

des variétés précédemment étudiées ; et en tout cas elles se développent moins rapidement. Cependant certains sarcomes fasciculés nés aux dépens du périoste dans la continuité des membres, alors que rien ne vient gêner leur extension, peuvent acquérir un volume considérable.

Les sarcomes fasciculés se développent par ordre de fréquence, d'abord sous le périoste, puis les os, le tissu conjonctif, les glandes, comme la mamelle et le testicule. Ils peuvent se généraliser et envahir secondairement les organes splanchniques. Mais ce fait, fréquent pour les sarcomes fasciculés nés du périoste, du tissu cellulaire et du testicule, est rare pour ceux qui se développent dans la glande mammaire.

Dans ce dernier organe, les sarcomes fasciculés qui s'y développent sont accompagnés d'une prolifération des culs-de-sac glandulaires, ce qui a porté Billroth à en faire une variété à part, sous le nom d'adénosarcome.

Le tissu morbide peut revêtir deux formes ; dans un premier cas il prend la forme de masses considérables au milieu desquels sont noyés les éléments glandulaires, allongés, étirés et apparaissant comme de longues fissures lacunaires irrégulières. Dans une autre forme, le tissu morbide donne naissance à des végétations saillantes plus ou moins considérables qui pénètrent dans des cavités lacunaires d'origine glandulaire. Dans le premier cas, il s'agit d'un sarcome péricanaliculaire ; dans le second, c'est un sarcome endocanaliculaire. Mais le plus habituellement dans la même tumeur on trouve ces deux formes mélangées. Ces cavités lacunaires sont recouvertes d'un épithélium cylindrique ou cubique. Lorsque ces sarcomes se généralisent et envahissent d'autres régions, on ne trouve jamais dans les tumeurs secondaires ces cavités lacunaires si remarquables.

Le *sarcome ossifiant* constitue une variété très proche des deux précédentes ; elle se développe dans les os, et surtout les os spongieux. Elle en diffère en ce qu'elle a une tendance à l'ossification incomplète caractérisée par la production de quelques travées osseuses englobant des alvéoles remplis de tissu de sarcome myéloïde.

On doit rattacher à cette variété les épulis dentaires qui forment une sorte de tumeur intermédiaire à l'ostéome et au sarcome. Cependant elles doivent être écartées de l'ostéome en ce que l'ossification y est toujours rudimentaire. Les exostoses sous-unguéales sont également des sarcomes ossifiants ; elles renferment quelquefois des flots cartilagineux, mais elles ne constituent jamais un os parfait et présentent seulement une tendance à l'ossification ; de plus elles récidivent quelquefois.

On ne doit pas confondre les travées osseuses du sarcome ossifiant avec les aiguilles ossiformes, mais simplement calcifiées que l'on rencontre dans le sarcome fasciculé. Ces dernières sont très faciles à reconnaître à l'examen microscopique, et sont constituées par une substance

imprégnée de granulations calcaires, et creusées de petites cavités arrondies ou ovoïdes logeant les cellules sarcomateuses.

*Sarcome névroglie.* — Ce sont des tumeurs qui se développent dans les centres nerveux et dont la consistance est molle, gluante, assez analogue à celle de la glu. Virchow en a fait une classe à part sous le nom de gliome, après avoir reconnu l'analogie que présentait leur tissu constituant avec les éléments de la névroglie.

Ces tumeurs peuvent être assez volumineuses et leur évolution assez rapide. On les trouve, avons-nous dit, dans les centres nerveux, moelle épinière, substance blanche et substance grise, dans les nerfs à leur émergence de l'encéphale, dans le nerf optique, jusqu'au fond de l'œil ; lorsqu'ils se développent dans les centres nerveux, ils font souvent saillie dans les cavités de l'épendyme et les ventricules cérébraux.

Dans l'intérieur de leur masse on trouve souvent de la dégénérescence muqueuse, des hémorragies, des infarctus en voie de désintégration granulo-graisseuse et des kystes hématiques. La dégénérescence grasseuse que l'on rencontre souvent pourrait, à un examen superficiel, faire croire à l'existence de gros tubercules anciens, ou de gommages cérébrales. Mais elle s'en différencie en ce que dans ces deux derniers cas, la masse granulo-graisseuse est plus sèche, plus compacte et plus massive ; enfin l'altération vasculaire permettra de reconnaître les tubercules.

