



UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

ULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 95

LES LIPOMES INTRA-MUSCULAIRES

DES MUSCLES DE LA VIE DE RELATION

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 11 Avril 1924

PAR

Harry-Hirsch KAGANOFF-KAGAN

Né à MSTISLAVL (Russie), le 2 juin 1893.

Examinateurs de la Thèse

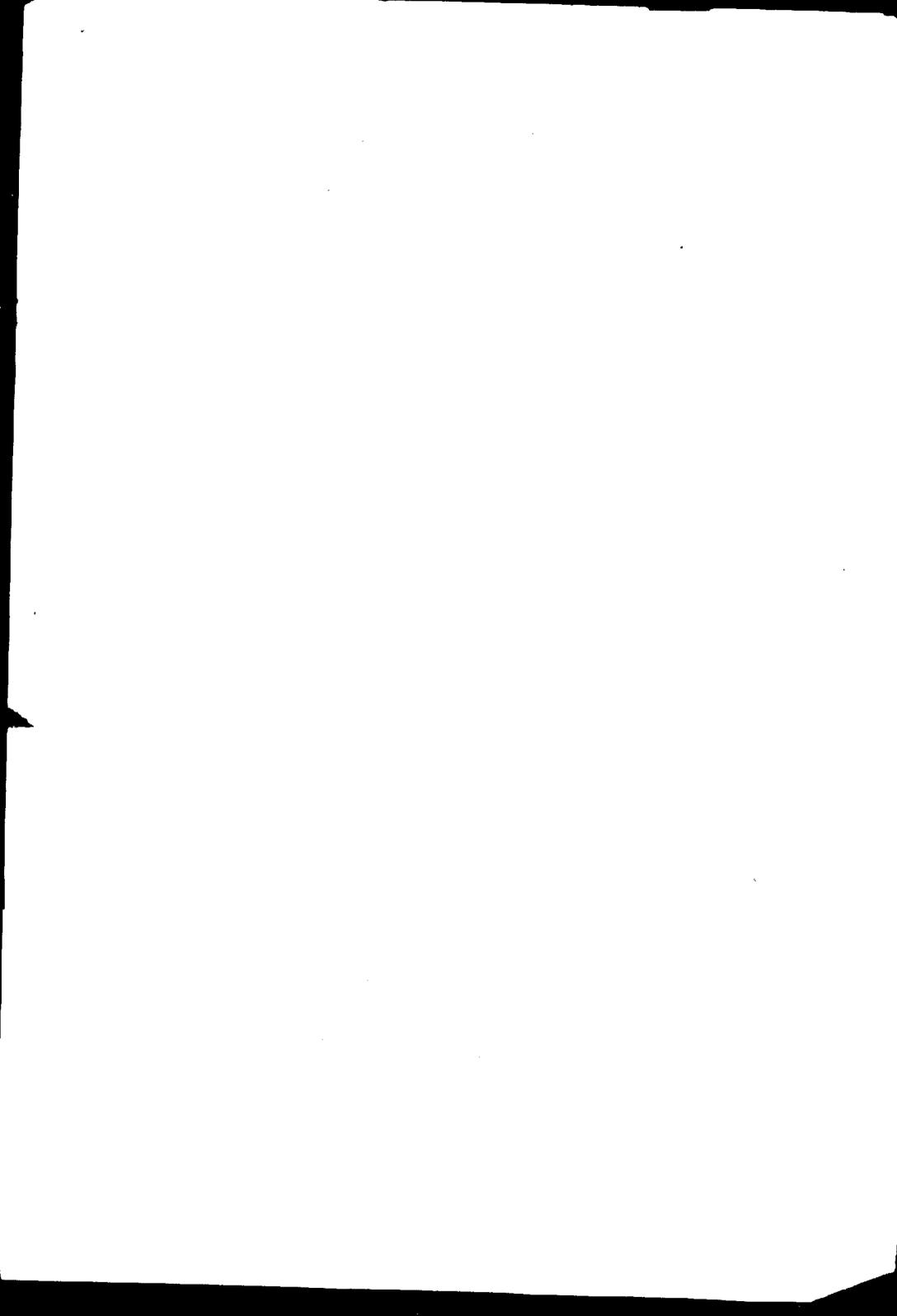
M. GUYOT, professeur.....	<i>Président.</i>
DENUCÉ, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
ROCHER, agrégé.....	
JEANNENEY, agrégé.....	

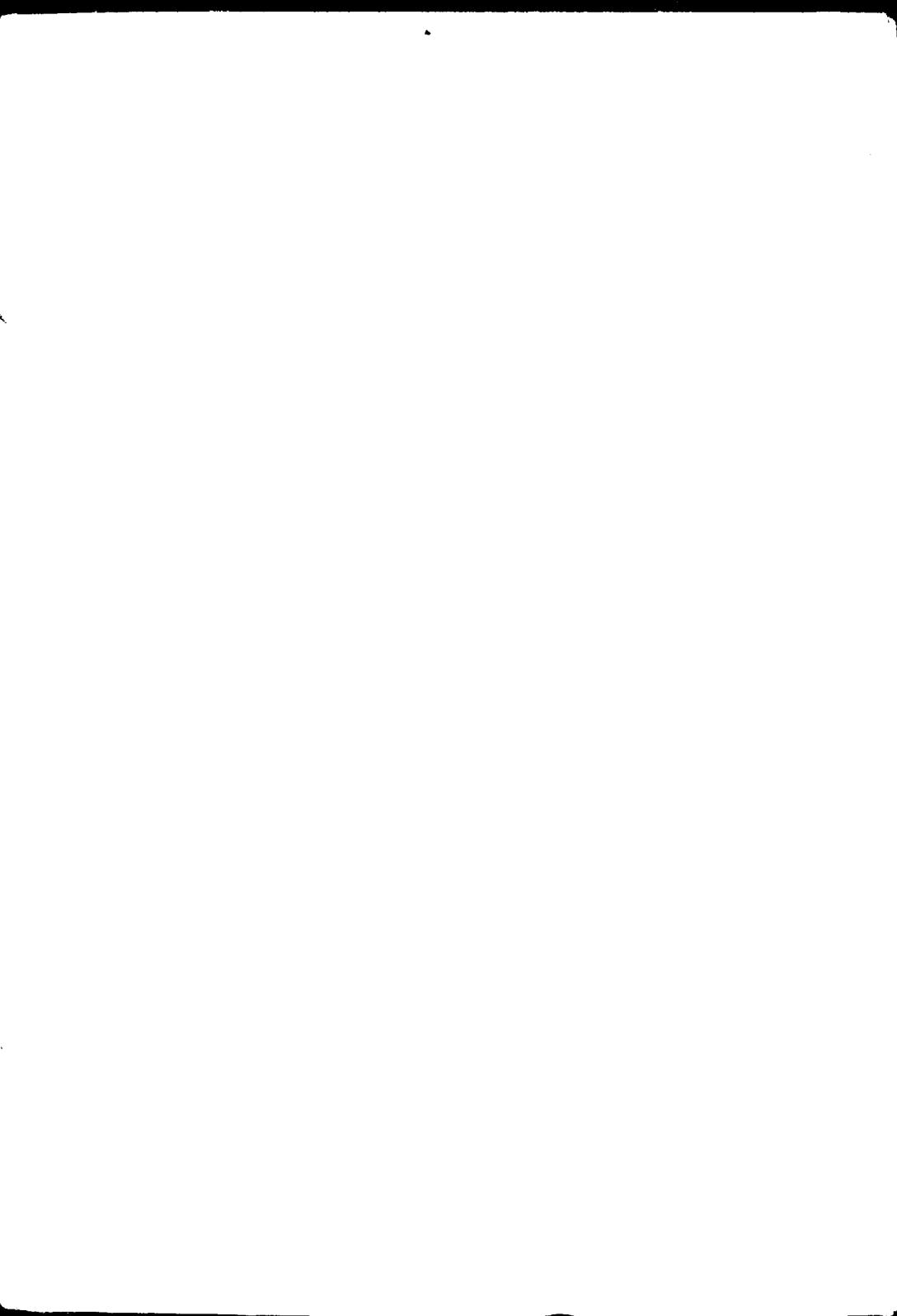


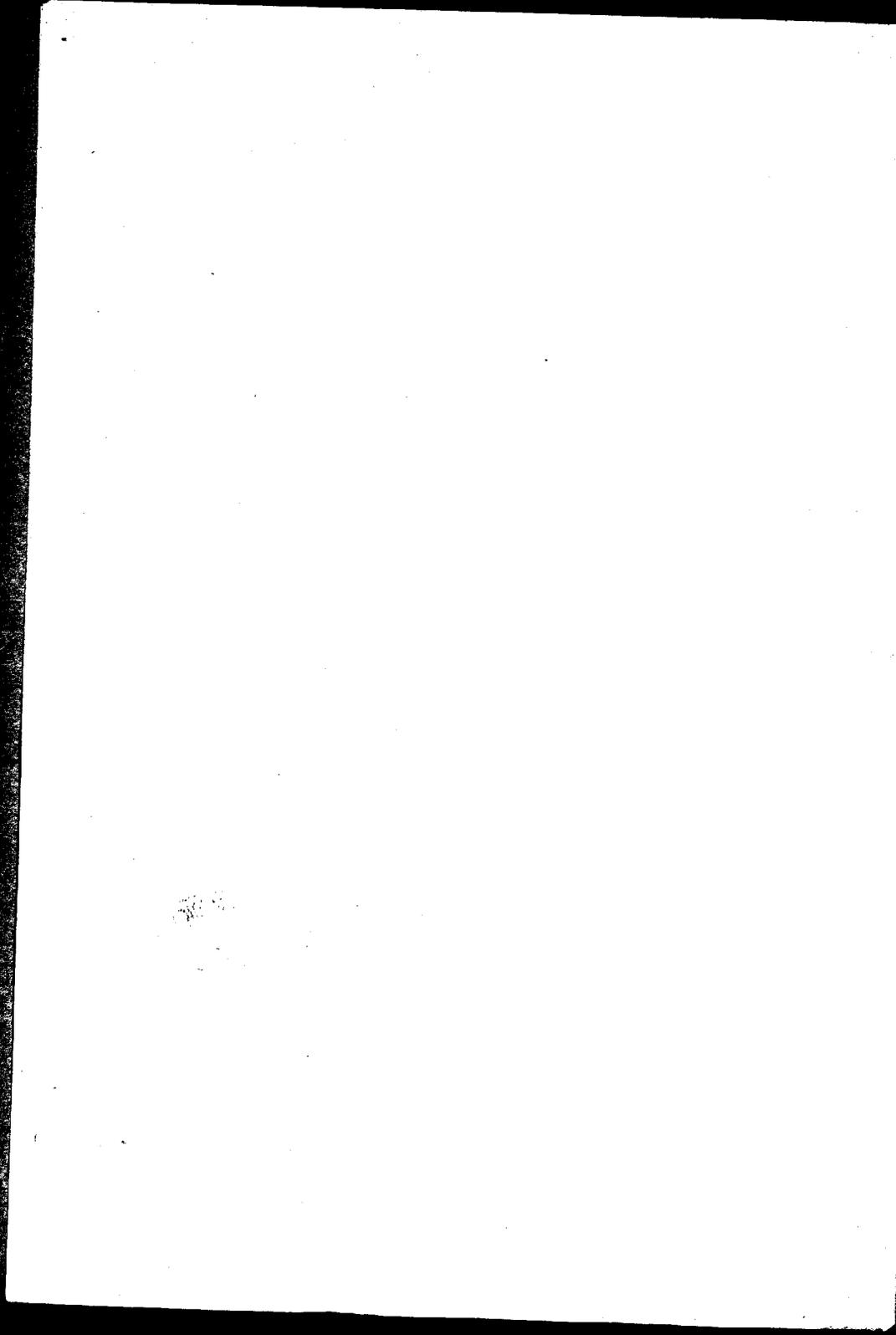
BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924

Mor. A. 115







UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 95

LES
LIPOMES INTRA-MUSCULAIRES

DES MUSCLES DE LA VIE DE RELATION

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 11 Avril 1924

PAR

Harry-Hirsch KAGANOFF-KAGAN

Né à MSTISLAVL (Russie), le 2 juin 1893.

Examinateurs de la Thèse {
MM. GUYOT, professeur..... *Président.*
DENUCÉ, professeur.....
BOCHER, agrégé..... *Juges.*
JEANNENEY, agrégé.....



BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRE.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	DENUCÉ.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Pathol. exl. et chirurg. opératoire et expériment.	W. DURRHH.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale.....	BERGONIÉ.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Chimie.....	CHELLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.		
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERBENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	ROCHER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	DUVERGEY.
id.....	N.	id.....	PAPIN.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.	id.....	JEANNENEY.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophthalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	CREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES ET ENSEIGNEMENTS :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Médecine opératoire.....	N.	Chimie.....	N.
Accouchements.....	PERY.	Pathologie interne.....	GREYX.
Ophthalmologie.....	CABANNES.	Chimie analytique.....	N.
Pédiculaire.....	ANDÉRODIAS.	Hygiène appliquée.....	N.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.			
Cours complémentaire annexo. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.			

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE CHÉRIE

En témoignage de mon amour filial.

A MON FRÈRE ET A MES SŒURS

Bien affectueusement.

MEIS ET AMICIS

A MES CAMARADES DE LA LÉGION ÉTRANGÈRE

MORTS POUR LA FRANCE

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

A MES MAITRES
DES HÔPITAUX DE BORDEAUX

A MES MAITRES
DES HÔPITAUX D'ORLÉANS (INTERNAT 1921 1922)

A MES MAITRES
DE L'HÔPITAL ROTHSCHILD A PARIS (INTERNAT. 1922)

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHARRIER

Chirurgien des Hôpitaux.

Qui nous a prodigué ses soins dévoués,
lors de notre blessure.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEANNENEY

*Chirurgien des Hôpitaux,
Décoré de la Croix de guerre.*

Affectueux remerciements.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR F. VILLAR

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. PITRES

*Doyen honoraire de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Associé national de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ H.-L. ROCHER

*Chargé du cours complémentaire d'orthopédie,
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Témoignage d'affectueuse reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de pathologie externe et chirurgie opératoire et expérimentale,
Chirurgien titulaire de l'Hôpital Saint-André,
Correspondant national de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

Hommage respectueux.

