomes par quelques considérations très-succinctes, qui trouveront plus tard leur développement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les pseudoplasmes osseux peuvent se former, soit dans les os mêmes, soit en dehors des os. Ils sont caractérisés par la présence des corpuscules et des canalicules qu'on rencontre dans l'os normal (fig. 34). Ces éléments anatomiques, faciles à reconnaître, ne se voient pas, au contraire, dans les tumeurs dures, composées de granulations calcaires, et qu'on désigne sous le nom d'*ostéoides*.

Les ostéomes en rapport avec un os peuvent se montrer à sa *surface externe*, dans son *épaisseur* ou à sa *surface interne*.

Ceux qui naissent de la surface externe de l'os, et qu'on désigne plus particulièrement sous le nom d'*exostoses*, sont les tumeurs dures, plus ou moins saillantes, à large base ou pédiculées. Elles affectent de préfé-

(1) *De l'évidement des os*, p. 144.

rence certains os : ainsi, chez les syphilitiques, elles se produisent surtout dans le corps des os longs ; tandis que chez les rhumatisants, c'est vers les extrémités articulaires qu'a lieu surtout le développement morbide de l'os.

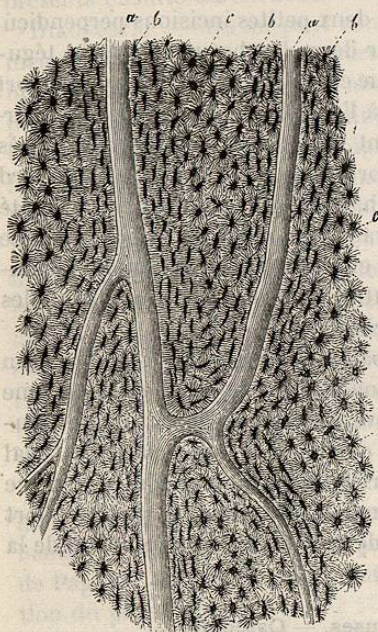


FIG. 34. — Fragment de tissu osseux examiné au microscope. a, a, canalicules médullaires ; b, b, corpuscules osseux ; c, c, canalicules calcaires.

On découvre d'abord une sécrétion plastique au-dessous du périoste, entre cette membrane et l'os ; ce blastème passe quelquefois par l'état cartilagineux avant de s'ossifier, mais dans d'autres cas il est impossible de saisir cette transition. Dans certaines conditions, encore mal connues et en dehors de la syphilis, on voit des apophyses ou des crêtes osseuses devenir le siège d'une formation cartilagineuse et ossifiante exagérée, et de là naissent ces *exostoses épiphysaires* qui peuvent atteindre un volume considérable.

C'est quelquefois dans la substance même de l'os qu'a lieu la production anormale d'éléments osseux : un exsudat se dépose entre les canalicules médullaires et les corpuscules osseux, comprime ces parties ou les fait disparaître, et ainsi se forme une masse éburnée, très-dure. On trouve assez fréquemment de ces hyperostoses, mais il n'en existe pas de plus bel exemple que celui présenté à la Société de chirurgie par Rybel (1852), et figuré par Lebert dans son *Traité d'anatomie pathologique* (Atlas, t. I^{er}, pl. XXXII et XXXIII) : c'est une tête dont les os du crâne et de la face ont subi un développement anormal, avec d'énormes bosselures éburnées sur certains points. Bien plus rarement ces ostéomes prennent une disposition spongieuse.

Des ostéomes nés à la surface interne des os ne sont pas rares. On les voit à divers degrés de développement depuis l'ostéophyte qui se dépose sous la forme d'une lame mince à la surface interne du crâne, chez quelques femmes pendant la grossesse, jusqu'à l'exostose éburnée, volumineuse, qui se produit dans les sinus frontaux et maxillaires.

Il peut enfin se former, *en dehors des os*, des dépôts osseux morbides : ainsi a lieu l'ossification de certaines tumeurs fibreuses, de quelques fausses membranes anciennes, etc.

