

Dans d'autres cas, l'hyperplasie des ganglions s'associe à celle de la rate et du foie, à des modifications sanguines profondes caractéristiques de la leucémie (*lymphadénies leucémiques*).

Nous avons établi la classification suivante :

LYMPHADÉNIE ALEUCÉMIQUE

	<i>Non tuberculeuse.</i>	<i>Tuberculeuse.</i>
	(Microbes divers).	
GANGLIONS	{ Adénie de Trousseau Lymphadénome	{ Adénie ganglionnaire de Sabrazès.
	<i>Non tuberculeuse.</i>	<i>Tuberculeuse.</i>
	(Microbes divers).	
RATE	{ Lymphadénie splénique	{ Splénomégalie tuberculeuse (RENDU, WIDAL).
GANGLIONS ET VISCÈRES	{ Lymphadénie généralisée	{ Lymphadénie généralisée ganglionnaire et viscérale (de P. COURMONT, TIXIER et L. BONNET).

10° Angiomes. — Ce sont des tumeurs caractérisées par une hyperplasie du tissu vasculaire sanguin.

BRAULT distingue : 1° Des angiomes simples, dans lesquels les vaisseaux de nouvelle formation qui constituent la tumeur sont semblables aux vaisseaux normaux, aux artères, aux veines, aux capillaires ; 2° Les angiomes caverneux dans lesquels le sang circule dans un système lacunaire analogue au système caverneux des organes érectiles.

M. TRIPIER ne considère pas les angiomes comme des tumeurs ; il n'y a pas de tumeurs des vaisseaux. « Les vaisseaux ne doivent pas être considérés comme indépendants des tissus où ils se trouvent car ils sont en connexion intime avec les éléments de chaque tissu ».

11° Lymphangiomes. — On désigne sous ce nom des tumeurs constituées par des vaisseaux lymphatiques *néo-formés*.

Mais rien ne démontre (BRAULT), qu'il ne s'agisse pas de simples dilatations de vaisseaux préexistants.

Pour QUÉNU, les lymphangiomes ne sont pas des tumeurs, mais des malformations du système lymphatique.

C) — TUMEURS ÉPITHÉLIALES, ÉPITHÉLIOMES

On désigne, sous le terme général d'*épithéliomes*, des tumeurs malignes, infectantes, développées au niveau des organes épithéliaux et sous celui de *carcinome* certains épithéliomes atypiques.

1° Classification. — On peut classer les néoplasies épithéliales suivant la classification même des tissus épithéliaux.

On distinguera dans ce cas :

1° Des tumeurs des épithéliums de revêtement ; cet épithélium de revêtement est :

- a) De type pavimenteux stratifié (peau, muqueuse buccale) ;
- b) De type cylindrique.

2° Les épithéliomes glandulaires, comprenant un très grand nombre d'espèces, suivant la variété du type histologique des glandes et des parenchymes viscéraux.

On peut encore classer les épithéliomes, suivant leur ressemblance plus ou moins éloignée avec les cellules épithéliales normales en :

- 1° Épithéliomes typiques (fig. 75) ;
- 2° — métatypiques ;
- 3° — atypiques.

C'est dans la classe des épithéliomes atypiques que nous rangerons le *carcinome* dont nous dirons quelques mots plus loin.

Nous n'entrerons pas dans la description des types histologiques que peut affecter l'épithéliome, suivant son siège et le tissu au niveau duquel il a pris naissance.

Disons simplement qu'au niveau d'un organe donné (le rein par exemple ou la peau) peuvent naître des tumeurs dont le type histologique est différent.