LES

LIPOMES INTRAMUSCULAIRES

DES MUSCLES DE LA VIE DE RELATION

INTRODUCTION

Les lipomes intramusculaires sont rares. Leur symptomatologie est encore confuse et très souvent le diagnostic n'est fait que par élimination. La très intéressante observation que M. le professeur Guyot a bien voulu nous communiquer nous a incité à faire une étude complète de cette affection, bénigne il est vrai mais très rare, et à présenter cette étude pour notre thèse inaugurale.

Mais, tout d'abord, nous tenons à remarquer que nous ne traiterons ni les lipomes de la langue, ni les lipomes du cœur.

En effet, les lipomes de la langue méritent d'être groupés dans une étude particulière, car ils diffèrent des lipomes des autres muscles, que pour plus de clarté nous pourrions nommer les muscles de la vie de relation, autant par leurs signes physiques, que par leurs signes fonctionnels. Car comme nous le verrons au cours de cette étude, les lipomes des muscles sont uniques, se développent très lentement, sans causer aucune gêne. Or les lipomes de la langue deviennent très rapide-

ment gênants (même au point d'avoir provoqué dans un cas des troubles mentaux assez graves). Ils sont fréquemment multiples. On les constate par la vue; parfois une palpation minutieuse devient nécessaire.

Enfin, si parmi les lipomes de la langue il en est qui doivent figurer dans la classe des lipomes intramusculaires, d'autres doivent en être écartés. Nous pourrions, avec Pozzi, diviser les lipomes de la langue en trois groupes : lipomes sous-muqueux, lipomes intermusculaires et lipomes intramusculaires. (Cf. l'étude remarquable de P. Vergely sur cette question.)

Quant aux lipomes du cœur, nous croyons qu'ils tiennent plus d'une dégénérescence graisseuse que des caractères d'une tumeur. « Il s'agit là, évidemment, d'une forme de lipomatose toute spéciale, pour que nous ayons pu songer à en faire une étude commune avec celle des lipomes intramusculaires en général. » (Malençon.)

Avant d'aborder l'étude de notre sujet, il nous reste un devoir très doux à remplir. Nous voulons exprimer notre vive reconnaissance à tous ceux qui ont contribué à notre éducation médicale.

C'est dans le service de M. le professeur Guyot que nous avons appris ce que doivent être la science, l'habileté et la conscience d'un chirurgien. Ce distingué et bienveillant Maître a bien voulu nous indiquer le sujet de notre thèse et en accepter la présidence. Nous lui en garderons une profonde et respectueuse gratitude.

Que M. le professeur Sabrazès soit assuré de notre reconnaissance pour les conseils qu'il a bien voulu nous donner, et les beaux clichés qui nous permettent d'illustrer cette thèse.

Nous remercions M. le professeur agrégé Rocher de la bienveillance et de l'amitié qu'il nous a témoignées. C'est à lui que nous devons toute notre formation chirurgicale, et la préférence que nous avons pour l'orthopédie. Nous lui sommes par-

ficulièrement reconnaissant de la confiance qu'il nous a portée alors que nous étions son assistant.

Merci également à tous mes camarades d'études, dont l'amitié fut précieuse et réconfortante pour un jeune étranger isolé dans un pays nouveau.

Nous prions ceux qui nous liront de vouloir bien nous accorder leur indulgence pour ce modeste travail.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

L'étude des lipomes intramusculaires ne remonte guère au delà de la deuxième moitié du siècle dernier. Les cas signalés sont encore très rares; et nous lisons dans la thèse de concours de Desprès, écrite en 1866 : « Sauf deux cas de lipomes de la langue, il n'y a jamais eu de lipome dans la gaine d'un muscle; déjà les lipomes dans les interstices musculaires sont rares. » Nélaton nie également leur existence et Virchow reste sur la réserve.

Cependant Broca rapporte, en 1848, un cas de lipome calcifié de l'extenseur des doigts. Paget en relate un cas inclus dans le trapèze et enlevé par Worwald (1853).

Cruveilhier dit vers la même époque : Non seulement « l'adipose » peut se développer dans le tissu cellulaire intermusculaire, mais aussi dans l'épaisseur du muscle.

En 1835 paraît, dans la *Gazette des Hôpitaux*, une observation de Michon (rapportée dans la thèse de Ribet en 1866, sous le titre : « Lipome de la cuisse, ablation. Récidive. La nouvelle tumeur est intramusculaire », et dans la thèse de Mercier : « Lipome de la cuisse opéré 7 ans après, lipome sous-aponévrotique. » A l'étude détaillée de cette observation il nous paraît que pour la deuxième fois il s'agissait plutôt d'un lipome intermusculaire.

En 1867, Christolt publie une observation d'un lipome du vaste externe.

En 1875, Farabeuf rapporte un cas de lipome du couturier,

enlevé au cours d'une dissection et qu'il qualifie de *pièce peut-être unique*.

La même année, Pitres publie une observation d'un lipome de l'éminence thénar. Or voici ce que nous lisons dans cette observation : « Une incision curviligne suivant toute la longueur du pli de flexion du pouce, mit les muscles superficiels de l'éminence thénar à découvert. Les muscles court fléchisseur et court abducteur du pouce furent écartés l'un de l'autre et la tumeur vint faire hernie dans leur interstice, sous forme d'un peloton adipeux. » Il est évident qu'il s'agit là d'un lipome intermusculaire.

En 1876, Volkmann relate un cas de lipome du demi-membraneux, et Monod, celui d'un lipome du vaste interne.

En 1881, Féré rapporte un cas de lipome du droit antérieur. Ce lipome pesait 2 kil. 390 grammes.

En 1886, Ribet consacre sa thèse à l'étude des lipomes intramusculaires. Il base cette étude sur neuf observations, parmi lesquelles des lipomes de la langue, du cœur, et les observations de Michon et de Pitres, que nous écartons comme n'étant pas des lipomes intramusculaires.

Dans sa thèse, Ribet donne un essai de pathogénie que nous exposerons au chapitre spécial.

En 1887, deux observations sont publiées, celle de Hartmann, sur un lipome du grand pectoral, et celle de Lyot et Gauthier, sur un lipome du droit antérieur.

En 1888, l'observation de Calot, sur un lipome du biceps, et en 1890 celle de Lejars sur un lipome du sous-épineux, augmentent le nombre des cas de cette affection rare.

En 1892, Tédénat a la chance d'observer sur le même sujet un lipome du deltoïde et une hernie musculaire du biceps du bras opposé. Il en profite pour écrire un article très intéressant sur le diagnostic différentiel de ces deux affections.

En 1893, Malençon étudie de nouveau la question, qui lui sert de sujet de thèse, et écarte systématiquement de son étude les lipomes de la langue et du cœur.

En 1897, apparaissent deux nouvelles observations, celle



de Chavannaz, sur un lipome du tenseur du *fascia lata*, et celle de Morestin sur un lipome du jumcau interne. Ces deux observations sont d'un très grand intérêt, car Morestin rapporte un cas de lipome congénital, ce qui va à l'encontre des conclusions de Ribet et de Malençon, qui croyaient ne l'observer qu'au seuil de la vieillesse, et celle de Chavannaz, qui relate un cas consécutif à des traumatismes répétés. On verra l'importance que nous attachons à ce facteur dans la pathogénie de l'affection qui nous occupe.

En 1898, Mercier essaie de démontrer l'importance de ce facteur dans l'étiologie du lipome. Parmi ces observations des lipomes de la cuisse, nous en avons trouvé une qui traite d'un lipome intramusculaire.

En 1899, observation de Jalaguier, sur un lipome du vaste externe. L'intérêt de cette observation consiste dans l'emploi de la radiographie comme moyen de diagnostic différentiel.

En 1896, l'observation de Weaver sur un lipome du demi-tendineux, et en 1901, celle de Souligoux et Lecène, grossissent le nombre, sans ajouter de faits nouveaux.

En 1902, un cas de Dubar et Potel sur un lipome du grand pectoral sert de sujet de thèse à Dehay.

En 1907, observation très intéressante de Chavannaz, sur un lipome du sous-scapulaire.

En 1908, Péré, dans sa thèse, rapporte une nouvelle observation de lipome du brachial antérieur, et note l'intérêt médico-légal que peut présenter pareille tumeur, survenue après un accident du travail.

En 1924, Papin et Jeanneney rapportent un cas de lipome du biceps. Ils nous font voir à quel point le laboratoire, par ses réactions spécifiques, peut nous aider pour poser un diagnostic précis.

Et enfin vient l'observation de M. le professeur Guyot, qui nous a incité à reprendre l'étude de la question.

CHAPITRE II

Considérations générales.

A. — *Fréquence.* — Les lipomes intramusculaires constituent une affection rare; nous n'avons pu en réunir que 23 cas : les 23 observations relatées à la fin de ce travail et les deux cas de Paget et de Volkmann, simplement signalés.

Dans la statistique des lipomes en général, et exception faite pour ceux des nerfs et des os qui, eux sont rarissimes, les lipomes intramusculaires viennent en dernier lieu.

B. — *Étiologie.* — 1° *L'hérédité* a été admise par Murchison, Virchow et Krohn, mais la très grande fréquence des lipomes en général en rend l'hypothèse invraisemblable.

2° *L'âge.* — Ribet semble attacher une importance à ce facteur étiologique. « C'est entre 40 et 60 ans que nous trouvons le plus grand nombre de lipomes intramusculaires. Ce sont des tumeurs qui, en général, surviennent lorsque la nutrition commence à se ralentir. Les muscles s'atrophient et se chargent de gouttelettes graisseuses. Ainsi pourrait s'expliquer l'apparition des lipomes dans les muscles qui ne sont soumis ni à un travail violent et prolongé, ni au traumatisme répété. »

Nous ne pensons pas qu'il faille attribuer une valeur quelconque à ce facteur. Dans notre statistique, nous voyons l'âge varier de 18 à 73 ans. Sur les 15 cas où l'âge est signalé, dans 9 cas il ne dépasse pas 43 ans. De plus, Morestin signale un cas de lipome intramusculaire congénital.

3° *Sexe.* — Ce facteur non plus ne semble pas jouer un très grand rôle dans l'apparition du lipome intramusculaire. Ma-

lençon trouve dans sa statistique 6 hommes contre 3 femmes. Les hommes seraient, d'après lui, plus exposés au traumatisme, et, partant, présenteraient un plus grand nombre de porteurs de cette affection. Nous trouvons, pour notre part, une égale répartition dans les deux sexes.

4° *Le traumatisme.* — A notre avis, il joue un très grand rôle dans l'apparition des tumeurs intramusculaires en général, et du lipome en particulier.

Broca avait déjà signalé l'importance du traumatisme léger, souvent répété, dans la production des lipomes, comme ceux de la nuque chez les forts de la Halle; de la fosse sus-claviculaire, chez les meuniers qui portent leur sac sur l'épaule, etc., etc.

Les cas des observations V, X, XIII, XIX, XXI, tirent nettement leur origine d'un traumatisme initial.

L'observation XI a trait à un lutteur, et nous pouvons facilement admettre pour lui la même origine.

Le traumatisme initial intervient donc dans six cas.

Peut-on faire dépendre les autres observations de cette même cause, malgré que le traumatisme initial n'y soit pas signalé ? Nous répondrons par l'essai de pathogénie que Ribet a déjà esquissé dans sa thèse : « Pendant la contraction musculaire, les travées du tissu conjonctif sont tirillées, froissées, et nous retrouvons ici, applicable à la pathogénie du lipome intramusculaire, une des causes les plus fréquentes du développement du lipome superficiel, c'est-à-dire la pression lente et répétée du tissu cellulaire. »

Avant d'exposer les théories pathogéniques, nous allons voir comment naît le tissu adipeux dans son développement normal. Nous empruntons la description qui suit à la thèse de Delachanal :

« Développement des cellules adipeuses. Les cellules qui le (tissu adipeux) constituent, cellules du tissu cellulaire lâche, se font remarquer d'emblée et par leur caractère morphologique, et par les rapports qu'elles affectent avec les vaisseaux

capillaires. Munies de prolongements, elles s'appliquent contre les parois des vaisseaux sanguins, s'anastomosant les unes avec les autres, et formant par leur ensemble la gaine rameuse péri-vasculaire de Renaut.

» Le protoplasma de ces éléments est réticulé; ses mailles chromophiles délimitent des vacuoles, dont le nombre et les dimensions sont variables; la graisse s'accumule dans ces vacuoles sous forme de provision de réserve. Par le fait de cette accumulation, une cellule simple du tissu conjonctif devient une cellule adipeuse, et se transforme en vésicule adipeuse, lorsque la surcharge est complète.

» L'étroitesse de relation qui existe entre les cellules fixes du tissu conjonctif, susceptibles de se charger de graisse, et les vaisseaux capillaires, est très facile à apprécier, à l'aide du microscope, chez les animaux en voie de développement. Elle ne l'est pas moins chez un animal adulte, soit quand l'observation est faite à l'œil nu pendant la vie, soit quand elle est poursuivie après la mort, surtout quand les vaisseaux ont été remplis par une masse solidifiable colorée. Quand on dissèque sur un lapin curarisé ou chloroformé le tissu cellulaire lâche sous-cutané, alors que la circulation sanguine continue son cours, on reconnaît aisément que partout où il n'existe pas de pelotons adipeux, ce tissu ne donne pas de sang. Il n'est, en effet, parcouru que par des fusées de distribution vasculaires rares et grêles; la masse du tissu conjonctif lâche reste pour ainsi dire exsangue. De distance en distance, à l'extrémité de ces fusées vasculaires rares, constituées par une artériole et une veinule qui suivent un chemin parallèle, on trouve, au sein du tissu appendu aux branches des vaisseaux, de petits corps rappelant par leur configuration extérieure l'aspect d'une feuille ovale. Les rameaux vasculaires ressemblent alors à de petites feuilles composées, dont les branches représenteraient un petit corps en forme de limbe. Si on examine ces petits corps, on voit qu'ils sont formés d'un réseau de capillaires sanguins à mailles étroites, plongés dans un tissu conjonctif ambiant. » C'est à ces formations que Renaut, dont nous avons tenu à re-

produire la description, a donné le nom de *réseaux vasculaires limbiformes*.