Si maintenant on examine à un point de vue général toutes ces formations osseuses, on trouve que quelques-unes ressemblent complètement, ou

presque complètement, à l'os normal. Les canalicules médullaires et les corpuscules osseux y sont disposés comme dans un os sain ; mais très-souvent la structure de ces ostéomes s'éloigne de la texture normale de l'os : ainsi les canalicules médullaires, les corpuscules osseux et les canalicules calcaires peuvent faire défaut ou être irrégulièrement développés. Ces corpuscules et ces canaux ont, dans d'autres cas, des proportions irrégulières, ou un volume exagéré ; ailleurs, ces divers éléments sont groupés d'une façon désordonnée, et la disposition lamelleuse de la substance fondamentale n'est plus reconnaissable ; enfin on voit tous les éléments caractéristiques de l'os diminuer de nombre dans certains ostéomes, et l'on arrive ainsi peu à peu aux simples productions calcaires crétaées.

SYMPTOMATOLOGIE. DIAGNOSTIC. — On reconnaît les ostéomes à leur consistance et à leur siège. Ce sont des tumeurs dures, en général arrondies, le plus souvent en rapport avec un os, et dont le développement se fait avec lenteur.

Elles existent souvent sans douleur ; mais, quand elles ont une origine syphilitique, elles peuvent s'accompagner de douleurs nocturnes assez vives. La douleur est quelquefois rendue plus manifeste par un gonflement œdémateux, qui se produit tout autour de l'exostose et s'accompagne d'un peu de rougeur.

Des tumeurs osseuses peuvent exister pendant de longues années sans produire d'accidents ; mais on est quelquefois averti de leur présence quand elles arrivent à comprimer des organes qui remplissent des fonctions importantes. J'ai vu une exostose du tibia comprimer les artères postérieures de la jambe, et amener par là une gangrène du pied. Les exostoses qui se développent dans les sinus frontaux peuvent comprimer les voies lacrymales, et produire un larmolement dont la cause reste souvent inconnue.

Enfin les tumeurs osseuses peuvent, comme un os sain, s'enflammer, se carier, se nécroser, et de là viennent divers accidents que nous décrirons mieux en parlant des maladies du tissu osseux.

ÉTIOLOGIE. — Un certain nombre d'ostéomes n'ont aucune cause connue ; on ignore absolument les conditions qui tendent à créer dans les exsudats les éléments osseux ; mais chez quelques individus la tendance à l'ossification est exagérée ; c'est dans des cas semblables qu'on a vu des exostoses nombreuses se développer symétriquement des deux côtés du corps. La syphilis, le rhumatisme, etc., peuvent créer des dispositions à la formation animale du tissu osseux.

TRAITEMENT. — Les ostéomes d'origine syphilitique subissent l'influence de certains médicaments pris à l'intérieur, et cette influence consiste à en arrêter le développement. En effet, l'iodure de potassium, qui fait disparaître si heureusement les différentes sécrétions plastiques de la syphilis, n'amène aucun travail de résolution dans les ostéomes, mais il s'oppose à ce qu'ils augmentent de volume.

Des ostéomes volumineux ont dû être réséqués avec les os qui les supportaient, mais quand ces productions étaient épiphysaires, on a pu les enlever par la dissection des parties molles qui les entouraient et par la section de leur pédicule.

§ IX. — Tumeurs mélaniques. — Mélanome.

On ne devrait donner le nom de *mélanomes* ou *mélanoses* qu'à des tumeurs formées par les granulations qui se trouvent dans le pigment normal, mais on applique encore ces mots à d'autres tumeurs d'une coloration noire ou d'un brun foncé.

Cette confusion provient d'une connaissance incomplète des pigments; cependant des travaux remarquables ont jeté quelque jour sur ce point de physiologie pathologique. Nous allons mentionner ces recherches et faire précéder l'histoire des *mélanomes* de quelques mots sur les pigments.