C'est ainsi qu'au niveau de la peau par exemple on peut observer :

α) Des masses épithéliales irrégulières, s'enfonçant dans le derme, formant des lobules plus ou moins irréguliers au niveau desquels les cellules subissent de la périphérie au centre du lobule une évolution analogue à celle de l'épithélium cutané; le centre du lobule est par suite formé de cellules kératinisées

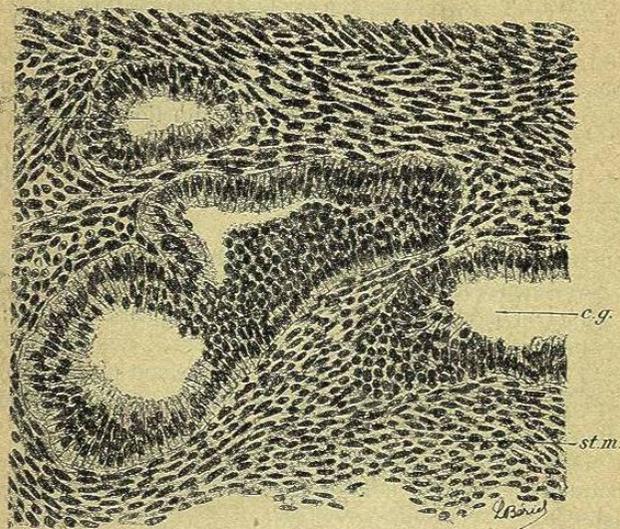


Fig. 75.

Epithéliome typique de la muqueuse utérine.

c.g., cavités glandulaires néoformées tapissées par un épithélium à cellules cylindriques hautes. — *st.m.*, stroma musculaire à fibres lisses de nouvelle formation.

tassées les unes contre les autres, imbriquées en bulbe d'oignon. C'est l'épithéliome pavimenteux lobulé de la peau (fig. 78).

β) Dans une autre forme, le derme est parcouru par des boyaux cellulaires pleins. Les cellules petites, tassées les unes contre les autres, ne montrent pas d'évolution épidermique.

On a même décrit au niveau de la peau d'autres types de tumeurs épithéliales.

2° **Stroma des tumeurs épithéliales.** — Nous avons vu

que pour un même tissu la prolifération des cellules épithéliales peut être plus ou moins accusée, que les cellules ont un caractère

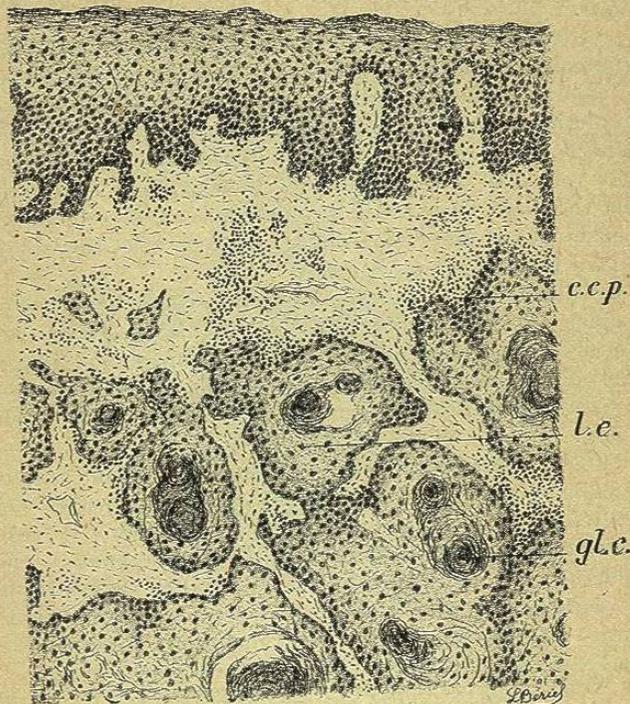


Fig. 76.

Epithéliome lobulé de la peau.

l.e., lobules épithéliaux présentant à leur partie centrale des globes cornés, *g.l.c.*, au milieu du derme très vascularisé et en état d'hyperplasie cellulaire. — *c.c.p.*, cellules conjonctives pré-épithéliales particulièrement abondantes autour des globes épithéliaux comme près de la couche épithéliale superficielle.

plus ou moins atypique; le stroma n'est pas moins variable dans les tumeurs épithéliales.

