

tour le point de départ d'engorgements ganglionnaires nouveaux et de désordres plus profonds qui entraînent la mort.

Ces désordres sont de diverse nature. Le malade, sous l'influence d'une suppuration longue et fétide, perd ses forces, maigrit profondément, devient d'un jaune terne très-intense, et meurt alors épuisé par la douleur ou l'infiltration œdémateuse des tissus. Très-rarement, avons-nous dit, cette cachexie profonde est dominée par la formation d'épithéliomes multiples dans les viscères. Quelquefois les malades succombent à des désordres tout spéciaux, tels que ceux dont on comprend facilement la nature, dans les épithéliomes du larynx par exemple; d'autres fois la mort arrive par certains accidents, comme l'érysipèle, qui n'est pas rare autour des épithéliomes, ou l'hémorrhagie, dont j'ai déjà dit quelques mots à l'article *Anatomie pathologique*.

Les épithéliomes ne disparaissent jamais spontanément. Les très-rares observations de guérison spontanée qu'on a citées sont des cas où la gangrène a envahi, en partie ou en totalité, l'épithéliome; mais cette gangrène n'a été qu'un temps d'arrêt dans le développement de la maladie, qui a toujours suivi fatalement sa marche.

ÉTIOLOGIE. — La cause de ces tumeurs est inconnue; mais on a constaté, au point de vue étiologique, quelques faits dont il est bon de tenir compte. Ainsi il est hors de doute que certaines parties du corps ont le triste privilège d'être souvent le siège de l'épithéliome; la peau, et surtout la peau de la face, est plus particulièrement envahie que d'autres organes. A la face, c'est la lèvre inférieure qui est le plus souvent atteinte: sur 70 cas d'épithéliome des lèvres réunis par Heurtaux, on trouve 62 cas à la lèvre inférieure, 6 à la lèvre supérieure et un à la commissure. — La paupière inférieure est, comme la lèvre inférieure, plus spécialement envahie. Sur 19 cas d'épithéliome des paupières, il existe 12 cas pour la paupière inférieure, 4 cas pour la paupière supérieure et 3 pour les commissures.

Ce pseudoplasme a son maximum de fréquence de quarante à cinquante ans, et le sexe masculin compte un plus grand nombre de malades atteints d'épithéliome que le sexe féminin; mais il faut dire que les hommes sont plus exposés que les femmes à certaines causes qui, au milieu d'une constitution prédisposée, font naître cette lésion. Sur 207 cas de cette maladie, on a pu compter 151 hommes et 56 femmes seulement (Heurtaux). Le sexe paraît avoir aussi une grande influence sur le siège de la tumeur: ainsi on a rassemblé 55 cas d'épithéliome de la lèvre inférieure chez l'homme contre 6 cas seulement chez la femme. La lèvre supérieure était atteinte 4 fois chez la femme et 2 fois seulement chez l'homme, mais ces derniers chiffres sont trop petits pour avoir quelque importance. L'épithéliome de la langue paraît aussi bien plus fréquent chez l'homme, car sur 17 cas on trouve 16 hommes.

L'épithéliome existe plus souvent dans les classes pauvres, chez les individus malpropres et les habitants des campagnes, que chez les personnes placées dans des conditions inverses.

Mais il y a pour le prépuce et les lèvres deux causes spéciales souvent invoquées, et dont il faut dire quelques mots. L'épithéliome du prépuce est provoqué, selon Hey, Roux, etc., par la présence d'un phimosis congénital. Cette tumeur se rencontre en effet particulièrement chez les hommes atteints de cette difformité. Sous l'influence du phimosis, l'extrémité du gland et l'ouverture préputiale sont soumises à une irritation continue produite à la fois par le séjour de la matière sébacée, de quelques gouttes d'urine, etc., et par une compression anormale. Mais comme ce cancroïde n'arrive que tardivement chez les individus atteints de phimosis congénital, il faut admettre encore une cause antérieure prédisposante.