Les cellules constituant ces tumeurs sont des éléments assez petits de 6  $\mu$  à 12  $\mu$ , formés d'une masse de protoplasma, dans le centre de laquelle se trouve un réticulum mince formé par des filaments minces unis entre eux. Ce réticulum, de la réalité duquel on ne peut douter, forme des alvéoles dans lesquels sont englobées les cellules myéloïdes. Dans d'autres points de ces tumeurs on trouve tous les caractères des sarcomes encéphaloïdes ou fasciculés. Le sarcome névroglie prend quelquefois un énorme développement. lorsqu'il s'est développé dans la rétine, et dans ce cas revêt un caractère de malignité tout spécial. Il récidive et envahit les parties voisines, et on doit remarquer qu'il débute dans le jeune âge.

Le *sarcome angiolithique* diffère essentiellement des espèces précédentes ; il se rencontre spécialement dans la cavité cérébro-spinale, dans l'arachnoïde, la pie-mère, la dure-mère, et renferme des grains calcaires spéciaux, analogues à ceux que l'on rencontre dans les plexus choroïdes. C'est la présence de ces productions spéciales qui avait porté Virchow à en faire une classe à part sous le nom de *psammomes* ; tandis que Robin se fondant sur la forme spéciale des cellules, la décrit sous le nom d'épithéliome de la dure-mère. Or la comparaison que l'on peut faire entre le mode de développement des grains de la choroïde et celui des grains du sarcome angiolithique permet d'établir une analogie absolue ; ces grains se développent autour de bourgeons vasculaires en-

tourés de lamelles aplaties, qui prolifèrent en conservant leur forme et leur disposition concentrique. Ces cellules s'incrument de sels calcaires lorsque la circulation s'arrête dans la dilatation; il en résulte la formation d'une véritable phlébolithe.

Ces tumeurs, lorsqu'elles sont récentes, sont molles, faciles à écraser, mais ne renferment jamais de suc. Leur coloration est grise, opaque, et elles sont entourées d'une membrane d'enveloppe.

Les cellules sont aplaties, minces, de très grande dimension et irrégulières; le noyau placé au centre est lenticulaire; vues de face elles ressemblent à une plaque endothéliale et de côté à une fibre. Le système vasculaire est très développé, les parois des vaisseaux sont formées par les cellules qui constituent la masse morbide, d'où grande friabilité et extensibilité des parois vasculaires; il en résulte la formation de nombreuses ectasies, qui subissent les mêmes transformations que celles des plexus choroïdes et donnent naissance aux grains psammotiques. Le pédicule qui unit les grains aux vaisseaux et leur mode d'origine suffit pour les différencier des globes épidermiques, avec lesquels un certain nombre d'auteurs avaient été disposés à les confondre.

Enfin on décrit des variétés secondaires, comme le *sarcome muqueux*, le *sarcome lipomateux* et le *sarcome mélanique*.

La première variété se rencontre fréquemment dans un grand nombre de sarcomes par suite de l'altération muqueuse de parties plus ou moins étendues. Cependant on ne doit décrire comme sarcome muqueux que ceux dans lesquels cette altération envahit même les parties les plus récentes et est très étendue. Les hémorragies sont fréquentes dans cette variété et donnent lieu à des formations de pseudo-kystes.

Le *sarcome lipomateux* est caractérisé par ce fait que les cellules qui le constituent sont chargées de gouttes de graisse sans être détruites. Elles sont grosses et fusiformes, ont un ventre renflé et le noyau rejeté à la périphérie. La substance intercellulaire est peu développée. Les tumeurs de ce genre prennent habituellement un gros volume et peuvent se généraliser.

Le *sarcome mélanique* a le plus habituellement son point de départ dans l'œil ou la peau. — Toutes les parties ne sont pas également imprégnées de pigment. Aussi les parties jeunes sont transparentes alors que les parties les plus anciennes deviennent noires.