HISTORIQUE. — Trousseau et Leblanc, *Recherches pathologiques faites au clos d'équarrissage de Montfaucon*. — *De la mélanose* (*Archives générales de médecine*, juin 1828, 1^{re} série, t. XVII, p. 165. — C. Bruch, *Untersuchungen zur Kenntniss des körnigen Pigments der Wirbelthiere in phys. und pathol. Hinsicht* [Recherches sur le pigment granuleux des animaux vertébrés, au point de vue physiologique et pathologique]. Zurich, 1844. — Natalis Guillot, *Recherches anatomiques et pathologiques sur les amas de charbon produits pendant la vie dans les organes respiratoires de l'homme* (*Archives de médecine*, janvier 1845, 4^e série, t. VII, p. 1). — Virchow, *Die pathologischen Pigmente* (*Archiv für pathol. Anatom.*, 1847, vol. 1^{er}).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Des principaux pigments*. — On distingue, en anatomie pathologique, sous le nom de *pigments*, un certain nombre de matières rougeâtres, brunes, jaunes, verdâtres, qui donnent à des tissus ou à des liquides des teintes variées. Il existe des pigments pathologiques qui doivent manifestement leur origine à la matière colorante du sang; d'autres sont dus à l'hypergénèse d'éléments pigmentaires normaux; dans quelques cas la matière colorante est du charbon, et ailleurs certaines huiles contribuent seules à ces colorations anormales. Il ne peut entrer dans mon plan de faire ici l'histoire générale des pigments, mais je veux seulement insister sur quelques points d'une importance majeure.

Le sang épanché dans nos tissus donne assez souvent lieu à des colorations anormales qui varient du rouge vif au noir foncé en passant par des teintes jaunes. La matière colorante des globules sanguins abandonnée à elle-même éprouve des modifications remarquables; l'hématine se sépare des globules, se réunit sous la forme de granulations, et à un examen attentif on constate, à côté de globules sanguins en partie désorganisés et ne contenant que quelques granules d'hématine, des granulations séparées ou ayant déjà pénétré dans les éléments cellulaires des organes voisins. Ainsi, dans une tumeur mélanique de l'aisselle, dont Ordonez (1) a fait avec soin l'analyse micrographique, on a trouvé les cellules normales

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 2^e série, 1858, t. III, p. 116.

des ganglions lymphatiques partiellement ou en totalité infiltrés de granulations d'hématine.

Cette hématine amorphe est, comme la teinture de safran, d'un rouge foncé lorsqu'on la voit par réflexion, et d'une couleur jaune lorsqu'on la regarde avec la lumière transmise ou en couche très-mince. Ainsi s'expliquent ces colorations jaunes qui se manifestent autour des ecchymoses. Mais il se produit aussi, dans l'intérieur des épanchements sanguins, des phénomènes chimiques qui donnent naissance à de jolis cristaux prismatiques, à base rhomboïdale, de couleur jaunâtre ou d'un rouge de rubis, et qu'on désigne sous le nom d'*hématoïdine*. Ces cristaux que Virchow a signalés le premier, se voient fréquemment dans les épanchements sanguins du cerveau, des ovaires, dans les hémorrhagies chroniques du foie et d'ailleurs. Ils varient en volume de $\frac{1}{5000}$ à $\frac{1}{500}$ de pouce. Ce sont des cristaux transparents que les acides concentrés attaquent seuls en leur communiquant des teintes verte, bleue, rosée, d'un jaune sale. Une forme plus rare de ces cristaux, c'est celle en aiguilles d'un jaune orange ou d'un brun rougeâtre, groupées ensemble régulièrement.

Les agglomérations des corpuscules sanguins noirâtres, atrophies, sont souvent entourées d'une enveloppe albumineuse qui donne à la masse une apparence cellulaire.

On trouve le plus souvent ces pigments sanguins à la surface des séreuses, dans les foyers hémorrhagiques des vésicules de de Graaf et du cerveau, dans les athéromes artériels, dans quelques épanchements hémorrhagiques de la rate, etc.

D'autres pigments pathologiques bruns ou noirs semblent dus à l'hypergénèse d'éléments pigmentaires normaux. C'est dans la choroïde, à la surface de la peau et dans certains ganglions, qu'on peut bien étudier ces singuliers produits. On trouve là une substance organique, demi-solide, noire, d'un brun roussâtre, insoluble dans l'eau froide. Cette substance s'offre sous la forme de granulations ténues ou de masses irrégulières, dépourvues de texture; quelquefois ces granulations infiltrer des cellules normales dont le noyau est tantôt clair, tantôt obscurci par des masses noires. Enfin, on a vu aussi ce pigment noir se présenter sous la forme cristalline.

Il y a des pigments pathologiques qui proviennent de quelques sécrétions, comme la bile, dont les matières colorantes se sont séparées; mais je n'ai point à en parler ici.