La grande fréquence de l'épithéliome de la lèvre inférieure chez l'homme s'explique bien, selon quelques chirurgiens, par l'habitude de fumer; et cette opinion a été de nouveau soutenue par Bouisson avec un grand nombre de faits dans un travail très-intéressant (1). Le contact prolongé d'un corps chaud, comme le tuyau de ces pipes courtes qu'on nomme des *brûle-gueule*, peut être sans doute une cause déterminante du travail morbide qui amène l'épithéliome, mais, d'autre part, on est obligé de reconnaître que parfois cette lésion des lèvres survient chez des individus qui n'ont jamais fumé, ou bien débute sur des parties de la lèvre qui n'ont point été en contact avec le tuyau de la pipe.

La rareté de l'épithéliome des lèvres chez la femme semble trouver sa raison d'être dans l'absence de cette condition invoquée pour l'homme. Afin de m'éclairer à cet égard, j'ai interrogé un médecin qui a eu souvent l'occasion de voir et de traiter les femmes qui habitent le littoral de la Bretagne et fument habituellement des pipes à tuyau court. Le docteur Morvan (de Lannilis), chirurgien très-distingué, m'a dit avoir vu seulement quatre femmes atteintes de cancroïde à la lèvre inférieure; deux fumaient régulièrement, une autre n'avait jamais fumé, et la dernière n'avait fumé que deux fois. Mais il n'y a pas là un nombre de faits suffisant pour étayer une opinion sur ce point de doctrine.

J'admets donc seulement que l'action de fumer dans une pipe à tuyau court est chez quelques individus une cause prédisposante de l'épithéliome; mais cela n'explique pas encore pourquoi la lèvre inférieure est surtout atteinte. Rigal (de Gaillac) a cru avoir trouvé la cause de ce fait dans une disposition des dents provoquée par l'action de la pipe. Le tuyau de la pipe, dit-il, use la dent sur laquelle il repose; cette dent, ordinairement la canine, devient très-pointue, et dans les mouvements des lèvres elle vient saisir la lèvre inférieure et la contondre; de là une irritation continue qui amène l'épithéliome. Mais il faudrait encore démontrer pourquoi, si la muqueuse est souvent contusionnée par la dent, le cancer débute du côté de la peau. On a dit encore que la véritable cause de cet épithéliome était dans la contusion souvent répétée

(1) *Gazette médicale*, 1859, p. 492.

de la lèvre inférieure par l'introduction de la pipe, mais c'est là une pure hypothèse.

Tout cela ne suffit pas pour expliquer la formation des épithéliomes; on est seulement en droit d'admettre que ces lésions se développent à la suite des violences répétées chez des individus déjà prédisposés à la maladie.

L'hérédité, si incontestable pour le cancer, n'est pas établie pour l'épithéliome; nous faisons toutefois remarquer que ce point de pathologie a été peu étudié.

DIAGNOSTIC. — Au début, l'épithéliome peut être confondu avec quelques autres maladies comme certains ulcères scrofuleux ou syphilitiques, des noyaux du lupus, la kéloïde, de simples verrues, des plaies irritées et des kystes sébacés ouverts à l'extérieur; mais c'est surtout avec le cancer qu'il est plus facile de le confondre.

Les ulcérations scrofuleuses chez les enfants sont superficielles, sans noyau induré sous-jacent, presque toujours multiples, et rarement placées dans les endroits qu'affecte de préférence l'épithéliome.

Certains ulcères syphilitiques, et en particulier le chancre induré, peuvent d'autant plus facilement en imposer pour un épithéliome, qu'on les trouve, comme celui-ci, à la verge, aux parties génitales externes de la femme, aux lèvres, etc. La confusion est d'autant plus facile, qu'on constate encore dans l'épithéliome, comme dans le chancre, une altération superficielle, sécrétant peu, recouverte de croûtes purulentes desséchées, reposant sur une base dure, et s'accompagnant presque toujours d'un ou de plusieurs ganglions engorgés. La distinction de ces deux lésions est souvent assez difficile, et l'on a vu enlever comme cancroïde un chancre induré du prépuce ou de la lèvre. Cependant il y a dans l'élasticité des deux tissus morbides une différence radicale; il suffira d'avoir bien constaté une seule fois la résistance élastique du chancre induré pour ne plus la confondre avec celle de l'épithéliome.