« Ce sont précisément les cellules encloses dans ces réseaux vasculaires qui se chargent de graisse et deviennent cellules et vésicules adipeuses. Lorsqu'elles sont arrivées à leur complet développement, leurs rapports avec les vaisseaux deviennent aussi étroits. Chaque élément se trouve enfermé dans une véritable cage vasculaire. Ce sont encore les vaisseaux qui donnent au tissu cellulo-adipeux sa constitution lobulaire. »

Il est fort probable que les lipomes reconnaissent la même origine quant à leur formation, car ce qui différencie le lipome du tissu graisseux n'est pas sa constitution morphologique. Dans le chapitre de l'anatomie pathologique, nous verrons que cette différence est minime. « Le lipome, masse du tissu adipeux, circonscrit et encapsulé, diffère d'une simple assimilation de graisse, en ce qu'il a, jusqu'à un certain point, une vitalité indépendante du reste de l'organisme. Et cette vitalité indépendante est démontrée par ce fait qu'un individu porteur de lipome, et qui maigrit, ne voit pas sa tumeur diminuer de volume, tandis qu'il n'en est pas de même pour les autres productions du tissu adipeux. » (Cornil et Ranvier.)

Les lipomes reproduisent d'une façon typique la structure du tissu adipeux, tout au moins en ce qui concerne les vaisseaux (toujours disposés de la même manière, relativement aux lobules graisseux).

Cependant, le tissu adipeux ainsi anormalement produit, se distingue du tissu normal par une charpente fibreuse épaissie, qui renferme plus de vaisseaux, par des productions cellulaires plus abondantes, dans toutes les parties constituantes du tissu, principalement sur des travées fibreuses, et le long des vaisseaux, jusque sur les plus petits qui pénètrent entre les lobes graisseux.

Enfin, les vésicules adipeuses sont plus ou moins augmentées de volume, comme dans l'adipose généralisée, de telle sorte qu'on a considéré parfois ces tumeurs comme une adipose localisée. « Mais cette interprétation n'est pas juste, vu

qu'il ne s'agit pas seulement de tissu normal surchargé de graisse sur un point limité. En effet, le tissu a pris sur ce point un développement autonome excessif et avec une constitution qui diffère plus ou moins de celle du tissu normal, comme dans toutes les productions néoplasiques proprement dites. Il existe, en outre, une membrane fibreuse limitante, ainsi qu'il arrive toujours pour des tumeurs bénignes qui ont pris naissance dans la profondeur des tissus. » (Tripier.)

Il existe d'ailleurs, dans l'organisme, des accumulations de graisses qui gardent leur vitalité indépendante et qui ne sont pas des lipomes. C'est la boule graisseuse de Bichat, que l'on retrouve chez les sujets même les plus amaigris.

Peut-être devrions-nous considérer cette masse graisseuse comme un vrai lipome intermusculaire du buccinateur, puisqu'elle peut, dans certains cas, devenir un lipome pathologique ? M. le professeur F. Villar a présenté un mémoire basé sur 13 cas, où il démontre le passage de la boule graisseuse de Bichat à l'état de lipome.

CHAPITRE III

Pathogénie.

Plusieurs théories ont été émises sur la pathogénie des lipomes.

Morgani prétendait que la graisse était fluide et transportée par le sang, qui la déposait dans les logettes du tissu cellulaire. Qu'une cause quelconque vint à dilater celles-ci ou à leur donner une laxité anormale, ou bien qu'une compression s'exercât sur les vaisseaux chargés de graisse, et la tumeur graisseuse se formait et son volume allait croissant de jour en jour.

Théorie diathésique. — Cruveilhier, Verneuil et Broca font intervenir une dystrophie nerveuse générale, telle que l'arthritisme par exemple, et ne voient dans le lipome qu'une forme de l'obésité.

Théorie nerveuse. — Les rares observations de lipomes symétriques (obs. IV) ont fait naître l'idée que les lipomes pourraient provenir d'un trouble trophique placé sous la dépendance d'une lésion médullaire.

Cette théorie est défendue dans la thèse de Bouju. D'après lui, il s'agirait d'une lésion des cellules grises qui, sous l'influence d'une intoxication générale telle que l'alcoolisme ou l'arthritisme, subiraient une action trophique. Cette action trophique liée à des troubles circulatoires se manifesterait par l'apparition des lipomes.

Grosch a remarqué que la fréquence des lipomes était en raison inverse de la richesse de la peau en glandes sébacées. Or, comme ces glandes éliminent une grande partie de la graisse

de l'organisme, dans les régions pauvres en glandes, il y aurait accumulation de graisse et formation de lipomes. Il considère les lipomes, lorsqu'ils sont nombreux et symétriques, comme une forme de l'obésité, et il invoque pour expliquer le lipome unique, une lésion nerveuse périphérique qui causerait une trophoneurose.

Théorie ganglionnaire. — Launois et Bensaude ayant constaté que les lipomes siégeaient ordinairement dans les régions occupées par des ganglions, les considèrent comme une maladie des glandes et des vaisseaux lymphatiques.

Théorie endocrinienne. — Madelung et Hutchinson rattachent la formation des lipomes à l'hyper ou l'hypofonctionnement des glandes à sécrétion interne.

Théorie irritative de Virchow, et *inflammatoire*, de P. Delbet, — Ces auteurs se basent, pour défendre leurs théories, sur le fait que dans les inflammations chroniques le tissu graisseux environnant la partie lésée se surcharge de graisse. Telles sont les accumulations de graisse dans l'épiploon, au cours d'une péritonite bacillaire, de la loge péri-rénale, au cours d'une néphrite, etc.

Théorie tuberculeuse. — Roussel, élève de Poncet, s'appuyant sur la même constatation, écrit une thèse sur l'origine tuberculeuse des lipomes. Pour lui, rien n'est plus apte que la tuberculose, maladie irritative par excellence, à produire des lipomes. Il fait une critique des observations parues jusqu'à la date de son étude et trouve, dans quelques-unes, l'origine tuberculeuse. En ce qui concerne les lipomes intramusculaires il cite les observations IV et X.

Théorie vasculaire. — O. Lannelongue et son élève Sénac prétendent que les lipomes, surtout les congénitaux, ne sont que la transformation d'un angiome préexistant. Ainsi le lipome télangiectasique ne serait, pour ces deux auteurs, qu'un des stades de cette transition.

Quenu considère la vascularisation comme le fait *initial* et *obligé* aboutissant tantôt à une simple formation du tissu fibreux, tantôt à la formation exagérée des cellules adipeuses.

La plupart des auteurs s'accordent à dire que le lipome procède du tissu embryonnaire ou du tissu muqueux, dont les cellules se remplissent progressivement de gouttelettes grassieuses. Le tissu embryonnaire est ordinairement riche en vaisseaux de néo-formation, et d'un tel tissu à un angiome naissant, il n'y a qu'un pas. En supposant les cellules de celui-ci en proie à une surcharge grassieuse, on conçoit le passage facile de l'angiome à l'état de lipome.

Théorie traumatique. — Quant à rattacher une telle théorie à la théorie traumatique, la chose paraît simple. Une contusion donne lieu à un épanchement sanguin qui ne se résorbe pas. Le caillot s'organise, des vaisseaux de néo-formation l'envahissent, et ce processus n'aboutissant pas à la simple formation de simple tissu cicatriciel fibreux, crée par une dégénérescence particulière un amas exagéré de cellules adipeuses. » (Mercier.)

C'est cette théorie que nous adoptons, car elle nous paraît la plus séduisante et pouvant expliquer tous les cas de lipomes et particulièrement les intramusculaires.

P. Vergely insiste sur l'importance de ce facteur. « Le traumatisme, dit-il, réalise quelquefois ce rôle d'agent provocateur chez les animaux et surtout chez les végétaux. Dans cette classe d'êtres vivants, le sucre, la graisse, la fécule, etc., se déposent aisément dans les tissus sous l'influence de traumatismes, de procédés de culture particuliers. Il serait peut-être intéressant d'étudier quels rapports il peut y avoir entre les animaux et les végétaux à ce sujet. » Le traumatisme est d'ailleurs reconnu pour être le facteur efficient des autres tumeurs conjonctives des muscles : les ostéomes et les fibromes. Nous savons maintenant que point n'est besoin d'arrachement périostique, comme le prétendaient certains auteurs, pour la formation d'ostéome au milieu d'un muscle. Cette tumeur se développe à la suite d'un fraumatisme violent (1).

(1) Nous avons observé au début de la guerre à l'hôpital auxiliaire 22 dans le service de notre Maître Monsieur le docteur Itocher, un blessé qui présentait une paralysie

Les fibromes intramusculaires reconnaissent la même origine. On les voit apparaître principalement après des petits traumatismes fréquemment répétés. Trelat et son élève Bezaucèle ont montré que certains fibromes surviennent à la suite de ruptures fibrillaires des muscles. Un épanchement sanguin se produit entre les fibres déchirées, et c'est ce foyer hémorragique qui est envahi par la prolifération fibreuse.

Nous voyons que le même mécanisme : traumatisme suivi d'hématome et de néo-vascularisation, aboutit à la formation tantôt d'un ostéome, tantôt d'un fibrome et tantôt d'un lipome.

Nous croyons pouvoir expliquer cette différence : 1° Par la violence du traumatisme. Un traumatisme violent produit un ostéome. (Ostéome du brachial antérieur dans la luxation du coude, les ostéomes des cavaliers « reiterknochen » et ceux des fantassins (exercirknochen).)

Un traumatisme moyen ou de légers traumatismes répétés donneraient lieu à des fibromes (fibromes des muscles abdominaux chez les femmes, les fibromes du sterno-cleido-mastoïdien du nouveau-né). Enfin des traumatismes insignifiants, mais réels comme de fortes contractions musculaires, « des *micro-traumatismes paraphysiologiques* », très souvent répétés, donneraient naissance à des lipomes

2° L'échange nutritif qui se produit au niveau des cellules néoformées. C'est en effet chez des adolescents (soldats) que nous observons la majorité des ostéomes. Le processus habituel de cicatrisation explique la formation des fibromes.

Enfin des échanges pauvres en éléments nutritifs favoriseraient la production des lipomes. La formation de graisse dans les cellules survient lorsque l'apport normal d'oxygène est réduit pour une raison quelconque. « Qu'une cellule soit imparfaitement irriguée par le sang et la graisse apparaît et s'y ac-

sciatique. Aucune lésion osseuse. Le docteur Rocher intervint pour faire une suture du nerf que l'on croyait sectionné. Or il trouva autour du nerf, qui ne présentait pas de solution de continuité, deux ostéomes dont un l'entourait presque complètement à la manière d'un manchon.

cumule en place de glycogène. » (A. Gauthier, Chimie de la cellule vivante.)

Ce sont là deux explications que nous a suggérées l'étude des observations et nous la soumettons bien timidement à nos juges.

L'étude du cas présenté par MM. Sabrazès, Guyot et Jeanneney peut confirmer cette manière de voir. On observe, en effet, par place, des figures analogues à celles sur lesquelles Durante a attiré l'attention et qui marquent la transition entre les fibres musculaires et les cellules graisseuses. Il est vrai que ces points sont susceptibles d'être autrement expliqués, ainsi que l'a fait remarquer M. Jeanneney, par des phénomènes de souffrances mécaniques de la fibre musculaire dissociée par un lipome disséquant (Voir fig.).

On sait d'ailleurs que le muscle peut se transformer en graisse.





FIG. 1. — Photographie directe de la tumeur sur laquelle on a fait des prélèvements.

Toutes nos photographies sont dues à l'obligeance de M. le Dr Rubenthaler.

Nous remercions M. le Dr Herrenschildt et MM. Masson et C^{ie}, éditeurs, d'avoir bien voulu mettre à notre disposition les clichés qui illustrent notre thèse.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique.

Aspect macroscopique. — Les lipomes intramusculaires se présentent avec tous les caractères classiques des tumeurs de cette espèce : tumeur bien circonscrite, bien encapsulée et s'énucléant d'un bloc dès que l'on a incisé l'enveloppe.

Quelquefois cependant, on voit des prolongements s'insinuer dans les interstices musculaires en formant de véritables appendices allant vers les tendons, vers le périoste. (Obs. VIII, XIV, XXIII.)

Leur surface est lobulée. A la palpation ils donnent la sensation spéciale de crépitation.

Leur forme s'adapte à celle du muscle qu'ils envahissent. Leur consistance est variable : elle est, en effet, fonction de la prédominance de l'un des tissus qui entre dans la composition de la tumeur. Trois tissus, en effet, la composent : le tissu graisseux, conjonctif et vasculaire.

Lorsque le tissu adipeux prédomine, nous avons un lipome pur. Les lobules du lipome sont alors bien accusés, volumineux et donnent très nettement la sensation de fausse fluctuation caractéristique. Lorsque le tissu conjonctif prend un développement exagéré en resserrant ses mailles, on aura affaire à un fibro-lipome ; c'est la tumeur adipo-fibreuse de Cruveilhier.

Les vaisseaux peuvent être très nombreux et distendus. S'ils sont prédominants, on dit que le lipome est érectile ou télangectasique.

Etude microscopique. — Les observations que nous relatons

plus bas ne donnent aucune description détaillée de la structure microscopique des lipomes intramusculaires. Durante, dans le traité Cornil et Ranvier, étudie surtout les lésions des parties musculaires avoisinant la tumeur, mais il ne donne pas de détails sur la structure de la tumeur elle-même.

Dans le « Diagnostic des tumeurs » de Roussy et Leroux, il existe une description des lipomes intramusculaires. Les figures que commente cette étude ressemblent à celles que nous reproduisons plus bas.

Aussi nous proposons-nous de citer intégralement l'étude détaillée faite par notre Maître, M. le professeur Sabrazès (Pièce opératoire de l'obs. XXIII) :

La tumeur, du volume d'un petit rein, en galet, à disposition périphérique légèrement cérébroïde, est comme capitonnée sur une des faces, d'aspect lipomateux et de couleur vieil ivoire sur la tranche. Son poids est de 43 grammes environ; sa longueur suivant le grand axe est de 7 cm.; sa largeur est de 5 cm. 2; l'épaisseur de 2 cm. 7, et sa circonférence maxima est de 21 cm.