Enfin, certains amas pigmentaires noirs sont dus simplement à un dépôt de charbon. La fausse mélanose du poumon, qui résiste au chlore et aux acides minéraux, ne paraît être que du charbon déposé sous la forme de granulations extrêmement fines.

Ce sont là des colorations primitives, qui peuvent encore, sous certaines influences, subir des modifications particulières. Ainsi, l'hématine au contact de quelques acides devient verte; cette réaction pourrait peut-être expliquer ces teintes verdâtres qu'on observe dans les abcès du cerveau,

dans certains kystes, dans des matières putréfiées, dans quelques tumeurs désignées à cet effet sous le nom de *chloroma*. La matière colorante de la bile subit aussi des transformations particulières et dont on doit tenir compte pour apprécier la nature de certaines colorations morbides. Ainsi, lorsque la bile est diluée avec de l'eau et traitée par l'acide nitrique, on constate une série de changements remarquables dans la couleur.

Les matières noires qui ont fait donner à certaines tumeurs le nom de *mélanomes* pourront peut-être un jour se rattacher à quelques grands groupes morbides, et l'on aura de la sorte les mélanoses formées par les altérations de composition de l'hématine, celles qui sont dues à un simple dépôt de charbon, enfin celles qui proviennent d'une hypergénèse de la matière pigmentaire; mais pour le moment il n'est pas possible de faire nettement ces distinctions. Aussi devons-nous nous borner à parler des mélanomes dus au développement exagéré de la matière pigmentaire normale.

La mélanose vraie, celle qui est due à une formation accidentelle d'éléments pigmentaires, se présente sous plusieurs aspects, tantôt à l'état de taches petites ou grandes, isolées ou réunies, tantôt comme une matière infiltrée dans l'épaisseur des tissus, ou bien sous forme de tumeurs.

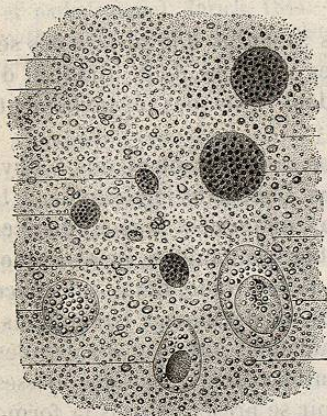


FIG. 35. — a, a, a, granulations pigmentaires; b, b, masses arrondies de granules de pigment; c, c, corpuscules noirâtres qui ressemblent à des noyaux de cellules; d, d, cellules envahies par des granules pigmentaires; e, cellule dans laquelle le noyau a subi la métamorphose pigmentaire.

Les éléments anatomiques du pigment morbide (fig. 35) sont des granules ou des globulins. Les granules sont de petits corpuscules qui ont de $\frac{1}{500}$ à $\frac{1}{400}$ de millimètre; les globulins, éléments plus volumineux, atteignent jusqu'à $\frac{1}{200}$ environ. Ils peuvent se déposer dans l'intervalle des éléments anatomiques normaux, ou pénétrer dans des cellules dont le noyau est alors plus ou moins masqué par ces granulations, enfin se réunir en petites masses arrondies qui ressemblent à des cellules.

La mélanose vraie, séparée du cancer, est rare chez l'homme, tandis qu'elle est très-commune chez les chevaux blancs et gris. Les vétérinaires prétendent même qu'il est rare de trouver un cheval de robe blanche qui n'en contienne quelques traces, surtout s'il est âgé. On ne voit que très-exceptionnellement de la mélanose sur des chevaux noirs, bais ou alezans. Il y a donc chez les chevaux blancs ou gris une espèce d'aberration de la production pigmentaire.

L'œil et la peau sont les parties du corps humain où la mélanose se montre le plus fréquemment; mais il serait tout à fait difficile de dire dans quelle proportion on trouve ici la mélanose vraie et la mélanose

cancéreuse. On voit quelquefois de petites tumeurs mélaniques sous la conjonctive; j'ai vu chez un vieillard des plaques mélaniques de la peau de la joue prendre peu à peu de l'accroissement, et l'une d'elles donner lieu à une petite tumeur. Ces dépôts pigmentaires sans liaison avec le cancer dureraient depuis une dizaine d'années sans aucun engorgement ganglionnaire, sans trouble de la santé générale. Fauvel a publié une observation de véritables tumeurs mélaniques développées autour du melon gauche et dans l'aisselle du même côté, chez un homme de trente-six ans, opéré par Voillemier (1). Mais ce sont là des cas exceptionnels, la mélanose est le plus souvent réunie au cancer.