On doit aussi trouver dans le développement rapide de l'induration, dans la prompte apparition d'un ganglion dur, dans la coexistence fréquente d'autres accidents syphilitiques, dans l'essai d'un traitement spécifique, des renseignements précieux pour établir le diagnostic. Le chirurgien qui enleva un chancre induré de la lèvre développé seulement depuis un mois aurait évité cette erreur, s'il avait su temporiser en soumettant son malade à l'essai d'une médication spécifique.

Les ulcérations tertiaires qui ont succédé à des gommages ramollies peuvent encore donner lieu à des erreurs de diagnostic; mais on trouve dans le peu d'induration des bords, dans le développement d'autres accidents spécifiques, enfin dans l'action rapidement curative de l'iodure de potassium, des moyens de les éviter.

La forme, la multiplicité, la mollesse et la coloration des noyaux indurés du lupus ne permettent guère de confondre cette maladie propre aux jeunes sujets avec l'épithéliome. Il en est de même pour la kéloïde,

tumeur qui naît presque toujours sur une cicatrice, et qui, par l'état de sa surface et la lenteur de son ulcération, ne peut être prise pour la maladie que nous étudions.

Les kystes sébacés ouverts à l'extérieur et dont les produits sont desséchés ressemblent davantage à un épithéliome ulcéré et couvert de croûtes; mais on puisera, pour ce diagnostic différentiel, quelques renseignements dans la connaissance de l'état antérieur. On saura que, dans le cas de kystes sébacés, il existait d'abord une tumeur arrondie, lisse, qui, au bout de quelque temps, s'est perforée et a donné naissance à ce qu'on observe maintenant.

Quant aux verrues, elles ressemblent quelquefois complètement à un épithéliome à son début, et c'est par la marche de la maladie qu'on pourra seulement établir des différences.

Certaines plaies, entretenues par des corps étrangers, ont souvent pris le caractère d'un épithéliome ulcéré. Ainsi, on a vu un fragment pointu de dent irriter le bord de la langue, et y développer une plaie fongueuse qu'on eût pu prendre pour une ulcération épithéliale: il n'en était rien, car l'extraction de la dent a suffi pour guérir cette plaie de mauvais aspect.

On peut confirmer le diagnostic par l'examen micrographique; car dans le plus grand nombre des cas, il est possible d'enlever sans danger un petit fragment de la surface malade et de le soumettre au microscope. Or on ne confondra pas les cellules larges, aplaties, munies d'un petit noyau, qu'on rencontre dans l'épithéliome, avec les cellules à gros noyau du cancer, ni avec les cellules fusiformes des tumeurs fibro-plastiques.

Je n'insiste pas sur le diagnostic des engorgements ganglionnaires de l'épithéliome; il est malheureusement trop facile.

PRONOSTIC. — L'épithéliome est une affection grave, mais sa gravité est moindre que celle du cancer. Il n'altère la santé générale qu'après un temps souvent fort long, lorsqu'il a détruit une étendue assez considérable de tissus, et qu'il s'accompagne d'une suppuration abondante. Il paraît d'ailleurs moins dangereux dans certaines régions que dans d'autres: ainsi sur les différents points de la face, l'épithéliome est moins grave qu'aux lèvres, et cette gravité devient plus grande lorsqu'il passe des surfaces cutanées sur les surfaces muqueuses. L'épithéliome de la langue, par exemple, peut être rangé parmi les plus graves.

Les dangers que ce pseudoplasme fait courir au malade tiennent aussi aux récurrences assez fréquentes qu'on observe après son ablation. La proportion de ces récurrences n'est pas bien établie. Ainsi la statistique de Paget donne un plus grand nombre de récurrences que celle citée par Heurtaux dans sa thèse. Sur 202 faits, ce dernier n'a vu que 29 fois une récurrence sur place; 5 fois la récurrence avait lieu dans les ganglions, 9 fois sur place et dans les ganglions, enfin une fois à distance; mais cette proportion des récurrences me paraît trop médiocre. Dans quelques cas, les récurrences ont été très-nombreuses, et l'on a vu des malades subir ainsi une vingtaine d'opérations.

Quand la récédive arrive, elle se manifeste en général assez promptement, dans l'année qui suit l'opération. Mais il faut dire que ces fréquentes récédives tiennent moins souvent à la nature de la maladie qu'au mode opératoire suivi dans ce cas. Nous avons vu plus haut comment les corpuscules de l'épithéliome se répandent dans des tissus en apparence sains. C'est dans cette disposition qu'il faut souvent chercher la cause d'une récédive que l'on aurait évitée en enlevant une plus grande étendue de tissus.