Les éléments cellulaires sont arrondis ou fusiformes; leur disposition et la substance intercellulaire ne présentent rien de spécial. Le caractère spécifique de ces tumeurs est dû à la présence de granulations pigmentaires grises ou noires, arrondies ou anguleuses et qui se différencient des pigments d'origine hématiche, en ce qu'elles ne passent pas par les colorations différentes, jaune rougeâtre, rouge et noire signalées par Virchow.

Les granulations mélaniques se déposent d'abord autour du noyau

dans le protoplasma, puis dans la cellule, et enfin en dernier lieu dans la substance fondamentale.

Les sarcomes mélaniques présentent une malignité exceptionnelle; ils se généralisent en effet rapidement, envahissent aussi bien par les voies lymphatiques que par les voies sanguines, et donnent lieu au développement de tumeurs secondaires, également noires, qu'on retrouve dans tous les organes, dans tous les tissus et qui s'accroissent rapidement.

On ne doit pas confondre le sarcome mélanique avec la mélanose simple, et quelquefois il est difficile de le différencier du cancer mélanique, qui également se développe et se généralise facilement.

Il est difficile d'établir une symptomatologie des tumeurs sarcomateuses en général. Nous avons vu qu'il y avait de grandes différences entre les diverses variétés dans le volume, la rapidité du développement, la facilité des généralisations, la consistance. Ces caractères s'étudieront avec plus de fruit au moment où nous ferons la description des tumeurs par régions et par organes. Cependant nous ferons remarquer que d'une façon générale les sarcomes, même d'un gros volume, restent longtemps sans contracter d'adhérence avec la peau et les parties voisines; d'où, pour celles qui sont nées dans les parties molles, une grande mobilité, aussi bien dans les parties profondes que sur la peau.

Un autre caractère qui leur est presque spécial, c'est la grande vascularisation veineuse des parties molles voisines. On voit dans les cas de sarcomes, de grosses veines passer sur la peau et provenir de la tumeur soit directement, soit indirectement.

Enfin on doit noter qu'elles s'accroissent rapidement, acquièrent vite un volume considérable et quelquefois par secousse brusque, ce qui alors est le plus souvent en rapport avec la formation de grandes cavités kystiques à liquide hémorrhagique. Dans ce cas il n'est pas rare de voir ce développement rapide accompagné de douleurs véritablement intolérables.

Le *pronostic* des sarcomes dépend de l'énergie qu'ils présentent à l'envahissement et à la généralisation, et enfin de l'organe envahi. Tout sarcome volumineux est grave, mais lorsqu'il appartient à une variété qui récidive sur place et se généralise il offre une malignité plus grande. Toutes les variétés, à l'exception du sarcome névroglitique, angiolithique, se généralisent. Cependant la malignité n'est pas la même pour toutes. On peut dire qu'un *sarcome est d'autant plus grave que son organisation est moins élevée*. Aussi le sarcome ossifiant est moins grave que le sarcome fasciculé, et ce dernier moins grave que le myéloïde et l'encéphaloïde.

Au contraire plus le sarcome tend à produire des tissus adultes et moins il présente de gravité. Ainsi l'épulis ossifiant est moins grave que le sarcome fasciculé dans lequel on trouve des aiguilles ossiformes simplement calcifiées.

Enfin les sarcomes glandulaires de la mamelle présentent une bénignité relative assez grande. Il est bien rare de les voir récidiver sur place lorsque la glande a été enlevée en totalité, et pour nous, nous n'en n'avons jamais vu d'exemple. Nous n'en avons jamais vu également de cas d'extension aux ganglions ou aux viscères splanchniques, et ceci quelle que fût la nature du tissu et la variété du sarcome en question. Ce fait tient certainement à la disposition spéciale du tissu conjonctif de la glande, et aux rapports éloignés qu'il présente avec les lacunes lymphatiques. Nous avons constaté le phénomène inverse pour les sarcomes du testicule.