Les prélèvements ont porté sur des segments allant de la périphérie jusqu'à une profondeur de 2 cm. environ. Les coupes, après fixation par le liquide de Bouin, montage à la paraffine, ne montrent pas de capsules régulières autour de la tumeur. Des fibres musculaires ondulées, tassées, doublées extérieurement de quelques franges conjonctivo-adipeuses dans d'autres régions, se présentent ainsi :

Les unes sont à peu près normales. D'autres ont perdu leur striation transversale (Fig. 2) et montrent un grand nombre de noyaux du sarcoplasme accumulés sur un petit espace. Ces noyaux, moins allongés que normalement, ronds ou ovales, ne se trouvent pas tous sous le sarcolemme; ils sont en grand nombre épars entre les faisceaux fibrillaires (Fig. 3). Ces zones de myosite paraissent être la conséquence d'une dissociation des fibres dans leur continuité. On remarque plus particulièrement dans la profondeur de la masse cette dissociation des faisceaux des fibres et même de chaque fibre, morcelée par l'invasion du

tissu adipeux. Il n'est pas rare de saisir cette dissociation d'une fibre ou plus exactement de tronçons de fibres par ce lipome arborescent et disséquant (Fig. 3). Les segments de fibres ainsi transformés forment de petits îlots au milieu de cette lipomatose (Fig. 4 et 5), îlots qui sont parfois d'une frappante intégrité : ils ont conservé leur double striation, et n'accusent aucune réaction nucléaire pour la plupart.

On voit d'autres tronçons de fibres musculaires qui, ainsi détachés du muscle par la progression de la tumeur, s'atrophient, perdent leur striation, tendent à l'homogénéisation; mais sans être frappés de dégénérescence hyaline (coloration à l'hématoxyline et au perchlorure de fer et Van Gieson). Cette tumeur se présente dans son ensemble comme un lipome pur à de très grosses vésicules bien limitées par leur enveloppe et à noyaux excentriques plus ou moins apparents. Sur les coupes ces vésicules affectent çà et là des dispositions en mosaïque à parois multiples (formes hexagonales, pentagonales, quadrangulaires), dues à la pression réciproque de ces vésicules et peut-être aussi à la fixation (Fig. 5).

Ce lipome est labouré par des tractus fins de tissu conjonctif broussailleux, pauvres en fibres élastiques, tissu conjonctif qui supporte des vaisseaux sanguins d'où rayonnent çà et là de fins capillaires gorgés d'hématies (Fig. 6). Dans les parties plus profondes du lipome on remarque surtout des tronçons des fibres déjà décrits, les uns sans grand changement de structure, d'autres trahissent les phénomènes de régression notés ci-dessus. Le plus souvent il ne se produit aucune réaction fibreuse autour de ces tronçons qui sont épars dans le lipome et s'y présentent sous des formes ovalaires ou anguleuses, voire même quadrangulaires (Fig. 5). Ils n'ont pas subi de dégénérescence hyaline.

Les colorations de May Giemsa révèlent de nombreuses et volumineuses « mastzellen », surtout au pourtour des fibres musculaires de la périphérie, qui sont en souffrance. Il n'existe pas d'éosinophiles.

Pas de capsule vraie. Tumeur envahissante. La capsule est due au tassement des fibres musculaires dégénérées.

Caractères dissociant et disséquant de cette tumeur qui rappellent ce qu'on observe dans les lipomes arborescents et dans l'adéno-lipomatose symétrique, en faisant cette réserve que ce malade ne présente aucun autre lipome.

Il est en outre intéressant de relever la vitalité des tronçons de fibres musculaires emprisonnés dans la masse et qui paraissent se nourrir par imbibition. Relevons aussi le fait qu'elles peuvent tout de même s'homogénéiser, mais sans subir de dégénérescence hyaline, dégénérescence banale dans la pathologie du muscle et que suscitent si facilement les déchirures, les hématomes, les états toxi-infectieux provoquant des myosites. Le professeur Sabrazès a insisté, dans une monographie récente, sur ces particularités (1).

Les fibres musculaires refoulées à la périphérie de la tumeur, sont celles qui ont le plus souffert, ainsi que nous l'avons montré au début de cette description; c'est là que s'observent l'hyperplasie du sarcoplasme, la myolyse d'un bon nombre de fibres, l'accumulation de mastzellen au pourtour des fibres dégénérées. MM. Sabrazès et Lafon (2) ont longuement envisagé la question de la genèse des matszellen au niveau des fibres musculaires désintégrées.

Dans le muscle qui environne et loge la tumeur, on peut trouver tous les degrés de dégénérescence et d'atrophie des fibres. On peut y considérer trois couches concentriques.

La couche la plus éloignée de la tumeur présente, sur une coupe longitudinale, un aspect en réseau musculaire (Durante). Les fibrilles paraissent indépendantes les unes des autres. On voit parfois un pinceau de fibrilles s'écarter de la fibre principale pour se fusionner avec des fibrilles d'un faisceau voisin et les abandonner un peu plus bas. Sur les coupes transversales on constate la disparition du sarcolemme et l'hypertrophie du sarcoplasme.

En se rapprochant de la tumeur on constate un degré d'atro-

(1) Sabrazès, *Myosites aiguës typhoïdes et paratyphoïdes*.

(2) Sabrazès et Lafon, *Granulome à mastzellen et à éosinophiles chez un cheval*.

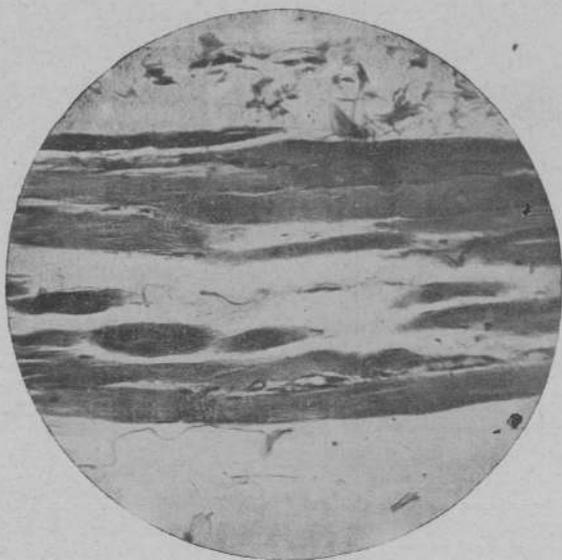


FIG. 2. — Périphérie de la tumeur montrant des franges conjonctivo-adipeuses des fibres musculaires tassées, plus ou moins dégénérées (Bouin ; hémateïne-éosine).

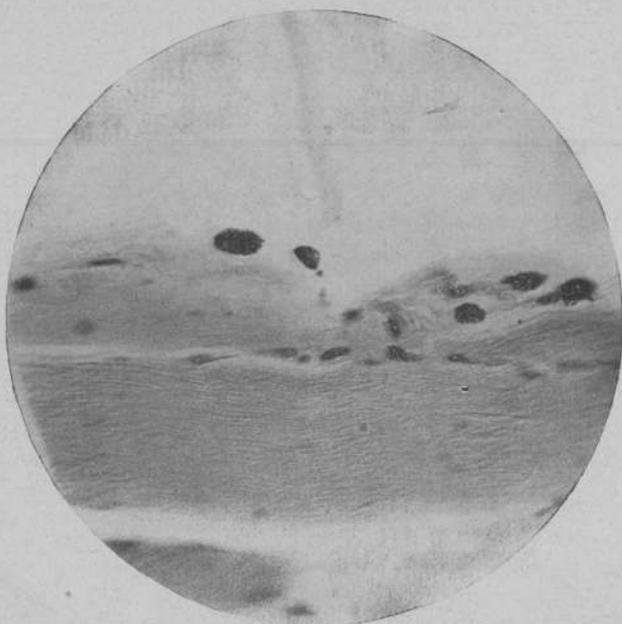


FIG. 3. — Dans la zone périphérique de la tumeur abondance des mastzellen au niveau des fibres musculaires particulièrement dégénérées (Bouin ; May-Giemsa).

RECEIVED
JAN 10 1900
ROND



FIG. 4. — Caractère arborescent du lipome dissociant fibre à fibre et morcelant les fibres isolées (Bouin ; hémateïne-éosine).

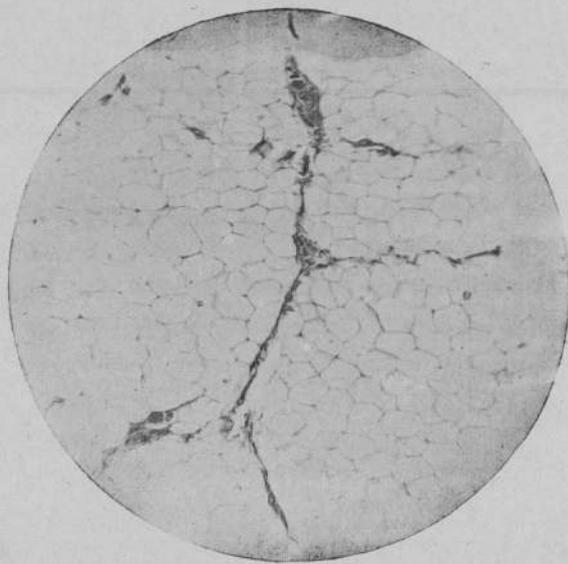


FIG. 5. — Profondeur du lipome dans lequel des tronçons de fibres musculaires sont à l'état dissocié. Faible grossissement.



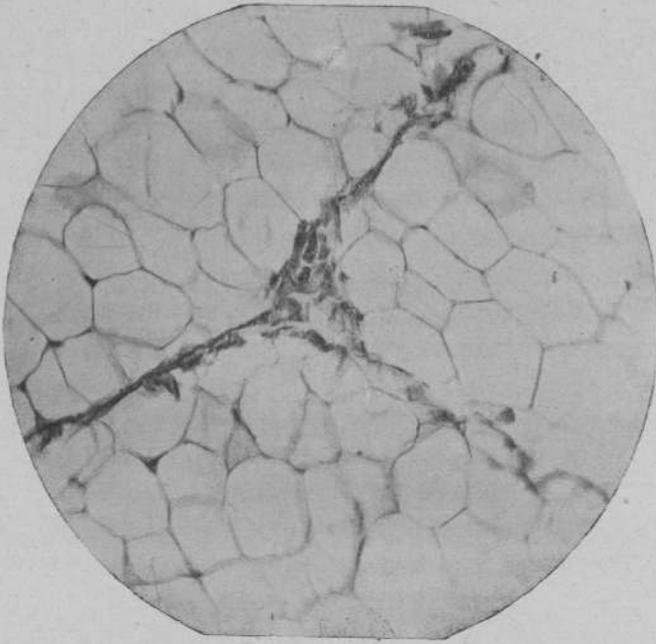


FIG. 6. — Fort grossissement. A noter au centre de la photographie, deux tronçons quadrangulaires très nets (Bouin; hémateïne-éosine).



FIG. 7. — Arborisations vasculaires au sein de ce lipome (capillaires sanguins gorgés de sang). Fort grossissement.





FIG. 8. — Chapelet de vésicules adipeuses paraissant s'être développées dans une fibre. Grossissement moyen.

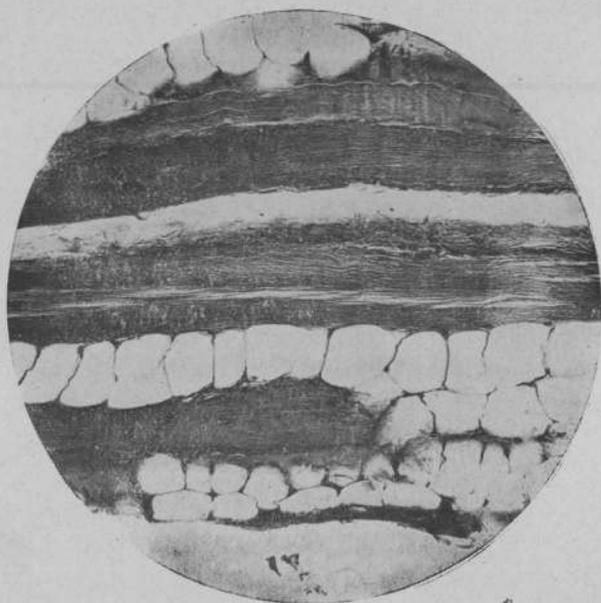
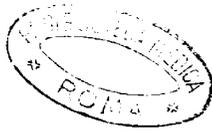


FIG. 9. — Rapports des vésicules adipeuses et des fibres musculaires. Plus fort grossissement.



phie plus marquée. On y voit des fibres hypertrophiées, des fibres en atrophie simple et des fibres atteintes de dégénérescences diverses : cireuse, granuleuse, grasseuse et vacuolaire.

Les faisceaux les plus rapprochés de la tumeur subissent une atrophie bien plus marquée. La majeure partie des fibres a disparu. On n'y trouve que des fibres très atrophiées. Les noyaux en sont le plus souvent centraux. La forme cylindrique des fibres disparaît; elles prennent un aspect moniliforme ou fusiforme. Parfois l'on constate des étranglements et la formation de « cellules musculaires », qui ont perdu toute striation.

Lorsque la tumeur est envahissante, que ses limites sont mal fixées, les cellules néoplasiques s'infiltrent dans le muscle sur une certaine épaisseur, agissent individuellement sur les fibres, qui réagissent de leur côté en montrant une prolifération de leurs corpuscules musculaires.

Quand la tumeur prend des proportions considérables, le tissu musculaire disparaît complètement.

Les aponévroses sont distendues, amincies. Quelquefois elles éclatent et permettent à la tumeur d'envahir un muscle voisin (obs. XVIII). Lorsque des prolongements du lipome atteignent le périoste, ils provoquent une irritation de celui-ci au point qu'une soudure se produit entre le lipome et le périoste; et « il est absolument excessif de parler, dans ces cas, de lipomes périostiques, car l'adhérence à un point limité du squelette ne permet pas de conclure que le lipome se soit développé au dépens du périoste ». (Lecène.)

La dégénérescence maligne des lipomes a été très discutée Broca la nie.

La calcification des lipomes intramusculaires peut être observée. Elle peut être totale (obs. I) ou partielle (obs. XVII).

CHAPITRE V

Symptômes. Diagnostic.

La symptomatologie des lipomes intramusculaires n'a rien de bien caractéristique. Aucun signe n'en est pathognomonique. Les symptômes se confondent avec ceux des autres tumeurs intramusculaires.

Mais avant d'étudier les signes qui permettent d'établir le diagnostic positif et le diagnostic différentiel, nous croyons utile de préciser les caractères intramusculaires de la tumeur.

Les tumeurs des muscles ont des caractères généraux qui dominent toute leur histoire.