Les tumeurs mélaniques qu'on observe quelquefois chez l'homme et souvent chez les animaux ont un volume très-variable; car si dans l'espèce humaine elles ne dépassent pas la grosseur d'un marron d'Inde, chez le cheval elles atteignent assez fréquemment le volume d'une tête de fœtus. Leur forme est le plus souvent arrondie, qu'elles soient séparées ou réunies en groupes. Au début, leur consistance est assez grande, dure même; plus tard elles se ramollissent; leur coupe est très-noire ou violacée, d'un brun foncé; elle ressemble à celle d'une truffe. Si l'on vient à froter sur une feuille de papier une tranche de mélanose, on y laisse une tache brune comme celle que produirait de la sépia.

Mais la coupe des malénoses n'est pas noire partout; on découvre dans les tumeurs volumineuses des trainées blanchâtres qui tranchent par leur couleur sur le fond noir de la malénose: ce sont des tractus de tissu fibreux. On ne voit pas de vaisseaux dans le tissu mélanique, ils restent dans la paroi celluleuse qui entoure la tumeur; car il ne faut pas prendre pour des vaisseaux une auréole grisâtre qui enveloppe presque toujours les mélanomes et qui est due à la dissémination dans le tissu cellulaire de petits globules noirs isolés.

Les tumeurs mélaniques sont très-souvent le siège d'un ramollissement qui produit au sein de ces masses un liquide brun rougeâtre. C'est par le centre que ce ramollissement commence, et, si l'on ouvre la tumeur, on peut, à l'aide d'un filet d'eau, faire disparaître le liquide, et creuser ainsi une cavité au milieu de la production morbide. Né sur un point, ce ramollissement gagne peu à peu les divers lobules, et ainsi toute la tumeur éprouve la même transformation. Si la tumeur est au voisinage de la peau, elle s'ulcère quelquefois; les ulcérations mélaniques sont granuleuses, à fond noirâtre, et laissent couler un liquide coloré en brun.

SYMPTOMATOLOGIE. — La mélanose qui se développe dans la peau, dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans l'œil ou dans quelques autres points accessibles à la vue, est seule reconnaissable. Elle se montre sous la forme de tumeurs molles, indolentes, d'un accroissement peu rapide, qui souvent restent stationnaires, et qui, lorsqu'elles se développent, peuvent ulcérer la peau. L'ouverture qui en résulte est à bords fongueux et à fond

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 2^e série, 1858, t. III, p. 116.

noir; cette solution de continuité peut suppurer, bourgeonner, et à la fin se cicatriser.

Ces tumeurs se montrent chez l'homme à un âge avancé de la vie; mais dans l'espèce chevaline c'est vers l'âge de deux à trois ans qu'elles commencent à apparaître.

La santé générale ne paraît point altérée par le développement de la mélanose; mais quand la tumeur est ouverte, le suintement ichoreux qui en résulte peut épuiser les malades et amener une sorte de consomption; des troubles fonctionnels et la mort même sont quelquefois la conséquence du développement des mélanomes. Ainsi, chez le cheval, la mélanose se montre particulièrement autour de l'anus, où on la connaît faussement sous le nom d'hémorrhoides, et elle peut empêcher l'exercice des fonctions indispensables à la vie.

Il n'y a point de signes des mélanoses profondes, viscérales : quelques vétérinaires prétendent trouver, dans la disposition des poils chez les chevaux, un signe de mélanose intérieure, mais cela est loin d'être prouvé.

Les mélanomes développés sur la peau infiltrent les ganglions de granulations mélaniques, et l'on voit ainsi se produire des tumeurs ganglionnaires. La ténuité des éléments de la mélanose rend facilement compte de ces engorgements. Ces tumeurs peuvent aussi, après l'ablation, récidiver sur place, et, lorsque la récidive n'a pas lieu, on trouve assez souvent la cicatrice colorée en noire par des granulations pigmentaires qui, disséminées dans l'atmosphère celluleuse qui entoure la tumeur, échappent au bistouri du chirurgien.