Des faits assez nombreux établissent en effet la curabilité de l'épithéliome; mais, pour arriver à un résultat aussi heureux, il faut enlever le mal de bonne heure et assez largement, pour dépasser les prolongements épidermoïdes du tissu morbide dans les tissus sains.

TRAITEMENT. — Le chirurgien, dans certains cas, rares à la vérité, peut donner quelques conseils prophylactiques de l'épithéliome. Le plus important de ces conseils, c'est d'éviter les attouchements réitérés, les applications irritantes, sur ces boutons du visage qu'on suppose pouvoir devenir un jour le siège de l'épithéliome. L'opération du phimosis congénital, chez des individus qui portent cette infirmité depuis longtemps, doit aussi être prescrite à titre préventif. Enfin on doit indiquer à ceux qui fument des pipes à très-court tuyau les accidents auxquels les expose l'usage continu de cette pratique.

Le traitement curatif de l'épithéliome ne dispose que de deux méthodes : l'ablation par le bistouri ou la ligature, et la destruction par les caustiques. Quel que soit le moyen mis en usage, il faut se rappeler que les ablations ou les destructions partielles ne font qu'exciter le mal et favorisent le développement du produit morbide. Deux grands chirurgiens du siècle dernier, Richter et Ledran, ont déjà très-nettement insisté sur ce précepte. Ainsi le chirurgien allemand établit d'abord que beaucoup d'ulcères des lèvres et de la peau, qui au commencement sont tout à fait bénins, ne prennent un mauvais caractère que par l'usage inconsidéré des caustiques. Il ajoute ensuite que le chirurgien doit avoir en vue par-dessus tout d'enlever la totalité des parties malades; car, selon lui, la plupart des récédives doivent être bien plus attribuées à l'omission de cette règle qu'à l'incurabilité de la maladie. Ledran est aussi explicite, et, d'après lui, le caustique ne peut convenir que si la tumeur est si petite, qu'une seule application puisse la détruire; car autrement il ne sert qu'à irriter et à faire dégénérer en cancer. L'opinion de Ledran fait bien comprendre qu'il sépare l'épithéliome du cancer; et, sans admettre la transformation de l'un dans l'autre, on sait aujourd'hui le sens qu'on doit attacher aux expressions de ce chirurgien. Les sages préceptes de Ledran doivent encore aujourd'hui servir de règle à notre pratique.

Si l'on fait usage des caustiques, il faut employer ceux qui ont une action assez énergique, et rejeter ceux qui, comme le nitrate d'argent, n'agissent que très-superficiellement; mais, parmi les caustiques forts, nous excluons ceux qui, comme la potasse, ont une action fluidifiante.

La pâte de Vienne peut être employée, mais nous lui préférons le caustique au chlorure de zinc, les préparations arsenicales, et le caustique sulfo-safranique de Velpeau. Quant au fer rouge dont Sédillot a vanté récemment l'emploi dans le traitement des cancroïdes, nous pensons qu'il n'a pas d'avantages réels, que les cicatrices fibreuses auxquelles il donne naissance ne sont point un rempart contre les récédives, enfin qu'il est d'une application peu commode. — Les caustiques peuvent être employés de deux façons : sur la tumeur même, ou autour de la tumeur.

Les applications de caustiques sur la tumeur se font différemment, suivant qu'on emploie l'un ou l'autre des agents que nous avons cités plus haut; nous y reviendrons plus loin à l'article CANCER. Au contraire, si l'on veut cerner par le caustique le produit morbide, il suffit d'enfoncer à sa circonférence de petites flèches d'une pâte sèche au chlorure de zinc; ces flèches, plongées dans des trous faits par le bistouri ou le trocart, forment une eschare qui isole les parties saines du produit morbide, et la chute de la tumeur se fait en même temps que la séparation de l'eschare.

L'extirpation de l'épithéliome par le bistouri est une bonne méthode opératoire, à la condition de s'écarter le plus possible du siège du mal. On ne peut pas formuler d'autre règle, car tout dépend ici de la disposition des parties. Si après l'extirpation on peut boucher par un lambeau autoplastique les surfaces mises à nu, on mettra le malade dans des conditions plus favorables encore à la guérison.