1° Elles affectent toujours un siège en rapport avec la direction du muscle;

2° S'il s'agit d'une tumeur située dans un muscle d'un membre, elle accompagne le muscle dans ses mouvements (Dupuytren, Warren, Nélaton et Denonvilliers).

Lorsque les muscles sont en état de relâchement, la tumeur est très mobile dans le sens latéral; si dans l'état de contraction elle reste fixe et dure, on a là, d'après Warren, un signe excellent.

On reconnaît qu'une tumeur est liée à un muscle par les variations de mobilité et d'immobilité qu'elle présente selon que les fibres charnues qui l'emprisonnent sont dans le relâchement ou dans un état de contraction qui les rend tout à fait fixes et rigides. On peut même s'assurer que la tumeur n'est pas seulement adhérente au muscle, mais qu'elle se trouve placée dans son épaisseur, lorsque sa surface, facile à explorer pendant l'état de repos, disparaît tout à coup et semble se cacher

derrière les bandes résistantes quand le muscle entre en contraction (Bérard et Denonvilliers).

3° Lorsqu'une tumeur siège dans une masse musculaire, comme la masse des muscles sacro-lombaires, les explorations de cette nature ne donnent pas de résultat précis. La percussion, la palpation méthodique, peuvent indiquer seulement la profondeur à laquelle siège la tumeur, ses rapports avec les parties voisines. (Desprès, *les Tumeurs des muscles.*)

A. — SIGNES FONCTIONNELS.

1° *La douleur* : est pour ainsi dire inexistante, et c'est là un signe en faveur du lipome. Il est en effet indolore pendant tout le temps de son évolution.

Dans quelques cas, excessivement rares, des douleurs apparaissent pendant ou après une période d'accroissement rapide du lipome. Il est probable, dans ces cas, que le lipome bridé par l'aponévrose et serré contre l'os, produit des compressions qui expliquent cette douleur, qui n'est jamais très violente.

2° *Gêne fonctionnelle*. — Les lipomes de volume moyen, toutes proportions gardées avec le muscle atteint, ne gênent pas ou très peu les mouvements qui gardent toute leur amplitude. Exemple le cas de l'obs. VI, un lipome de 2 kil. 590 grammes ne provoquait pas de gêne.

B. — SIGNES PHYSIQUES.

1° *Siège*. — La tumeur siège habituellement en plein tissu musculaire, isolée des autres organes. Quand elle atteint des dimensions considérables elle fait saillie en dehors du muscle, en distendant son aponévrose d'enveloppe. Cette aponévrose, méconnaissable à son aspect macroscopique, est reconnue à l'examen microscopique, par les fibres musculaires qui lui adhèrent en même temps qu'au lipome (obs. IX).

Dans d'autres cas, la tumeur fait éclater la gaine du muscle, et peut même se créer une loge dans le corps d'un muscle voisin (obs. XVIII). Tous les muscles peuvent être atteints, mais surtout ceux qui sont très actifs.

Notre statistique, qui porte sur 25 cas, en donne un aperçu que voici :

Extenseur commun des doigts, obs. I;
Vaste externe, obs. II, XVII, XVIII;
Couturier, obs. III;
Biceps, obs. IV, IX, XXII;
Vaste interne, obs. V;
Droit antérieur, obs. VI, VIII, XVIII;
Grand pectoral, obs. VII, XIX;
Sous-épineux, obs. X;
Deltoïde, obs. XI;
Grand dorsal, obs. XII;
Tenseur du fascia lata, obs. XIII;
Jumeau interne, obs. XIV;
Triceps crural (sans indication du muscle), obs. XV;
Demi-tendineux, obs. XVII;
Sous-scapulaire, obs. XX;
Brachial antérieur, obs. XXI;
Temporal, obs. XXIII;
Demi-membraneux, cas de Volkmann;
Trapèze, cas de Sir Paget.

(Péré signale, dans sa thèse, une observation de Lyot qui traite d'un lipome du grand adducteur. Nous n'avons pu trouver l'original de cette observation, ni aucune indication bibliographique. Aussi ne faisons-nous pas figurer ce cas dans notre statistique.)

2° *Nombre*. — Le lipome intramusculaire est *unique*. De plus, un seul muscle est atteint, sauf de très rares exceptions. Sur les 25 cas que nous avons réunis, il en est ainsi dans 24. Et l'observation IV seulement, relate le fait d'un malade qui présentait un lipome symétriquement situé dans chacun de ses biceps.

3° *Forme et volume*. — Les lipomes intramusculaires ont une forme ovoïde : le grand axe de la tumeur répond au grand axe du muscle. Les contours en sont nets, leur surface lobulée, et dans quelques cas, bosselée.

Exceptionnellement, les tumeurs envoient des prolongements, véritables appendices graisseux qui s'insinuent dans les interstices musculaires (obs. XVI), à tel point que l'on est parfois obligé de renoncer, au cours d'une intervention, à les enlever tous (obs. XIV).

D'autres fois la capsule fait entièrement défaut. Les limites de la tumeur en sont rendues d'une appréciation difficile (obs. XIII et XVI).

Le volume des lipomes intramusculaires est très variable, et les auteurs se sont servis, pour l'apprécier, de termes aussi nombreux que variés, empruntés-autant au règne animal qu'au règne végétal : noix, amande, pomme, œuf de poule, œuf de dinde, gros poing d'adulte, etc.

Ils peuvent atteindre un volume considérable, comme la tumeur de l'obs. VI qui ne pesait pas moins de 2 kil. 590 gr.

4° *Consistance*. — Elle est également sujette à de nombreuses variations. Généralement, la consistance des lipomes est molle, et donne une sensation nette de fluctuation. Mais cette mollesse disparaît et fait place à une certaine fermeté, si l'on applique sur la tumeur un morceau de glace, ou si l'on y projette un liquide congélateur tel que l'éther ou le chlorure d'éthyle.

Les classiques insistent sur ce point.

Quelques-unes sont pseudo-fluctuantes, d'autres sont uniformément dures; d'autres enfin présentent, au milieu d'une masse molle, des noyaux plus ou moins durs.

5° *Crépitation*. — Les classiques décrivent un autre signe caractéristique des lipomes : il s'agit d'une crépitation spéciale. Pour la recherche de ce signe, il faut que le muscle soit dans l'état du plus complet relâchement, et encore est-il difficile à constater. Quelques auteurs le nient complètement.

6° *Mobilité*. — Lorsque le muscle se trouve au repos, l'on peut mobiliser la tumeur dans le sens transversal, c'est-à-dire perpendiculairement au grand axe du muscle; elle est immobile dans le sens vertical. Toute mobilité disparaît quand le muscle entre en contraction.

La contraction du muscle ne fait pas seulement qu'immo-

biliser la tumeur, elle en change également la forme, la consistance et le volume. En effet, pendant la contraction, la tumeur s'étire, diminue de volume, devient plus ferme et reste complètement bloquée.

7° *Modification des organes voisins.* — La peau conserve sa mobilité et n'adhère pas à la tumeur; la circulation veineuse est normale. Dans le cas de Jalaguier (obs. XVI) la tumeur s'étant développée très rapidement, et ayant acquis un volume considérable, il a noté une circulation veineuse collatérale très développée.

Dans un cas (obs. XX) elle siégeait dans le voisinage du tronc vasculo-nerveux de l'aisselle, et l'on a pu constater un très léger œdème et des fourmillements dans les doigts.

Les muscles atteints présentent un degré d'atrophie plus ou moins marquée et en rapport avec le volume du lipome.

Les ganglions tributaires de la région sont indemnes.

L'état général est *bon*, il n'est jamais atteint.

C. — EVOLUTION.

Le début de l'affection passe souvent inaperçu; on la découvre à l'occasion d'un examen médical ou d'un traumatisme d'une région avoisinante. Rarement la notion du traumatisme initial permet de voir évoluer la tumeur.

Comme toutes les tumeurs bénignes, les lipomes, quand ils ont atteint un certain volume, « ne poussent plus ». Ils évoluent lentement et progressivement.

Cependant, dans des cas — rares il est vrai — l'évolution se fait très rapidement, et c'est là un facteur qui rend possible la confusion avec une tumeur maligne (obs. XVI).

L'on peut se demander si, dans ces cas, il ne s'agit pas d'une tumeur mixte, d'un lipo-sarcome par exemple.

D'autres lipomes, exceptionnels eux aussi, progressent par poussées (obs. XIII et XIX). Plus rarement encore, ayant acquis un certain volume, ces tumeurs régressent. Un changement de consistance accompagne cette régression (calcification, transformation fibreuse).

CHAPITRE VI

Diagnostic différentiel.

Nous venons d'énumérer les signes des lipomes intramusculaires. Nous le répétons, aucun n'en est pathognomonique, et le diagnostic se fait souvent par élimination et plus souvent encore à l'intervention.

Nous allons passer maintenant en revue les caractères propres aux autres tumeurs intramusculaires et en noter surtout les signes qui permettent le diagnostic différentiel.

1° *Pseudo-hernie musculaire* (par rupture du muscle). — Sans être une tumeur du muscle, cette affection mérite d'être étudiée dans ce chapitre. Tout d'abord la notion d'un traumatisme violent récent est en faveur d'une rupture musculaire. Le malade ressent une vive douleur et une gêne fonctionnelle considérable; la peau présente une très grande ecchymose. Lorsque le muscle est en état de relâchement, on sent une grosseur à forme irrégulière, mais dès qu'il se contracte, elle disparaît complètement et même, dans le cas de rupture considérable, elle fait place à une dépression.

2° *La hernie musculaire*. — La hernie musculaire vraie disparaît en grande partie, et souvent totalement, pendant la contraction du muscle. Dans l'état de relâchement de celui-ci, on sent le bord ferme de l'aponévrose qui entoure la partie musculaire herniée.

3° *Hématome du muscle*. — Récentes, ces tumeurs sont très faciles à diagnostiquer : on trouve une masse pâteuse, diffuse; une ecchymose plus ou moins étendue aide à en déterminer la

nature. Les anamnésiques d'un traumatisme, d'un effort ou d'une myosite infectieuse hémorragique (fièvre typhoïde, paratyphoïde, choléra, scorbut), facilitent l'orientation du diagnostic.

Quand l'hématome est ancien, la différenciation est bien plus difficile. Toutefois, les hématomes ont une forme plus régulière, ne présentent pas de lobulation. A la palpation, ils donnent une sensation spéciale : « celle d'un craquement, comme si l'on brisait une mince lamelle osseuse. » (Velpeau et Trélat.)

4° *Fibrome du muscle*. — La consistance plus ferme des fibromes et leur volume plus petit, sont les seuls signes qui en permettent la différenciation. Lipome et fibrome peuvent d'ailleurs coexister dans une association très intime. (Cf. chapitre d'anatomie pathologique.)

5° *Ostéome du muscle*. — Survient généralement chez les sujets jeunes. Il suit de près un traumatisme violent (luxation du coude) ou est consécutif à des traumatismes répétés. (L'ostéome des adducteurs des cavaliers, Reiterknochen de Billroth ou du deltoïde. Cette affection a été fréquemment observée chez les fantassins de l'armée allemande et est attribuée par les auteurs au choc brusque de la crosse du fusil contre l'épaule.) Billroth l'a appelée Exercirknochen.

La forme et la consistance de l'ostéome ne changent pas pendant la contraction des muscles. La radiographie montre une tumeur opaque. Les tendons sont quelquefois envahis.

6° *Tuberculose des muscles* (gomme tuberculeuse). — Nous n'envisageons ici que la tuberculose primitive du muscle, en laissant de côté les abcès par congestion, et la tuberculose par propagation aux muscles des tumeurs blanches.

La tuberculose primitive et par inoculation directe est excessivement rare; plus fréquemment voit-on des gommes chez des bacillaires. Mais la tumeur, dure d'abord, ne tarde pas à se ramollir.

L'état général du sujet, l'histoire de l'évolution, aideront le diagnostic. Une ponction exploratrice, enfin, lèvera tous les doutes. (C'est ainsi que dans un cas diagnostiqué lipome,

la ponction a montré qu'il s'agissait d'un abcès froid (obs. du professeur Villar, citée dans la thèse de Fabre).

7° *Gomme syphilitique*. — La gomme forme une nodosité mal circonscrite, qui infiltre un point du muscle. La gêne fonctionnelle causée par la contracture musculaire n'est grande que dans le cas d'infiltration scléro-gommeuse. A la longue, la tumeur se liquéfie et la collection s'ouvre à la peau.

Les gommes syphilitiques peuvent atteindre des muscles symétriques.

Les antécédents personnels et héréditaires, les réactions de Bordet-Wassermann et au besoin un traitement d'épreuve affirmeront le diagnostic.

« Il y a des muscles, de même que certains os, révélateurs de la syphilis. Coexistence de ténésme par sclérose du sphincter externe de l'anus, d'une participation d'un muscle masséter, donnant lieu à du trismus; des muscles des mollets, siège des crampes nocturnes, très douloureuses, d'une rétraction d'un sterno-cléido-mastoïdien épaissi, mettront avec les commémoratifs sur la voie du diagnostic. » (Sabrazès.)

8° *Kyste hydatique des muscles*. — « Toutes les fois que vous trouverez une tumeur développée dans le corps d'un muscle, il y a de grandes probabilités pour que ce soit un kyste hydatique. » (Nélaton.)

« Une tumeur intramusculaire régulière, à évolution plus ou moins lente, dure et arrondie, est presque toujours un kyste hydatique. » (Denonvilliers.)

Et, pour augmenter la confusion, ajoutons l'opinion de Desprès :

« L'erreur paraît inévitable si le frémissement manque, s'il n'y a pas de traces de fluctuation. »

Nous pouvons conclure de ces trois opinions autorisées que le diagnostic entre lipome et kyste hydatique n'est pas aisé.

Les mœurs et l'habitus du malade (bergers) peuvent mettre sur la voie du vrai diagnostic.

Les kystes hydatiques sont souvent multiples : leur surface

est lisse et régulière. La fluctuation est la règle. Ils s'accompagnent souvent de douleurs très vives.

La réaction de Weinberg-Parvu sera pratiquée chaque fois que l'on supposera l'existence d'un kyste hydatique. Dans ces mêmes cas, on s'abstiendra de ponction exploratrice. M. le professeur J. Guyot l'avait encore une fois proclamé au Congrès de chirurgie de 1913.