TRAITEMENT. — Il faut traiter les tumeurs mélaniques comme les pseudoplasmes, qu'on ne doit pas laisser séjourner dans les tissus. On les enlèvera promptement, soit par le bistouri, soit par les caustiques.

ARTICLE II

PSEUDOPLASMES HÉTÉROMORPHES

La famille des pseudoplasmes hétéromorphes comprend tous ces tissus morbides qui n'ont pas leurs analogues dans l'économie. Elle est moins nombreuse que la précédente, et nous n'y décrirons que les tumeurs épithéliales, fibro-plastiques, cancéreuses et tuberculeuses.

Cependant quelques anatomo-pathologistes, se fondant sur une analogie plus apparente que réelle entre les éléments anatomiques de quelques-unes de ces tumeurs et ceux qu'on trouve à l'état normal dans l'épithélium et dans les tissus de l'embryon, place l'épithélioma, les tumeurs fibro-plastiques et même le cancer, à côté des autres pseudoplasmes homœomorphes. Sans m'expliquer ici sur la nature essentielle et toujours hypothétique de ces éléments, je me borne à constater que leur réunion ne constitue par un tissu qui puisse être comparé aux autres tissus de l'économie, tandis que les éléments accumulés des tumeurs fibreuses,

osseuses, lipomateuses, cartilagineuses, donnent lieu à des tissus qui ressemblent aux ligaments, aux os, au tissu adipeux normal, au cartilage.

Il y a donc là un véritable hétéromorphisme; et si l'on rapproche ce fait des données cliniques, on arrive à reconnaître que les tumeurs classées ici sous le titre de pseudoplasmes hétéromorphes doivent être séparées des précédentes.

§ I. — Tumeurs épithéliales. — Épithéliome.

Il y a fort longtemps déjà, les chirurgiens ont remarqué que certaines tumeurs dites cancéreuses, et qu'on observe surtout à la peau du visage, aux lèvres, au pénis, ont une évolution différente de celle des autres cancers, de ceux du sein par exemple. Ledran fut surtout frappé de cette différence, et y insista dans le mémoire qu'il publia dans le tome III des *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*. Depuis lors, les chirurgiens, en admettant que les cancers de la peau sont moins graves que les autres cancers, ont tenu compte de cette distinction, sans toutefois en rechercher l'origine anatomique. Il était réservé à l'école micrographique de montrer qu'il existe, dans un groupe de tumeurs désignées d'abord par le nom de *cancroïde*, des éléments corpusculaires distincts de ceux qu'on rencontre dans le cancer, et en même temps d'établir que, dans leur origine, leur développement, leur marche, leur pronostic et leur traitement, les productions formées par le premier de ces pseudoplasmes diffèrent de celles qui constituent le second. Ainsi s'est faite peu à peu l'histoire de certaines tumeurs qu'on rangeait naguère parmi les cancers, et qui ont trouvé aujourd'hui une place et une dénomination distinctes dans la pathologie.

On ne saurait donner de ces tumeurs une bonne définition; il faut se borner à rappeler brièvement quelques-uns de leurs principaux caractères. Elles sont formées par un dépôt successif de cellules qui ont avec les cellules de l'épithélium pavimenteux une très-grande analogie. Ces corpuscules infiltrent progressivement les tissus normaux, se substituent peu à peu à eux, gagnent les ganglions voisins, et entraînent la mort le plus souvent par cachexie et quelquefois par diffusion des éléments morbides dans les viscères.

On a désigné ces tumeurs par différents noms dont quelques-uns doivent être complètement abandonnés. Nous ne nous servons plus aujourd'hui des mots *noli me tangere*, *ulcère rongeur*, *chancre malin*, *ulcère chancreux*, et nous n'avons guère gardé que les mots *cancroïde*, *tumeur épithéliale*, *épithéliome*.

Lebert s'est servi du mot *cancroïde*, que Peyrilhe, à la fin du siècle dernier, appliquait à beaucoup d'ulcères, et qu'Alibert employa d'abord pour désigner la kéloïde. Mais le mot *cancroïde*, en rappelant seulement l'analogie de ces tumeurs avec les cancers, ne suffit point à les caractériser, car on peut appliquer aussi bien ce nom aux enchondromes ulcérés,