Tantôt le stroma est lâche, fibrillaire, infiltré de non-

breux éléments cellulaires (lymphocytes, leucocytes polymorphes, mastzellen, plasmazellen, cellules éosinophiles, etc.); tantôt le stroma est compact, fibreux, pauvre en éléments cellulaires.

Les vaisseaux qui circulent dans le stroma sont d'autant plus volumineux que le développement du néoplasme est plus rapide.

La forme même et la structure du stroma doivent être prises en considération pour caractériser une tumeur épithéliale. Si le tissu conjonctif est très développé, s'il prend les caractères d'un tissu conjonctif fibreux, dense, la tumeur prend le nom de squirrhe. Dans les cas où le stroma est lâche, les cellules épithéliales néoplasiques abondantes, on donne à ces tumeurs le nom de tumeurs encéphaloïdes.

Le stroma est formé aux dépens du tissu conjonctif même de l'organe au niveau duquel se développe le néoplasme. Les tumeurs épithéliales n'ont pas de stroma qui leur soit propre. Elles empruntent leur stroma comme d'ailleurs leurs vaisseaux au tissu conjonctif de la muqueuse de la glande ou du viscère atteint.

Cette opinion est soutenue par BRAULT. Cependant nombre d'anatomo-pathologistes admettent une hyperplasie du tissu conjonctif corrélative des néo-productions épithéliales. « Il existe entre l'épithélium glandulaire et la charpente connective une solidarité anatomique telle que la prolifération de l'un d'eux non seulement entraîne dans quelque mesure la prolifération de l'autre, mais encore la dirige et la commande de telle sorte que l'édification en ait lieu d'une manière donnée » (BARD).

3° Lymphatiques des tumeurs épithéliales. — Pour certains auteurs (SCHROEDER, VAN DER KOLK, KRAUN, etc.), les tumeurs épithéliales contiennent des lymphatiques néo-formés. MM. BARJON et REGAUD n'ont jamais constaté cette néo-formation et admettent même que les vaisseaux lymphatiques préexistants disparaissent, au fur et à mesure des progrès de la tumeur, par résorption graduelle.

4° Evolution. — L'évolution des tumeurs épithéliales est

généralement progressive. Il faut cependant noter le fait qu'elles peuvent présenter des phénomènes de dégénérescence (graisseuse, colloïde muqueuse, calcaire).

Enfin les néo-formations épithéliales peuvent subir une nécrose

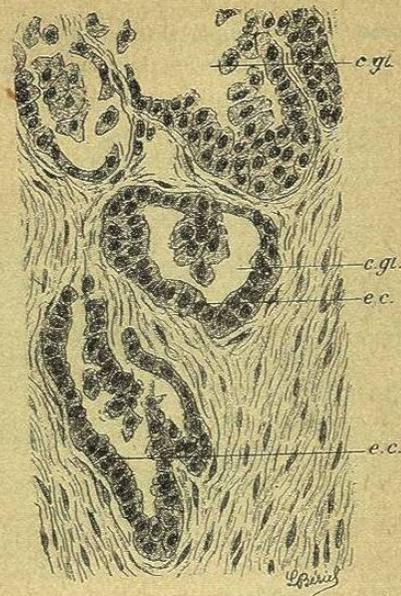


Fig. 77.

Cancer colloïde du sein (TRIPIER).

cgl, cavités glandulaires tapissées par un épithélium à cellules cubiques.
ec, dont quelques-unes ont un protoplasma colloïde.

parfois totale, si des oblitérations artérielles viennent à se produire dans le territoire de la tumeur. M. TRIPIER a particulièrement insisté sur ces faits.

5° Pronostic. — Le pronostic est celui des tumeurs malignes, mais très variable suivant les cas; il dépend du type histologique de la tumeur considérée, du caractère plus ou moins aty-

pique des cellules néoplasiques, de l'état du stroma. Les tumeurs à stroma dur, scléreux, fibreux, les squirrhes ont une évolution lente torpide. « Ce sont des cancers ayant une tendance à la guérison » (BRAULT).