9° *Angiome musculaire*. — L'angiome des muscles est souvent très difficile à différencier d'un lipome; d'autant plus qu'il existe des lipomes à prédominance de l'élément vasculaire, les lipomes dits *télangiectasiques*.

La réductibilité, les battements, le souffle, l'augmentation pendant l'effort, sont des signes en faveur de l'angiome. Liston attire l'attention sur la coexistence des tumeurs érectiles cutanées concomitantes au niveau du muscle malade.

L'augmentation de l'indice oscillométrique serait, d'après MM. J. Guyot et Jeanneney, un signe de présomption en faveur de l'angiome.

10° et 11° *Myomes et rhabdomyomes*. — Ces tumeurs sont exceptionnelles dans les muscles striés. On n'en a jamais signalé dans les muscles de la vie de relation. Macroscopiquement, elles ressemblent au sarcome. Seul l'examen microscopique peut en fournir le diagnostic.

12° *Les sarcomes*. — Le sarcome intra-musculaire primitif est le diagnostic différentiel le plus épineux. Quand la tumeur est à l'intérieur du muscle, rien, en effet, ne la différencie d'un lipome, et seule la biopsie avec examen histologique peut définir la nature d'un néoplasme. La mobilité, toutefois, serait moindre en cas de sarcome, à cause des adhérences que contracte assez précocement la tumeur (Desprès).

Une hyperleucocytose marquée serait un signe en faveur d'une néoplasie maligne.

Mais les sarcomes évoluent très rapidement, ce qui n'est pas le cas des lipomes. La marche rapide, la circulation veineuse collatérale, l'augmentation de la température locale, et

surtout l'atteinte de l'état général confirment le diagnostic de sarcome.

Il est cependant des exceptions à la règle que nous venons d'indiquer. MM. J. Guyot et Jeanneney relatent un cas de sarcome musculaire qui resta stationnaire pendant 22 ans, et dont le porteur jouissait d'un parfait état de santé.

13° *Les tumeurs épithéliales* (épithéliomas et carcinomes) primitives des muscles sont inexistantes. Il n'y en a tout au moins aucune observation nettement démonstrative. Dans le cas de tumeur secondaire, la localisation primitive facilitera le diagnostic.

14° *Tumeurs mixtes*. — Elles existent dans les muscles, mais sont exceptionnelles. Le diagnostic différentiel se fait comme pour le sarcome.

CHAPITRE VII

Pronostic et traitement.

Les lipomes intramusculaires, comme les lipomes en général, sont des tumeurs bénignes. Après l'ablation complète ils ne récidivent pas. Ils régressent très rarement. La calcification en est possible; elle s'accompagne d'une diminution du volume de la tumeur.

La dégénérescence maligne des lipomes intramusculaires est-elle possible ? Il n'en existe pas de fait probant, et nous ne le croyons pas. Signalons cependant que Bassin a rapporté un cas de lipome existant depuis douze ans et qui dégénéra en tumeur maligne, mais il ne s'agissait pas, dans ce cas, de lipome intramusculaire.

Les muscles, après intervention, reviennent progressivement à leur état normal; la malade de l'observation XXII a été revue plus d'un an après son opération et présentait un biceps en très bon état.

Hasse, de Nordhausen, injectait de l'alcool dans la tumeur, à plusieurs jours d'intervalle. Quand elle était ramollie, on l'incisait et elle se vidait en laissant échapper un liquide huileux.

On avait également essayé des compressions méthodiques, la destruction au thermo.

Mais le seul traitement qui mérite de retenir notre attention est, sans conteste, le traitement chirurgical.

Il consiste en l'incision de la peau et de l'aponévrose. En écartant alors les fibres musculaires, on arrive à énucléer la

tumeur quand elle est franchement encapsulée. Parfois, on est obligé de poursuivre la dissection des prolongements graisseux. Un ou plusieurs points au catgut réunissent les fibres musculaires. Suture de l'aponévrose aux points séparés ou par un surjet, suture de la peau et pansement compressif pendant quelques jours.

Un point sur lequel nous voudrions insister, c'est l'emploi des lignes d'incision esthétiques et dans une suture soignée de la peau, par un surjet intradermique de préférence. Le lipome intramusculaire est, en effet, une affection bénigne, pas gênante, et il serait vraiment regrettable si une cicatrice apparente ou disgracieuse venait remplacer une infirmité qui ne l'est pas toujours. Nous pensons que l'on peut presque toujours employer l'anesthésie locale, mais il est des cas de tumeur volumineuse où l'anesthésie générale peut trouver sa place

CHAPITRE VIII

Observations.

OBSERVATION I.

BROCA, Observation III de la thèse de RUDELLE. Bordeaux, 1920-1921.

Lipome calcifié de l'extenseur commun des doigts.

Dans un cas que j'ai présenté à la Société d'anatomie, cette altération (la calcification) avait envahi une partie du lipome circonscrit, développé dans l'épaisseur du muscle extenseur commun des doigts.

Cette tumeur, formée de tissu adipeux à sa partie supérieure, présente en bas un noyau ostéo-calcaire du volume d'une noix, qui n'a pu être scié qu'avec les plus grandes difficultés.

La masse calcaire était presque aussi dure que de l'agate et sous le microscope se montra entièrement privée d'organisation.

OBSERVATION II (Résumée).

CHRISTOLT, *Gazette médicale de Lyon*, 1867.

Lipome intramusculaire de la cuisse.

Jeune fille, 18 ans. Bon état général.

Tumeur du volume d'une noix. Début il y a huit ans. Pas de gêne, pas de douleur. Accroissement progressif, uniforme.

A l'examen : tumeur irrégulièrement saillante, du volume d'une grosse orange sur la face externe de la cuisse au-dessus du genou. Consistance molle, légèrement fluctuante avec quelques noyaux durs. Peau saine, sans vascularisation anormale, n'adhérant pas à la tu-

meur, qui ne gêne nullement les mouvements de la cuisse. Cette tumeur est mobile pendant le repos du membre, immobile dans l'extension. A l'opération on trouve l'aponévrose amincie. La tumeur est complètement intramusculaire et adhère à quelques fibres musculaires et à l'aponévrose (du vaste externe).

A l'examen histologique : tumeur fibro-graisseuse avec une prédominance marquée de la trame connective.

OBSERVATION III (Résumée).

FARABEUF, *Bulletin de la Société anatomique*, 1875, in thèse MALENGON.

Lipome du couturier.

Cette pièce, recueillie à l'École pratique, est un *exemple peut-être unique* de lipome intramusculaire. Cette petite tumeur, évidemment grasseuse, était développée dans le couturier, au-dessous de l'aponévrose, entre les fibres musculaires elles-mêmes.

OBSERVATION IV (Résumée).

RÉMY, *Bulletin de la Société anatomique*, 1876.

Lipomes intramusculaires symétriques des biceps.

Homme, 60 ans, palefrenier. Entre à l'hôpital pour y être soigné des suites d'une chute.

Il présente diverses affections et l'affection du muscle, dont voici la description résumée :

Tumeur au niveau d'union du long biceps avec les fibres musculaires. Pas d'adhérence à la peau, mais elle paraît faire corps avec le muscle lui-même, dont on ne peut la détacher. Consistance pseudo-fluctuante et molle du lipome, tout en présentant plus de dureté.

Du côté gauche, à un point presque symétrique, on constate dans le biceps une autre tumeur, celle-ci de volume d'une amande, donnant nettement l'impression d'un lipome. Les tumeurs font saillie pendant la contraction du muscle, mais ne changent pas de forme pendant le repos.

Ces tumeurs symétriques, *parfaitement indolores*, avaient passé inaperçues du malade.

Ces tumeurs furent l'objet de plusieurs diagnostics : parasites des muscles, gomme syphilitique, hernie musculaire, lipomes intramusculaires; mais le diagnostic ne peut porter que sur les deux dernières hypothèses.

« *Or la hernie musculaire* produite pendant la contraction se réduit spontanément à l'état de repos du muscle. » Ici, au contraire, la tumeur persiste même pendant la flaccidité du muscle.

A l'autopsie il fut prouvé qu'il s'agissait bien de deux lipomes.

OBSERVATION V (Résumée).

Monod, *Bulletin de la Société anatomique*, 1876.

Lipome intramusculaire développé dans la gaine du vaste interne.

M. X..., âgé de 50 ans. Tumeur du volume d'un gros poing d'adulte, molle, pseudo-fluctuante, faisant manifestement corps avec le vaste interne (car elle est immobile et plus saillante pendant la contraction de ce muscle). Plusieurs diagnostics furent discutés : tumeur fibro-plastique, kyste hydatique, lipome et enfin hématome transformé, *en raison d'une chute violente que le malade avait faite quelques années auparavant.*

Opération. — Macroscopiquement et histologiquement : lipome.

OBSERVATION VI (Résumée).

Féré, *Bulletin de la Société anatomique*. Paris, 1881, p. 329.

Lipome du droit antérieur.

Femme âgée de 73 ans. A vu se développer cette tumeur depuis plus de 20 ans. A toujours refusé l'opération parce que la tumeur qui se portait sur le côté externe de la cuisse ne la gênait pas.

Lipome développé sous le feuillet antérieur de la gaine du muscle droit antérieur de la cuisse gauche, adhérent à la couche fibreuse.

Les fibres musculaires sont disséminées et étalées sur la face profonde. La tumeur pèse 2 kil. 590.

OBSERVATION VII (Résumée).

H. HARTMANN, *Bulletin de la Société anatomique*, 1887.

Lipome intramusculaire du grand pectoral.

Une vieille femme de l'École pratique.

Lipome, du volume d'un pouce, nettement intramusculaire, situé immédiatement au-dessous de la région mammaire.

La mamelle du côté opposé était le siège d'un cancer squirrheux avec dégénérescence des ganglions axillaires correspondants.

OBSERVATION VIII (Résumée).

LYOT et GAUTIER, *Bulletin de la Société anatomique*.

Lipome intramusculaire du droit antérieur.

Tumeur dépassant le volume du poing; début, il y a un an. Elle siège à la face antérieure de la cuisse; elle est mobile transversalement.

Sensation de fluctuation manifeste.

A l'opération : tumeur fusiforme dans l'épaisseur du *droit antérieur*.

Lipome non encapsulé.

OBSERVATION IX (Résumée).

CALOT, *Bulletin de la Société anatomique*, 1888.

Lipome intramusculaire.

Trouvé sur un sujet de l'École pratique.

Lipome du *biceps droit*, à grand diamètre vertical; il mesure 6 à 7 centimètres dans le sens vertical, 4 à 5 dans le sens transversal et 4 dans le sens antéro-postérieur.

La partie antérieure fait saillie d'entre les faisceaux du muscle qui ne la recouvre pas en entier.

Une mince lame transparente recouvre la tumeur, et l'on peut dis-

tinguer dans cette lame deux parties : une antérieure, probablement l'aponévrose distendue; l'autre, des fibres musculaires (confirmation par l'examen microscopique).

Lipome pur.

OBSERVATION X (Résumée).

LEJARS, *Bulletin de la Société anatomique*, 1890.

Lipome du muscle sous-épineux.

Lipome mou, ovoïde, à grand axe transversal, siégeant dans l'épaisseur du muscle sous-épineux et donnant une impression de fluctuation manifeste.

Le sujet, qui servait aux dissections, présentait un ancien mal de Pott guéri, et certainement à une époque antérieure on eût pu prendre la tumeur fluctuante pour un abcès froid.

OBSERVATION XI (Résumée).

TEDENAT, *Lipome et hernie musculaire, Montpellier médical*, 1892, p. 148.

Lipome du deltoïde.

Il s'agit d'un lutteur de foire, âgé de 37 ans. Rien à signaler dans les antécédents personnels, ni héréditaires. Dans la région deltoïdienne gauche on trouve une tumeur occupant la partie moyenne du muscle deltoïde. La tumeur est de forme ovoïde, avec son grand axe dirigé dans le sens des fibres musculaires.

Le bras pendant au repos, la tumeur fait une saillie très appréciable à distance. Elle est constituée par une masse molle, par endroits presque fluctante, multilobée. Les contours sont très peu nets.

En faisant lever un poids avec le bras malade, la tumeur durcit et s'aplatit.

Ce sujet est en même temps porteur d'une vraie hernie musculaire du biceps droit. On sent le bord tranchant de l'aponévrose, autour de la partie musculaire herniée.

A l'opération, on trouve un lipome du deltoïde encapsulé avec quelques fibres musculaires adhérent à sa capsule.

OBSERVATION XII (Résumée).

MALENGON, thèse de doctorat. Paris, 1895.

Lipome intramusculaire du grand dorsal.

Femme, 42 ans. Tumeur de la région axillaire postérieure droite. Début il y a deux ans. Augmentation de volume, sans cause apparente, il y a six mois. La tumeur, très peu douloureuse, ne gêne que certains mouvements du bras : extension et abduction. Elle est mobile dans le sens vertical, immobile dans le sens transversal. Pseudo-fluctuation. Le bras étant placé en abduction, la mobilité disparaît et la consistance est modifiée; la tumeur est plus ferme.

A l'opération on trouve un lipome situé en plein muscle grand dorsal. Cette tumeur, du volume d'un œuf de dinde, n'est pas franchement encapsulée et donne naissance, à ses deux extrémités, à des fibres musculaires.

OBSERVATION XIII (Résumée).

CHAVANNAZ, *Archives cliniques de Bordeaux*, 1897.

Lipome du tenseur du fascia lata.

Femme, 53 ans. Vingt mois avant son entrée à l'hôpital, la malade est tombée de sa hauteur sur la hanche droite, qui porte sur le pavé. Depuis, douleurs dans les lombes et à la hanche droite.

Quatre mois après, la malade reçoit sur la même hanche un coup de corne de vache, lequel détermine une légère ecchymose.

Cinq mois après, elle heurte, avec la même hanche, une bouillotte, ce qui provoque une douleur qui l'empêche de dormir de toute la nuit.

Dix jours après, la malade constate qu'elle porte à la partie supérieure de la cuisse droite une tumeur du volume d'un œuf.

On trouve avant l'opération une tumeur du volume d'une pomme, en avant du grand trochanter, et un peu au-dessous de l'épine iliaque antérieure. L'axe de la tumeur est allongé suivant la longueur du membre.

Consistance ferme et uniforme. Pas de modification dans la coloration de la peau, ni de la vascularisation des téguments.

Opération : Lipome intramusculaire du tenseur du *fascia lata*.

OBSERVATION XIV (Résumée).