Le traitement est en rapport avec les régions atteintes, mais il devra toujours être chirurgical, il n'existe aucun moyen d'arrêter la marche, ou de faire disparaître des tumeurs sarcomateuses caractérisées.

## § 2. — Myxomes.

Les myxomes sont des tumeurs formées par du tissu muqueux. Ce tissu très répandu dans l'embryon constitue la trame du cordon ombilical et persiste à l'état adulte dans le corps vitré. D'après la description que nous en avons donné dans l'étude des éléments anatomiques, nous avons vu qu'il est constitué par des fibres entre-croisées avec une apparence réticulaire. Dans les mailles se trouvent logées : 1° des cellules qui, au lieu d'être plates comme dans le tissu conjonctif, sont turgides et développées dans tous les sens ; elles ne rencontrent en effet aucune résistance qui les oblige à prendre une forme de préférence à une autre ; 2° des cellules embryonnaires analogues aux cellules lymphatiques, et enfin une substance fondamentale devenue molle, et renfermant de la mucine. Dans une autre forme, le tissu muqueux est constitué par des cellules étoilées et anastomosées, qui disposées au milieu d'une masse de substance fondamentale ayant subi l'altération muqueuse donne les mêmes réactions histochimiques que la mucine.

Le tissu muqueux se trouve chez l'embryon dans les premières phases du développement du tissu conjonctif et du tissu adipeux, par conséquent à cette période qui partant de l'état embryonnaire arrive à constituer des tissus parfaits et permanents. C'est cette considération anatomique qui doit faire placer les myxomes après les sarcomes et avant les tumeurs formées par les diverses variétés de tissu conjonctif.

Les myxomes correspondent à ces tumeurs que les auteurs du commencement du siècle désignaient par le nom de colloïdes, introduit dans la science par Laennec, et aux collonema ou tumeurs gélatineuses de J. Muller. Virchow est le premier anatomo-pathologiste qui se soit servi du terme de myxome et qui ait signalé la différence qui existe entre la matière muqueuse et la matière colloïde, bien que chimiquement elles soient très voisines. En effet il ressort de ses recherches que la matière

colloïde se rapproche des substances protéiques et qu'il est possible de la produire artificiellement en traitant du sérum sanguin par du chlorure de sodium calciné. La mucine dérive aussi des matières protéiques, mais moins facilement assimilables, de la chondrine par exemple, fait qui est en rapport avec la présence de la mucine dans les produits de l'inflammation des cartilages, et dans certains cartilages à cellules ramifiées.

Les myxomes sont des tumeurs molles, tremblotantes, d'apparence gélatineuse ; elles sont traversées par des vaisseaux sanguins faciles à isoler et qui tranchent par leur couleur sur le tissu morbide ambiant. Par le raclage on obtient un liquide épais, visqueux, ressemblant à de la solution de gomme épaisse. Ce liquide est précipité par l'alcool sous forme de filaments ou de flocons blanchâtres qui réunis dans l'eau gonflent et redeviennent transparents.

Enfin ces tumeurs peuvent, dans certaines régions, acquérir assez vite un volume considérable. Les éléments anatomiques sont représentés par des cellules arrondies ou anguleuses, allongées en fuseaux stellaires et munies alors de prolongements. Ces cellules sont pâles, renferment un ou plusieurs noyaux, leurs contours sont mal indiqués, ce qui est dû à ce que la substance intercellulaire est presque aussi réfringente que celle du protoplasma. Aussi, pour bien l'étudier, il est nécessaire d'employer les réactifs colorants comme le picro-carmin ou le nitrate d'argent. On y trouve aussi des cellules plates et appliquées sur les faisceaux. Enfin dans les mailles du réticulum on rencontre toujours de petites cellules rondes sans connexion avec les autres, et situées au milieu du liquide muqueux.

Sur des coupes on voit des mailles formées par un réseau vasculaire à larges mailles et formant des espaces dans lesquels sont disséminées les cellules dont nous venons de parler et une substance intercellulaire très abondante, très réfringente, qui présente toutes les réactions du mucus et de la mucine.