6° Carcinome. — Il est important de définir ce que l'on doit entendre sous le nom de carcinome. Le terme revient à chaque

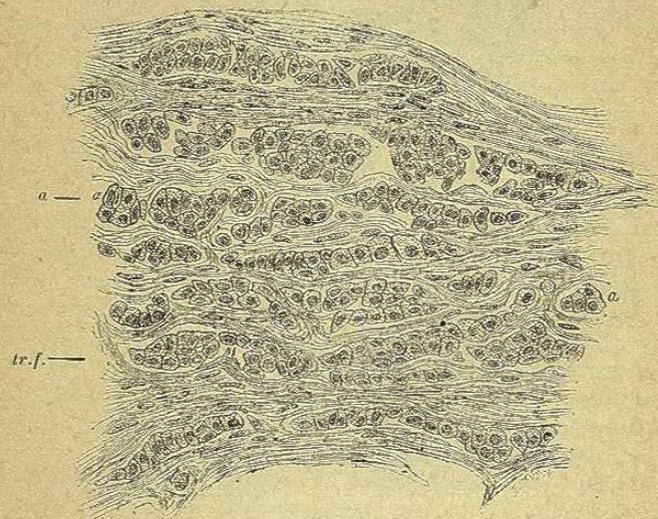


Fig. 78.

Carcinome (CORNIL et RANVIER). Développement du carcinome dans un petit nodule récent situé dans une travée fibreuse voisine d'une tumeur primitive de la mamelle.

tr.f., travées fibreuses. — *a.*, cellules du carcinome disposées en longs boyaux ou dans les alvéoles entre les faisceaux fibreux. Grossissement de 200 diamètres.

instant au cours des descriptions anatomo-pathologiques, il est nécessaire d'être fixé sur sa signification.

VIRCHOW crée le mot de carcinome et désigne par ce terme des tumeurs d'origine conjonctive.

CORNIL et RANVIER le définissent ainsi. « Le carcinome est une

tumeur composée d'un stroma fibreux, limitant des alvéoles qui forment par leurs communications un système caverneux. Ces alvéoles sont remplis de cellules libres les unes par rapport aux autres dans un liquide plus ou moins abondant ».

Ce qui caractérise en somme le carcinome, c'est la présence dans le tissu conjonctif de cavités de formes et de dimensions très irrégulières, contenant des cellules néoplasiques.

On a beaucoup discuté sur l'alvéole carcinomateux et les cellules qui le remplissent. Aujourd'hui après les recherches de WALDEYER, RINDELEISCH, THIERSCH, etc., on admet que l'alvéole carcinomateux « n'est que l'espace limité par les fibres du tissu conjonctif plus ou moins disjointes ». Les cellules qui écartent ainsi les fibres du tissu conjonctif sont des cellules épithéliales. MALASSEZ a montré que tous les épithéliomes atypiques peuvent se présenter ainsi infiltrés dans le tissu conjonctif.

Le carcinome n'est donc autre chose qu'un épithéliome en prolifération atypique s'infiltrant dans le tissu conjonctif qu'il dissocie.

D) — TUMEURS COMPOSÉES

Elles comprennent : 1° les tumeurs à deux tissus ; 2° les tumeurs à tissus multiples ; 3° les tératomes.

1° Tumeurs à deux tissus (connectives et épithéliales).

— Ce sont les papillomes, les adénomes, les kystes.

a. Papillomes. — On désigne sous ce nom des tumeurs qui présentent une hyperplasie complexe, à la fois épithéliale et papillaire. Les papillomes se développent surtout au niveau de la peau et sur les muqueuses du type dermo-papillaires (fig. 79).

La plupart de ces formations ont une origine inflammatoire, quelques-unes sont contagieuses.