MORESTIN, *Bulletin de la Société anatomique*, 1897, p. 939.

Lipome intramusculaire (jumeau interne) congénital.

Homme, 23 ans. Présente depuis sa toute première enfance une tumeur au mollet gauche.

La tumeur est lobulée, facilement circonscrite par la palpation. Son axe est parallèle à celui du membre. Consistance assez ferme. Pas de fluctuation.

La tumeur se déplace pendant les mouvements du pied, et reste bloquée lorsque l'on fait contracter le triceps sural.

Opération. — Lipome du jumeau interne. Prolongements nombreux, qui suivent les interstices musculaires.

On est forcé de renoncer à poursuivre et enlever tous les lobules graisseux qui s'insinuent dans les interstices. Guérison.

OBSERVATION XV (Résumée).

MERCIER, *Les lipomes de la cuisse*, thèse de Montpellier, 1898-1899.

Lipome intramusculaire du triceps fémoral.

C... Rosalie, 56 ans. Présente une tumeur ovalaire sur la face externe du tiers moyen de la cuisse. La malade ne ressent pas de douleur et n'est nullement gênée. La tumeur est mobile pendant le repos du muscle, bloquée pendant la contraction. La peau est mobile sur elle.

Opération. — La tumeur est sous-aponévrotique; la masse de la tumeur est régulièrement encapsulée, sauf trois ou quatre lobules pédiculés enclavés dans le triceps.

La tumeur repose sur un petit pédicule vasculaire.

OBSERVATION XVI (Résumée).

JALAGUIER, *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*. Paris, 1899.

**Lipome intramusculaire de la cuisse à marche rapide. Extirpation.
Guérison.**

Femme, 30 ans. Tumeur qui atteint en quinze jours (la malade prétend ne pas avoir senti la tumeur avant) le volume d'un poing. Cette tumeur est mobile, de consistance assez ferme, à limites peu nettes.

28 jours après le premier examen, la tumeur avait augmenté considérablement de volume.

De nombreuses veinosités sillonnaient la peau. Quelques douleurs irradiées vers le genou.

La consistance est devenue molle et la fluctuation nette.

La radiographie montre un espace plus clair, limité par deux lignes elliptiques très nettes. Intégrité du fémur.

À l'opération : lipome pédiculisé du vaste externe.

OBSERVATION XVII (Résumée).

DUBAR et POTEL, *Écho médical du Nord*, juillet 1902 (citée dans la thèse de Dehay, Lille, 1902).

Lipome du grand pectoral.

Femme, 72 ans. Deux ans avant l'opération, la malade reçoit un coup au niveau du pectoral gauche. Un mois après ce traumatisme, elle commença à souffrir et à sentir une petite nodosité vers la partie inférieure du grand pectoral gauche.

Un an et demi après, la tumeur commence à grossir, et la malade est examinée.

Tumeur du volume d'un œuf de poule, immobilisée pendant la contraction du grand pectoral. Deux ganglions indurés dans l'aisselle, mais il faut noter que la malade a eu, à l'époque de son traumatisme, un *panaris du médius de la main gauche*.

Pendant le temps que l'on mettait la malade au traitement d'épreuve par l'iode; la tumeur a encore augmenté de volume. On

décide l'intervention, au cours de laquelle on trouve un lipome encapsulé du grand pectoral, avec prolongement vers l'insertion humérale de ce muscle.

OBSERVATION XVIII (Résumée).

WEAVER, *American medical Association*, 1896.

Lipome du demi-tendineux.

Le lipome que je vous présente fut découvert accidentellement au cours d'une dissection dans la salle du Ruch Medical College, pendant l'année 1893. Cette tumeur siégeait à la partie postéro-supérieure de la cuisse et était nettement enclavée dans le demi-tendineux. La loge s'étendait de l'insertion du muscle à la tubérosité ischiatique. L'énucléation fut facile. Cette tumeur grasseuse était de forme oblongue, mesurant 5 pouces de long sur 3 de large. A la surface apparaissent nettement des fibres musculaires enveloppant uniformément sa surface.

A un des sommets de la tumeur existait, au voisinage de l'os, une partie calcifiée.

OBSERVATION XIX (Résumée).

SOULIGOUX et LECÈNE, *Bulletin de la Société anatomique*, 1901.

Lipome intramusculaire de la cuisse.

Homme, 20 ans. Il y a six ans et demi, le malade s'est aperçu, par hasard, qu'il avait à la cuisse droite une tumeur d'ailleurs indolore.

La tumeur, qui était peu gênante jusqu'à environ 15 jours avant l'entrée à l'hôpital, le devint vers cette époque; une douleur pendant la marche apparaît en même temps.

A l'examen on trouve une tumeur sur la partie antéro-externe de la cuisse du volume de deux poings, molle, fluctuante, manifestement sous-aponévrotique. Elle est presque indolore, sauf à sa partie supérieure.

Une ponction reste négative. On porte le diagnostic de fibro-lipome.

Après incision, on trouve la tumeur incluse dans le vaste externe et le droit antérieur.

A l'examen histologique, lipome pur, qui dissociait en certains points les fibres musculaires.

OBSERVATION XX

CHAVANNAZ, *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, janvier 1907.

Lipome du sous-scapulaire.

Marthe M..., 32 ans. Présente depuis quelques années une tumeur assez volumineuse dans l'aisselle droite. La patiente l'a découverte il y a cinq ans.

Elle entre à l'hôpital Saint-André le 17 janvier 1907.

Dans l'aisselle droite existe une tumeur arrondie, du volume du poing, qu'on peut percevoir aussi dans la région sous-claviculaire. Elle est de consistance ferme, partout égale et absolument fixée dans la région qu'elle occupe. L'auscultation est négative. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité.

Cependant, on note des fourmillements dans les doigts. Enfin, si la radiale bat normalement, il y a quelques troubles veineux et la main et l'avant-bras sont œdématisés le soir. L'état général est bon. *Nous pensons à une tuberculose ganglionnaire, à forme hypertrophique, tout en faisant des réserves pour un lipome de l'aisselle.*

Le 22 janvier, sous anesthésie chloroformique, nous faisons une grande incision sur la base de l'aisselle et nous arrivons sur la tumeur, qui se présente à nous avec une teinte rouge pâle, recouverte qu'elle est par des fibres musculaires. Nous pensons avoir affaire ici à un faisceau thoraco-axillaire supplémentaire, mais la direction des fibres nous montre bientôt qu'il s'agit du muscle sous-scapulaire. Comme la tumeur s'élève très haut dans l'aisselle, nous sommes obligé de sectionner en travers les muscles grand et petit pectoral et nous découvrons alors le paquet vasculo-nerveux, qui est tendu sur la face antérieure de la tumeur. Après section des fibres du sous-scapulaire, nous arrivons à énucléer le néoplasme, qui se trouvait nettement *encapsulé* et venait atteindre la face antérieure du scapulum, après s'être développé dans la masse du sous-scapulaire. Nous terminons l'opération par la suture du grand pectoral et la suture cutanée. Drain.

Les suites opératoires sont bonnes; ce lipome pèse 400 grammes, de forme très régulièrement ovoïde, nettement encapsulé.

OBSERVATION XXI

PÈRE, thèse de Bordeaux.

Lipome intramusculaire du brachial antérieur gauche.

Jean P... 43 ans, plâtrier, entre dans le service de M. le professeur Villar, pour une tumeur du bras gauche.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Son affection a débuté, il y a un an et demi, à la suite *d'un effort violent*; il soulevait avec le bras gauche un sac de plâtre de 50 kilos, lorsqu'il ressentit une violente douleur, avec sensation de déchirure, dans le biceps gauche.

Après cet accident, il vit apparaître au niveau du bord interne du biceps, à la partie moyenne du bras, une tumeur du volume d'une noisette. Cette tumeur, tout à fait indolore, augmenta peu à peu de volume, jusqu'à atteindre la grosseur qu'elle présente aujourd'hui. A aucun moment il ne vit apparaître d'ecchymose. Une ponction exploratrice fut pratiquée lorsque la tumeur avait le volume d'un œuf de poule; elle ne donna issue à aucun liquide.

Examen du 11 décembre 1907. — Tumeur volumineuse occupant toute la moitié inférieure du bras, jusqu'au pli du coude. Latéralement, la tumeur bombe très fortement du côté interne; de ce côté, elle présente une forme oblongue, couchée dans la gouttière des vaisseaux huméraux.

Du côté externe, la tumeur fait une hernie beaucoup moins volumineuse, siégeant plus bas et du volume d'un gros œuf de dinde. En avant, elle est très nettement aplatie. En arrière, elle ne dépasse pas l'aponévrose limitant les loges antérieure et postérieure du bras. Dans l'ensemble on a l'impression d'une tumeur qui se serait développée au-dessous du biceps et qui, comprimée sur le plan sous-jacent par ce muscle, serait venue faire saillie des deux côtés du bras, la saillie interne étant très volumineuse, la saillie externe étant moins considérable.

La peau est normale, sans circulation collatérale. La médiane basilique fortement tendue par la tumeur se dessine très bien sous les téguments. Pas d'adhérence de la peau. La palpation de la tumeur dénote une consistance molle, élastique, non fluctuante, et semblable en tous les points. En avant, on sent parfaitement le biceps qui passe comme un pont au-dessus de la tumeur. Ce muscle ne paraît pas augmenté de volume. La mensuration de la circonférence du membre donne 38 cm. (notons que c'est le bras gauche et que cet homme a des bras peu musclés, par conséquent de petites circonférences). La tumeur est assez mobile, mais elle est adhérente aux plans profonds (brachial antérieur ou os). La contraction des muscles antérieurs du bras l'immobilise complètement. On note quelques petits ganglions dans l'aisselle, mais des deux côtés également.

Pas de phénomènes de compression. Les deux pouls radiaux sont égaux, pas d'œdème, pas de trouble de la sensibilité. Le paquet vasculo-nerveux passe immédiatement au-dessous de la tumeur.

Opération le 12 décembre 1907. — Incision analogue à celle de la ligature de l'humérale à la partie moyenne, de 10 à 12 cm. Après section de l'aponévrose superficielle, on voit la tumeur s'énucléer en partie d'elle-même.

On l'extirpe facilement avec les doigts, on s'aperçoit qu'elle avait pris naissance dans le corps même du muscle brachial antérieur qui, trop petit pour la contenir, avait en quelque sorte éclaté, en livrant passage au dehors. Réfection du muscle et des autres plans. Sutures.

La tumeur extirpée a la forme d'un ovoïde aplati d'avant en arrière. Son grand axe mesure 16 cm., largeur 13, circonférence 25 cm., poids 320 grammes.

La tumeur présente tous les caractères d'un lipome typique, confirmé par l'examen au microscope.

Le diagnostic, avant l'opération, présenta quelques difficultés. Tout d'abord, en raison du traumatisme initial, on dut songer aux hernies, aux hématomes, aux ruptures musculaires. L'évolution de la maladie (un an et demi), ainsi que l'absence d'écchymoses, font rejeter cette hypothèse.

L'idée d'anévrisme, motivée par le siège de la tumeur, fut écartée, en raison de l'absence de signes de cette affection. Le kyste hy-

datique et le fibrome furent mis à part, à cause et de son volume et de sa consistance. Restaient trois hypothèses : 1° Abscès froid; 2° sarcome; 3° lipome. L'absence de modifications cutanées, l'absence de fluctuation et d'adénite axillaire volumineuse sans aucun autre signe de tuberculose, écartèrent la possibilité d'un abcès froid. En ce qui concerne le sarcome et le lipome, nous ne pûmes nous ranger fermement d'un côté ou de l'autre. Cependant l'évolution rapide, le siège, le volume, le traumatisme initial nous conduisent au diagnostic de sarcome, en faisant toutefois des réserves sur la possibilité d'un lipome intramusculaire.

OBSERVATION XXII

PAPIN et JEANNENEY, in *Journal de Bordeaux*, 25 décembre 1921.

Mme Marie A..., 64 ans. Entre le 3 juin 1921, salle 1 bis, dans le service de M. Duvergey pour une augmentation de son bras droit datant, paraît-il, de 4 ans. Aucun traumatisme n'a précédé l'apparition de cette grosseur, et c'est seulement parce que depuis quatre ans elle augmente de volume et la gêne légèrement qu'elle se décide à entrer à l'hôpital.

A l'inspection, la région antérieure du bras est nettement et régulièrement augmentée de volume dans toute la zone du biceps, et un léger réseau veineux se dessine sous la peau (fait déjà signalé par Jalaguier). La tumeur, de consistance ferme, pseudo-fluctuante, est mobile transversalement sur les plans profonds. Immobile dans l'axe du muscle. Elle est donc intramusculaire. Le diagnostic hésite entre sarcome et tumeur kystique.

Les réactions de Bordet-Wassermann et de Weinberg-Parvu sont négatives: Sous l'anesthésie générale, on pratique une incision de 40 cm. le long du bord antérieur du biceps. On tombe sur le muscle qui paraît sain; les fibres dissociées, on rencontre un lipome volumineux de 15 cm. de long sur 6 de diamètre, très légèrement lobulé. L'énucléation en est aisée, il n'y a pas de pédicule à lier. Le biceps sous-jacent paraît sain, surjet musculaire. Suture cutanée aux crins. Réunion *per primam*. La malade quitte le service dix jours après.

OBSERVATION XXIII

Due à l'obligeance de M. le professeur Guyot.

X..., 45 ans, cultivateur, se présente à la consultation de M. le professeur Guyot pour une tumeur de la fosse temporale droite. On ne constate dans ses antécédents ni traumatisme violent, ni infection aiguë ou chronique. La tumeur que présente ce malade n'est pas douloureuse spontanément, ni à la pression; pas de troubles de la mastication; elle gêne son porteur par son seul volume, car elle empêche le port du chapeau.

Il s'agit d'un homme en bonne santé habituelle; on constate seulement une légère tendance à l'artério-sclérose. A l'examen, la région temporale droite présente une saillie de volume d'un gros poing, saillie très régulière arrondie et recouverte par les cheveux. Elle est apparue, il y a deux ans, et son volume s'est accru progressivement. Sa consistance est molle, pseudo-fluctuante. Elle paraît avoir contracté des connexions profondes. Mobile de haut en bas, elle se trouve bloquée par la contraction du muscle temporal.

Plusieurs diagnostics se présentent, parmi lesquels ceux d'abcès, de lipome du péricrâne ou du temporal s'imposeraient.