C'est dans les mailles du réseau vasculaire que sont placées les cellules munies de prolongements qui forment elles-mêmes par les anastomoses de leurs prolongements un réticulum à mailles plus étroites remplies par du liquide muqueux dans lequel sont en suspension les éléments arrondis. Il n'est pas rare de trouver des fibres élastiques entrecroisées et indépendantes des cellules spéciales, et souvent aussi des cellules adipeuses.

*Variétés anatomiques.* — On décrit trois variétés de myxomes :

1° *Le myxome pur* qui correspond au type anatomo-pathologique que nous venons de décrire et dans lequel on ne trouve que le réseau vasculaire, les cellules étoilées et anastomosées, la substance muqueuse interposée et les cellules rondes. Cette variété est assez rare.

2° *Le myxome à fibres élastiques*, qui est assez fréquent surtout dans les polypes muqueux. Il est constitué par le type précédent auquel s'a-

joutent beaucoup de fibres élastiques, qui forment dans la substance intercellulaire des travées remarquables.

3° *Le myxome lipomateux*, dans lequel les cellules adipeuses sont disséminées en nombre variable, quelquefois si considérable, dans la substance muqueuse qu'il est difficile de décider si on est en présence d'un myxome lipomateux ou d'un lipome.

Cette difficulté est en rapport avec ce que nous savons sur les conditions dans lesquelles se développe le tissu adipeux, qui chez l'embryon prend naissance dans le tissu muqueux par transformation des cellules de ce tissu.

Le tissu des myxomes subit assez souvent des modifications nutritives qui sont les suivantes.

a. *Hémorrhagies*. — Les vaisseaux sanguins mal soutenus par un tissu mou et offrant peu de résistance peuvent se laisser distendre et se rompre. Lorsqu'il y a simple distension, il se forme un état télangiectasique. Si les vaisseaux se déchirent, on voit se produire des foyers hémorrhagiques. Ces deux états sont bien plus rares dans le myxome que dans le sarcome.

b. *Transformation muqueuse des éléments cellulaires*. — Ce fait n'est pas rare, et lorsqu'il se produit, les cellules se désagrègent, forment un détritit granuleux, mêlé à la masse muqueuse. Il s'est ainsi constitué un pseudo-kyste. Cette destruction des cellules succédant à leur transformation muqueuse est amenée par une régression granulo-graisseuse.

c. *Inflammation et gangrène*. — Lorsque les myxomes sont superficiels, ils sont susceptibles de s'enflammer, et ce travail inflammatoire, lorsqu'il prend une grande extension, peut produire comme conséquence des phénomènes d'ulcération. Dans ce cas, on voit se développer dans la partie enflammée un grand nombre de jeunes cellules et une exsudation leucocytaire abondante. Dans certaines circonstances exceptionnelles, et lorsque l'inflammation est intense et les exsudats considérables, il peut se produire une gangrène totale de la tumeur, surtout lorsqu'elle est polypeuse et fixée par un pédicule mince.

Les myxomes présentent des caractères spéciaux, suivant les régions et les tissus dans lesquels ils se développent.

Dans le placenta, la formation du tissu muqueux donne lieu à la formation d'une altération caséuse décrite sous le nom de *môle hydatique vésiculaire*. Cet état morbide peut être partiel ou total et donne aux parties atteintes une apparence bien faite pour étonner. Le tissu placentaire est remplacé par une série de grains vésiculeux formant des grappes plus ou moins volumineuses. Lorsque l'altération est partielle et très limitée, elle n'est pas incompatible avec la continuation de la grossesse. Mais si elle est étendue, l'embryon meurt et reste très peu développé. C'est la présence constante de cet embryon, qu'il est quelquefois difficile de trouver, qui permet d'affirmer que l'origine de la lésion est une

modification du placenta. Virchow a pu établir que cette altération était la conséquence du prolongement du tissu muqueux du cordon dans l'endochorion ou encore d'un tissu muqueux très rare à l'état normal entourant les houppes vasculaires des villosités placentaires qui prenant un développement exagéré, étouffe en partie le système vasculaire et donne à la villosité la forme vésiculaire si remarquable.