On peut admettre avec BRAULT : 1° Que les papillomes sont rarement suivis d'une transformation épithéliale ; 2° que par suite ils n'en représentent pas le premier stade ; 3° qu'enfin ils constituent un genre de productions absolument distinct des épithéliomes.

b. Adénomes. — On désigne sous le nom d'adénomes des

tumeurs bénignes correspondant à des hyperplasies glandulaires. Il faut cependant reconnaître que les anatomo-pathologistes ne s'entendent pas sur la signification exacte du mot adénome, sur les caractères histologiques et l'évolution des tumeurs auxquelles

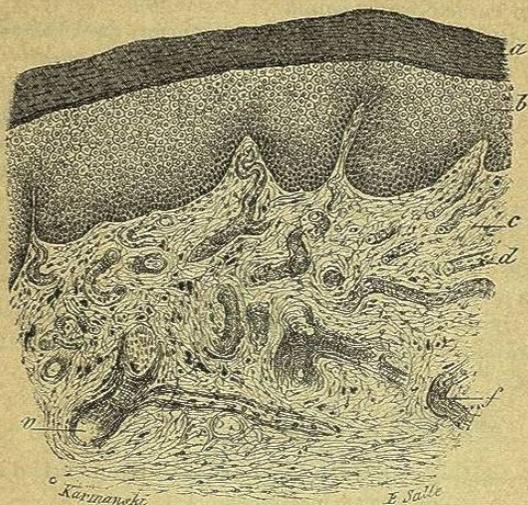


Fig. 79.

Papillome développé à l'orifice de l'urètre (CORNIL et RANVIER).

a. couche cornée. — *b.* corps muqueux. — *c.* tissu conjonctif dans lequel serpentent de très nombreux vaisseaux artériels *v.* ou capillaires *d.* Ces vaisseaux sont tout particulièrement sinueux dans les papilles et à leur base. (Grossissement de 60 diamètres.)

ce terme est appliqué. C'est ainsi que les auteurs parlent souvent d'adénome malin, infectant.

C'est ainsi que les adénomes du foie sont regardés tantôt comme des tumeurs bénignes, subissant facilement l'évolution néoplasique, tantôt comme des néoplasmes vrais. « L'adénome hépatique tel qu'il a été décrit par MM. KELSCH et KIENER et par M. SABOURIN ne constitue, selon nous, qu'une forme particulière de la carcinose hépatique, et ne saurait subir la transformation cancéreuse » (GILBERT).

Les recherches anatomo-pathologiques et microbiologiques récentes, tendent à expliquer la plupart des adénomes par une inflammation chronique d'un parenchyme glandulaire : l'expérimentation confirme cette conception.

D'autres tumeurs décrites sous le nom d'adénomes sont certai-

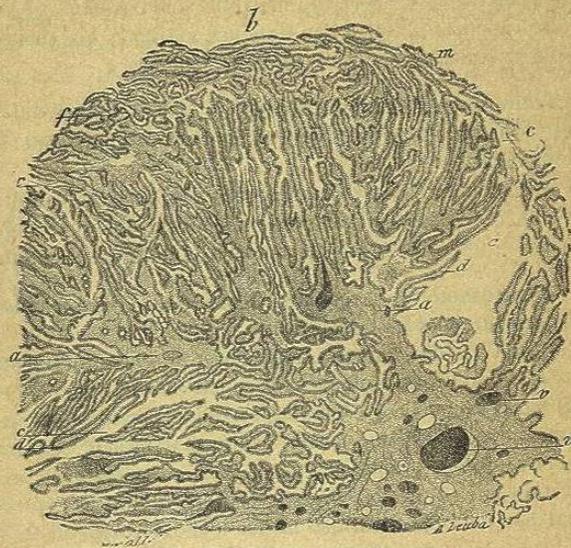


Fig. 80.

Polype muqueux de l'intestin (CORNIL et RANVIER).

b. surface du polype. — *m.* épithélium cylindrique des tubes glandulaires et des cavités. — *a.* tissu conjonctif épaissi à la base du polype. — *d.* travees fibreuses qui séparent les tubes glandulaires. — *v.* vaisseau. (Grossiss. 20 diamètres.)

nement des épithéliomes. Ces prétendus adénomes évoluent et se généralisent comme l'épithéliome.

c. Kystes. — Les kystes sont des tumeurs bénignes « constituées par une membrane de nature connective, un revêtement épithélial interne et un contenu liquide, muqueux, colloïde ou sébacé » (BRAULT).