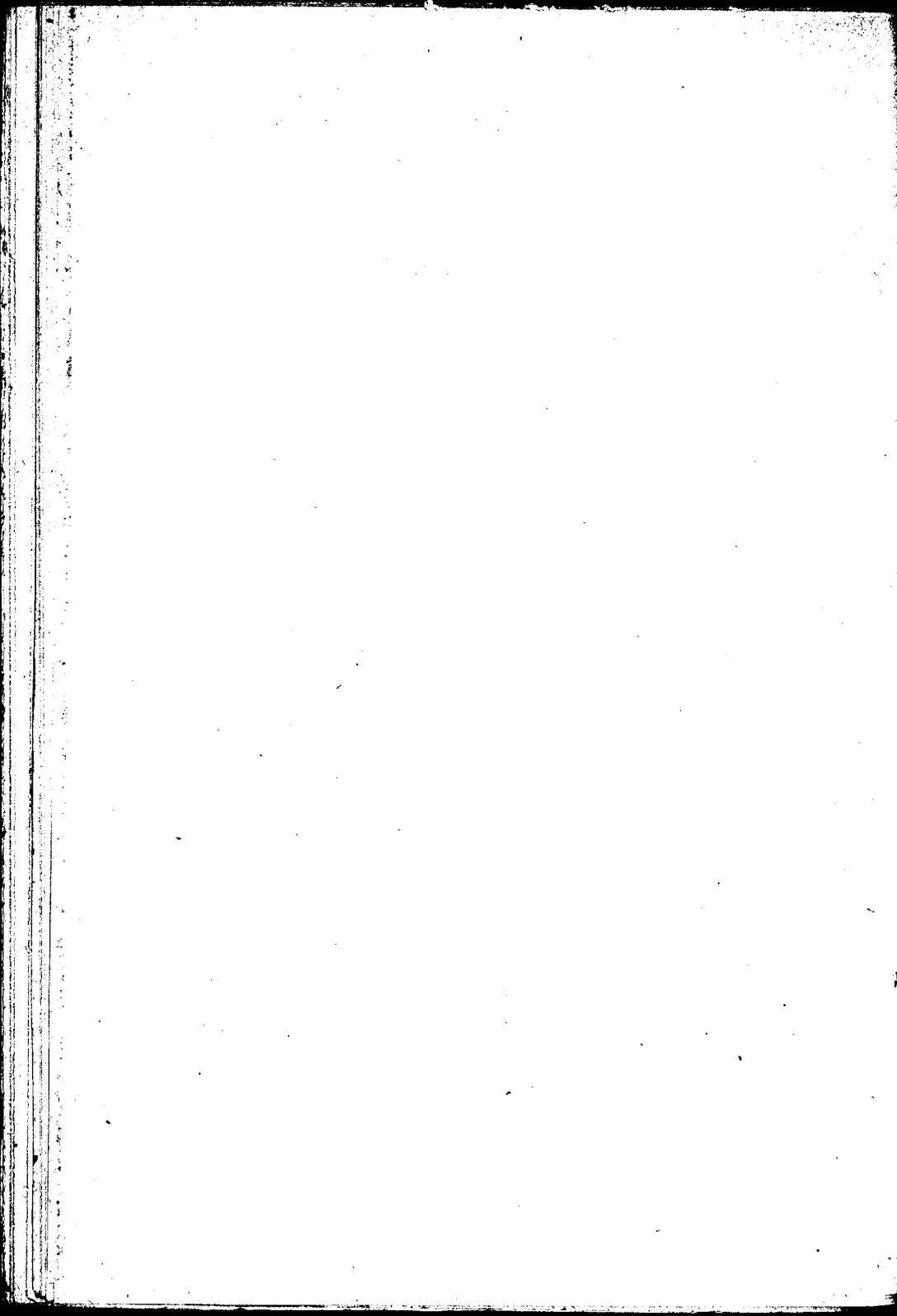
Opération (professeur Guyot). — Anesthésie au mélange de Schleich. Incision curviligne à convexité supérieure. Incision par plans de la peau de l'aponévrose temporale du muscle. Au milieu des fibres musculaires on trouve la tumeur qui est facilement énucléée : elle adhérerait au squelette sous-jacent.

Hémostase. Suture, drainage aux crins de part en part.

Suites opératoires normales, cicatrisation *per primam*.

Le malade a été revu six mois après l'opération et ne présentait aucune trace de récidive.

Pour la description de la tumeur et l'étude microscopique, voir le chapitre d'Anatomie pathologique.



CONCLUSIONS

I. — Les lipomes développés dans les muscles de la vie de relation sont assez rares.

II. — Néoplasmes de nature bénigne, ils infiltrent le muscle dont les fibres s'atrophient et disparaissent progressivement.

III. — L'évolution de ces tumeurs est longue et progressive.

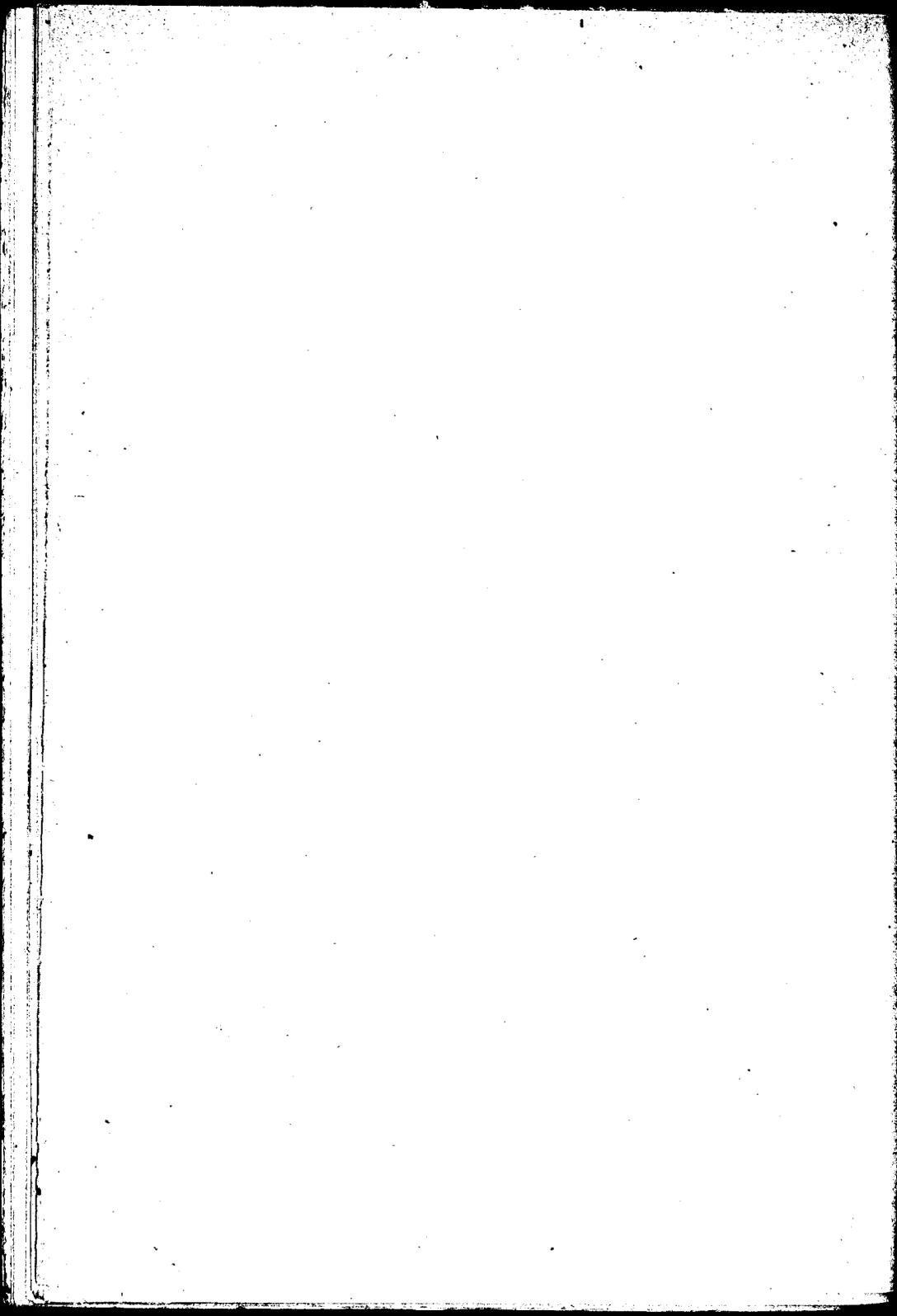
IV. — Le diagnostic en est quelquefois difficile, en particulier pour les muscles profonds.

V. — L'ablation chirurgicale précoce paraît être le traitement de choix.

Vu : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 14 mars 1924.
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.



BIBLIOGRAPHIE

- BASSIN. — Lipome existant depuis douze ans. Dégénérescence en tumeur maligne. *Centre médical et pharmaceutique*, 1902-1903, p. 16.
- BROCA. — *Bulletin de la Société d'anatomie*, 1848.
- CALOT. — *Bulletin de la Société d'anatomie*, 1888.
- CAUCHOIX. — *Bulletin de la Société d'anatomie*, 1883, p. 573.
- CHAVANNAZ. — *Archives cliniques de Bordeaux*, 1897.
— Société anatomique et physiologique de Bordeaux, 1907.
- CHRISTOLT. — *Gazette médicale de Lyon*, 1867.
- CORNIL et RANVIER. — *Traité d'histologie pathologique*.
- CRUVEILHIER. — *Anatomie pathologique*, t. III, p. 309.
- DEHAY. — Contribution à l'étude des lipomes intramusculaires. Thèse Lille, 1901-1902.
- DELACHANAL. — Lipomes malins. Thèse de Lyon, 1910.
- DELBET (Pierre). — *Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet*, t. I.
- DESPRÈS. — Les tumeurs des muscles. Thèse d'agrégation, 1866.
- DUBAR et POTEL. — *Écho médical du Nord*, 1902.
- FABRE. — Sur un cas de lipome sous-aponévrotique de la loge postérieure du bras. Thèse de Bordeaux, 1919-1920.
- FARABEUF. — *Bulletin de la Société d'anatomie*, 1875.
- FÉRÉ. — *Bulletin de la Société d'anatomie*, 1881.
- GUYOT. — Sur les kystes hydatiques des muscles. Comptes rendus du Congrès français de chirurgie, 1913.
- GUYOT et JEANNENEY. — Kyste hydatique du sterno-cléido-mastoidien. *Journal de médecine de Bordeaux*, septembre 1913.
— Tumeur du quadriceps. *Journal de médecine de Bordeaux*, 25 avril 1922.

- GUYOT et JEANNENEY. — Angiome musculaire primitif de la loge externe de la jambe. *Journal de médecine de Bordeaux*, 10 septembre 1922.
- Sarcome musculaire de la jambe. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1922.
- GUYOT. — Voir Sabrazès, Guyot et Jeanneney.
- HARTMANN (H.). — *Bulletin de la Société d'anatomie*, 1887.
- JALAGUIER. — *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, 1899.
- JEANNENEY (G.). — Voir Guyot et Jeanneney; Sabrazès, Guyot et Jeanneney; Papin et Jeanneney; Sabrazès, Rocher, Peyrou et Jeanneney.
- LECÈNE. — *In Précis de pathologie chirurgicale*, t. I, p. 173.
- LEJARS. — *Bulletin de la Société d'anatomie*, 1890.
- LYOT et GAUCIER. — *Bulletin de la Société d'anatomie*, 1887.
- LÖWENTHAL. — Ueber die traumatische Entstehung der Geschwulste. *Arch. f. Klin. chirurg.*, 1895, t. XLIX.
- MALENGON. — Les lipomes intramusculaires. Thèse de Paris, 1895.
- MERCIER. — Contribution à l'étude des lipomes de la cuisse. Thèse de Montpellier, 1898-1899.
- MONOD. — *Bulletin de la Société d'anatomie*, 1876.
- MORESTIN. — *Bulletin de la Société d'anatomie*, 1897.
- PAGET. — *In Lecture of surgical Pathology*, t. III, p. 309, 1853.
- PAPIN et JEANNENEY. — Lipome du biceps. *Journal de médecine de Bordeaux*, 25 décembre 1921.
- PÉRÉ. — Les lipomes intramusculaires. Thèse de Bordeaux, 1907-1908.
- QUENU. — *In Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, t. I, article *Lipomes*.
- REMY. — *Bulletin de la Société d'anatomie de Paris*, 1876.
- RIBET. — Les lipomes des muscles. Thèse de Paris, 1886.
- ROCHER (H.-L.). — Voir Sabrazès, Rocher, Peyrou et Jeanneney.
- ROUSSY et LEROUX. — Diagnostic des tumeurs.
- RUDELLE (DE). — Lipomes calcifiés. Thèse de Bordeaux, 1920-1921.
- ROUSSEL (P.). — Le lipome d'origine tuberculeuse. Thèse de Lyon, 1906-1907.
- SABRAZÈS. — Myosites aiguës typhoïdes et paratyphoïdes. Monogra-

phies des *Archives françaises de pathologie générale et expérimentale et d'anatomie pathologique*, 1922.

SABHAZÈS, GUYOT et JEANNENEY. — Lipome du muscle temporal. *Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer*, séance du 21 janvier 1924.

SABHAZÈS, ROCHER, PEYROU et JEANNENEY. — Tumeur du testicule. Rhabdomyome chez un enfant de 21 mois. *Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer*.

SABHAZÈS et LAFON. — Granulome à mastzellen et à éosinophiles chez un cheval.

SCHWARTZ et CHEVRIER. — Les lipomés périostiques. *Revue de chirurgie*, 1906.

SENAC. — Les lipomes congénitaux. Thèse de Paris, 1889.

SOULIGOUX et LECÈNE. — *Bulletin de la Société d'anatomie de Paris*, 1901.

TEDENAT. — Lipomes et hernies musculaires. *Montpellier médical*, 1892.

VERGELY (P.). — Les lipomes de la langue. *Archives cliniques de Bordeaux*, 1898-1899.

VILLAR (Fr.). — Lipomes de la joue et de la boule graisseuse de Bichat. *Bulletin de la Société d'anatomie de Paris*, 1888.

VOLKMANN. — *Archives f. Klinische chirurg.*, t. XX, 1876.

WEAVER. — American medical Association, 1896.



500