Le cordon ombilical, qui est formé de tissu muqueux, présente souvent des nodosités plus ou moins bien pédiculées qui ne sont autre chose que de petits myxomes.

Le tissu dans lequel se développent le plus habituellement les myxomes est le tissu cellulaire; surtout le tissu cellulo-adipeux. Ce fait ne présente rien d'extraordinaire eu égard aux relations de parenté qui existent entre le tissu muqueux et le tissu adipeux. Dans les muscles, cette altération est également assez fréquente et débute par le tissu cellulaire interposé entre les faisceaux musculaires; ces derniers s'altèrent, et subissent une atrophie lente, caractérisée d'abord par une multiplication des noyaux et une dégénérescence granulo-graisseuse; puis ils s'amincissent de distance en distance et se fragmentent en petits blocs fusiformes réunis à leurs extrémités par de minces prolongements, débris des tubes de sarcolemmes vides.

Dans le système nerveux les myxomes sont fréquents, ils se présentent le plus habituellement dans les nerfs périphériques et sont souvent considérés comme des exemples de névromes.

Les myxomes des nerfs ont une forme lobulée et une consistance assez molle ou plutôt de la rénitence. La lésion se développe dans le tissu conjonctif du cordon nerveux, et les tubes nerveux sont le plus souvent rejetés à la périphérie. Dans d'autres cas, les filets nerveux sont dissociés, mais cependant concentrés dans la partie centrale de la tumeur. Quelle que soit la partie du nerf dans laquelle s'est développée la lésion, on peut constater que les tubes nerveux ont résisté et ne présentent aucune modification nutritive appréciable.

Dans les centres nerveux cérébro-spinaux, les myxomes se développent rarement et constituent le collonema de Muller; leur mollesse est très grande et la couleur de leur tissu verdâtre. Ils coexistent fréquemment avec les formations glyomateuses.

Les glandes présentent d'assez nombreux exemples de myxomes. Les faits de ce genre étudiés dans le sein sont assez rares, et lorsqu'ils se présentent, ils revêtent le plus habituellement les caractères anatomiques du myxome à fibres élastiques. On y trouve des lacunes allongées et linéaires d'origine glandulaire, correspondant au mode de formation péricanaliculaire de telle sorte qu'il ne produit pas de végétations bien que, plus rarement il est vrai, l'altération puisse donner naissance à des végétations endocanaliculaires.

Dans le testicule, l'altération myxomateuse est assez souvent observée,

surtout dans la jeunesse. Mais l'ovaire est le siège de prédilection de cette altération bien étudiée dans son mode de développement par Malassez, et qu'il ne faut pas confondre avec les kystes muqueux de l'ovaire décrits par le même auteur.

On trouve de rares exemples de myxomes dans les os et le périoste, dans le rein et dans la peau, où ils forment une variété de molluscum.

La région qui est pour ainsi dire le siège de prédilection des myxomes est celle des fosses nasales où ces tumeurs se présentent sous la forme de polypes et sont décrites sous le nom de polypes muqueux des fosses nasales. Ces polypes prennent leur point de départ dans le tissu cellulaire de la muqueuse et se présentent sous la forme de tumeurs bosselées, molles, gélatiniformes, parcourues à leur périphérie par des vaisseaux assez abondants et retenues à leur point d'implantation par un pédicule mince, souvent très long. Elles se moulent sur les parties de la cavité qui les contient et descendent quelquefois en avant jusqu'à l'orifice des narines, et souvent en arrière jusqu'aux choanes. Elles sont recouvertes par un épithélium cylindrique à cils vibratils; de distance en distance elles sont divisées à leurs surfaces par des fentes formées par des tubes glandulaires hypertrophiés. Leur partie périphérique renferme beaucoup d'éléments arrondis embryonnaires; dans le centre on trouve des travées fibreuses grêles, des fibres élastiques et des cellules ramifiées disséminées dans la substance muqueuse. L'épithélium de revêtement change de nature dans les parties prolongées, soit vers l'extérieur, soit dans la cavité pharyngienne. Dans les endroits où ces prolongements sont soumis à des contacts répétés, l'épithélium, de cylindrique à cils vibratils, devient pavimenteux stratifié. On a décrit une forme spéciale sous le nom de polypes fibro-muqueux qui nés dans le voisinage de la fibro-muqueuse du pourtour des choanes, tombent dans le pharynx et ont été confondus à tort dans certains cas avec des polypes fibreux.