On a quelquefois combiné les deux méthodes. Ant. Dubois cautérisait assez souvent par un caustique arsenical la plaie qui résultait de l'extirpation d'un épithéliome par le bistouri.

Quel que soit le mode opératoire qu'on emploie, il faut préalablement explorer avec soin les limites de la région malade. Ainsi, on devra rechercher les saillies, les rougeurs du derme et les épaissements de la couche épidermique; on examinera si l'épiderme se détache avec facilité de la peau sous-jacente; on explorera les divers prolongements sous-cutanés de la tumeur que l'œil n'aperçoit pas, mais que le doigt sent; enfin on examinera surtout les espaces cellulaires dans lesquels l'épithéliome suit en général une marche plus facile.

Si au moment de l'opération il existe déjà quelques ganglions engorgés, il faut les extirper en même temps que le mal primitif; mais tout cela est encore commandé par la disposition des parties. L'adhérence du tissu morbide aux os fait que le chirurgien doit surveiller avec attention le temps de l'opération où l'on détache l'épithéliome de l'os sous-jacent. On devra gratter avec une rugine les parties osseuses malades et ne s'arrêter que sur les parties saines.

Les récédives de l'épithéliome commandent l'opération au même titre que la tumeur originelle, car on a vu quelques-unes de ces tumeurs récédées ne plus se montrer après deux ou trois opérations. Il est bien entendu que ces opérations secondaires ne seront pratiquées que dans les

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LEBERT, *Traité d'anatomie pathologique générale*, etc., t. I, p. 77. — PAGET, *Lectures on Tumours*. — WOLLEZ, *Observation de fibroplastie généralisée simulant un cancer du poumon, suivie de réflexions sur ce genre de maladies* (*Archives de médecine*, août 1852). — VERNEUIL, *Quelques propositions sur les fibromes, ou tumeurs formées par les éléments du tissu cellulaire* (*Mémoires de la Société de biologie*, 2^e série, t. II, p. 183). — FOLLIN, *Du cancer, du cancroïde épithélial et du tissu fibro-plastique au point de vue de la clinique et de la micrographie pathologique* (*Archives de médecine*, décembre 1854). — BIRKETT, *Contributions to the practical Surgery of new Growths or Tumours*, 2^e série, *Fibro-plastique* (*Guy's Hospital Reports*, 3^e série, vol. IV, p. 231). — HUGO SENFTLEBEN, *Ueber Fibroïde und Sarcome in chirurgisch-pathologischer Beziehung* (*Arch. für klinische Chirurgie herausgegeben von Langenbeck*, 1860, 1 vol., p. 81).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1° Des cellules ovoïdes ou arrondies *a* (fig. 38), mais assez souvent terminées en pointe à leurs deux extrémités. Ces cellules sont, en général, assez petites et mesurent de $\frac{1}{100}$ à $\frac{1}{60}$ de millimètre. Leur paroi cellulaire est pâle, homogène, peu granuleuse; elles renferment un ou deux noyaux. Quelquefois on découvre de grandes cellules mères, sortes de plaques à noyaux multiples, et qui renferment un très-grand nombre de ces corpuscules. 2° Des noyaux *b*, qui ont de $\frac{1}{200}$ à $\frac{1}{140}$ de longueur, ronds d'abord, plus tard ovoïdes. Ces noyaux peuvent s'allonger très-considérablement, au point d'atteindre $\frac{1}{40}$ de millimètre de longueur. Ils renferment un ou deux nucléoles punctiformes.



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

3° Des corps fusiformes *c, d*, qui sont représentés par des corpuscules renflés en fuseaux allongés et terminés par un prolongement effilé quelquefois divisé. Ces corps fusiformes renferment à leur centre un nucléole punctiforme. Leur largeur est de $\frac{1}{160}$ de millimètre; leur longueur peut atteindre de $\frac{1}{40}$ à $\frac{1}{10}$ de millimètre. Ces corps fusiformes, rapprochés les uns des autres avec leurs appendices longs et grêles, servent parfois à constituer seuls le tissu morbide que nous étudions.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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