Tous les organes glandulaires peuvent présenter la transfor-

mation kystique. L'oblitération du canal excréteur d'une glande ne suffit pas à produire un kyste. Il importe de distinguer le kyste vrai « collection liquide contenue dans une cavité dont la paroi est tapissée par un épithélium à la sécrétion duquel il faut rapporter cette collection » et le pseudo-kyste « constitué par l'effondrement d'un tissu de nouvelle formation. Le pseudo-kyste se rapporte plutôt à des tumeurs malignes auxquelles on attribue à tort le caractère kystique » (TRIPPIER).

2° Tumeurs à tissus multiples. — Les combinaisons des divers tissus qui s'associent pour former ces tumeurs sont extrêmement variées.

On a souvent affaire à des tumeurs conjonctives complexes (fibro-myxo-chondro-sarcomes), qui peuvent encore se compliquer par l'adjonction de néo-formations de nature épithéliale.

3° Tératomes. — Avec M. TRIPIER nous retranchons du groupe des tumeurs les tératomes.

Ce ne sont pas des tumeurs, mais des « malformations congénitales ». Ces malformations « sont constituées par des éléments complexes se rapportant à des tissus à peu près normaux, mais avec une autre disposition locale, évoluant dans leur sens habituel, n'envahissant jamais les tissus voisins ou éloignés, ne se comportant pas en un mot comme des tumeurs, ni par leur origine, ni par leur constitution, ni par leur développement, etc.

De plus ces malformations peuvent devenir le siège de tumeurs ce qui n'arrive à aucune tumeur véritable ».

Nous n'énumérerons donc pas les nombreuses hypothèses émises sur la pathogénie de ces malformations : diplogénèse par inclusion, parthénogénèse, enclavement, etc.

ARTICLE III

ORIGINE ET NATURE DES TUMEURS

Le problème de la nature des tumeurs a depuis longtemps passionné les chercheurs et suscité d'innombrables travaux.

Anatomo-pathologistes, microbiologistes, parasitologues, expérimentateurs, ont étudié cette question et en ont cherché la solution par diverses méthodes.

A l'heure actuelle, aucune de ces solutions ne paraît définitive, mais des faits très intéressants ont été mis en évidence. Nous aurons à les signaler et à examiner les principales théories sur la nature et l'origine des tumeurs.

Il est sans intérêt d'énumérer les conceptions qui régnaient sur la nature des tumeurs avant l'emploi du microscope.

Tout est obscurité et confusion, rien n'est moins précis à ce moment que le terme de tumeur, et la pathogénie des néoplasmes, basée sur des données aussi vagues que celles de l'irritation de Broussais, ne s'appuie sur aucune donnée positive.

Avec les progrès de l'anatomie générale et de la technique microscopique le terme de tumeur prend un sens précis. C'est à ce moment seulement qu'est réellement posé le problème de la pathogénie des tumeurs.

Depuis les travaux de MÜLLER, REMAK, VIRCHOW, on n'admet plus que les cellules cancéreuses soient des éléments nouveaux étrangers à l'organisme. Les cellules néoplasiques ont avec les cellules normales des liens de parenté très étroits.

Mais comment expliquer que certaines cellules de l'organisme au lieu de suivre leur évolution normale prolifèrent et aboutissent à la formation de tumeurs ?

Deux grandes théories prétendent l'expliquer : la théorie que l'on pourrait appeler « *théorie cellulaire* » et la *théorie parasitaire*.

Dans la théorie cellulaire, les tumeurs s'expliquent par l'évolution anormale, les déviations, d'éléments cellulaires embryonnaires ou adultes des tissus ; c'est dans la cellule elle-même, dans les modifications de ses propriétés biologiques et de ses aptitudes évolutives qu'il faut chercher la cause du cancer.

La théorie parasitaire, plus récente, regarde ces modifications cellulaires comme étant d'ordre secondaire : les tumeurs ne seraient autre chose que l'aboutissant des réactions des tissus