Le diagnostic clinique du myxome est difficile sauf dans certaines régions, et plus particulièrement dans les fosses nasales et les nerfs. Le diagnostic anatomique repose sur la recherche des caractères que nous avons fait connaître, et il ne peut se présenter qu'un seul cas embarrassant: c'est lorsqu'il s'agit de déterminer si une tumeur est un sarcome avec transformation muqueuse ou bien un myxome avec des îlots embryonnaires. Dans le premier cas, les cellules sont détruites et l'îlot de tissu ainsi modifié est entouré d'éléments sarcomateux. Au contraire, la présence de fibres élastiques, ou de véritables cellules adipeuses, devra faire penser à un myxome.

Le pronostic des myxomes présente en général peu de gravité. Lorsqu'ils sont enlevés complètement, ils ne récidivent que rarement. Au contraire, si l'ablation est incomplète, surtout s'il s'agit de polypes muqueux, ils repoussent avec une grande vigueur. Ils se développent aux

dépens du tissu conjonctif voisin et de leur propre masse; leur accroissement est quelquefois assez rapide, mais lorsqu'il est brusque, il se rattache à une altération vasculaire, soit télangiectasique, soit hémorrhagique. Virchow cite plusieurs cas de généralisation de tumeurs myxomateuses; sans vouloir émettre de doutes à ce sujet il est à propos de faire observer qu'il existe une variété de tumeurs, le cancer colloïde, qui présente une évolution rapide avec tendance très grande à la généralisation, et qu'il est facile de le confondre avec le myxome pur. Il ressort d'un grand nombre de faits, que les myxomes sont d'autant plus graves qu'ils renferment plus de tissu embryonnaire, et d'autant plus bénins qu'ils contiennent des fibres élastiques et des cellules adipeuses.

Le traitement est très variable et sera plus utilement étudié à l'occasion des tumeurs des régions et des tissus.

### § 3. — Fibromes.

Ces tumeurs ont été désignées par différents auteurs par les termes de fibroïdes, de dermoïdes, de stéatomes par Muller lorsqu'elles étaient très dures. C'est Verneuil qui le premier proposa le nom de fibromes généralement employé aujourd'hui; il donne une bonne définition du tissu qu'il s'agit de désigner. En effet, les fibromes sont formés par du tissu fibreux constitué comme on le sait par des faisceaux de tissu conjonctif sur lesquels sont appliquées des cellules aplaties, ramifiées et anastomosées entre elles. Dans certaines variétés, les faisceaux de tissu conjonctif sont remplacés par des lames fibrillaires.

Pour qu'une tumeur soit dite être un fibrome il faut qu'elle ne renferme que du tissu conjonctif fibreux. Dans toutes les autres tumeurs on en rencontre, mais il est accompagné de tissus spéciaux qui permettent de faire la détermination anatomique, et le tissu conjonctif qui y existe constitue seulement la trame qui loge les parties les plus caractéristiques du néoplasme.

Les fibromes sont des tumeurs, dont le volume est très variable et oscille entre de très grandes limites. Elles peuvent être très petites, et dans certaines régions prendre un volume considérable. Elles sont dures, résistantes à la pression et à la coupe. Dans beaucoup de circonstances, elles sont lobulées. Elles sont entourées par une sorte de capsule formée par la condensation du tissu conjonctif ambiant et ne contractent que difficilement des adhérences avec les parties voisines, et seulement lorsqu'il s'est produit une inflammation préalable.

Isolées des parties avoisinantes, elles sont sèches, résistantes, présentent une coloration nacréée, ou rosée blanchâtre. Sur une surface de section on retrouve la même coloration. Par le raclage on n'obtient pas de suc, mais seulement de petits fragments formés par des faisceaux de tissu conjonctif qui traités par l'acide acétique, se transforment en une