

La classification des tumeurs que nous venons d'indiquer peut se résumer dans le tableau ci-après.

TUMEURS ÉPITHÉLIALES BÉNIGNES	{	A. Papillomes.
		B. Adénomes.
		C. Kystomes.
TUMEURS ÉPITHÉLIALES MALIGNES	{	A. Épithéliomes.
		B. Carcinomes.
TUMEURS CONJONCTIVES BÉNIGNES	{	A. Lipomes.
		B. Fibromes.
		C. Chondromes.
		D. Ostéomes.
TUMEURS CONJONCTIVES MALIGNES		Sarcomes.
TUMEURS FORMÉES DE TISSU MUSCULAIRE		Myomes.
TUMEURS FORMÉES D'ÉLÉMENTS NERVEUX		Névromes et gliomes.
TUMEURS FORMÉES DE VAISSEAUX	{	A. Angiomes.
		B. Lymphangiomes.

ARTICLE II¹

DES TUMEURS ÉPITHÉLIALES BÉNIGNES

I. — PAPILLOMES

Les *papillomes* sont des productions bénignes développées à la surface de la peau et des muqueuses, et formées par la réunion des papilles recouvertes d'épithélium. Les papilles sont des saillies du derme analogues aux papilles de la peau, mais beaucoup plus développées et ramifiées. Ces papilles sont ordonnées suivant la division des vaisseaux auxquels elles servent de soutien. Le tissu conjonctif qui les forme est généralement de structure jeune, c'est-à-dire à fines fibrilles, avec beaucoup de cellules fixes, et fréquemment infiltré de cellules migratrices. L'épithélium est le plus souvent pavimenteux stratifié et forme un certain revêtement à la surface des papilles.

¹ M. POUJOL, chef de service à l'Institut Pasteur, de Montpellier, a bien voulu rédiger ces deux chapitres : les tumeurs épithéliales et les sarcomes; il l'a fait avec compétence, clarté, et esprit critique.

Les papillomes sont distingués en cutanés ou muqueux suivant qu'ils sont développés à la surface de la peau ou d'une muqueuse.

Les types de *papillomes cutanés* le plus fréquemment rencon-

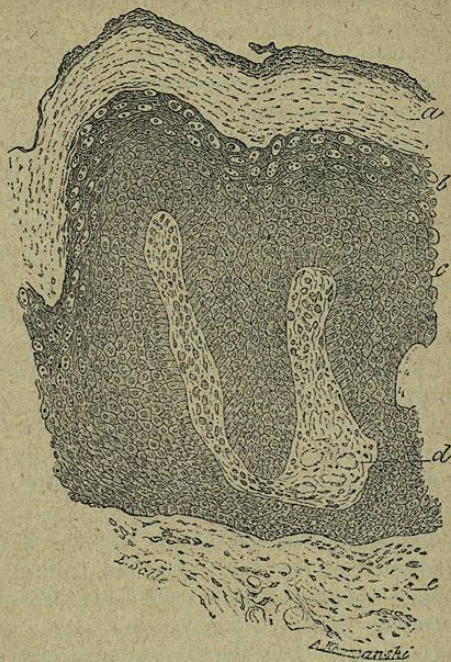


Fig. 73.

Papillome corné.

a, revêtement corné. — b, couche granuleuse. — c, corps muqueux de Malpighi.
d, vaisseaux des papilles. — e, tissu conjonctif (CORNIL et RANVIER).

très sont, d'une part, les condylomes, d'autre part les verrues.

Les *condylomes* ou végétations se développent de préférence sur les parties génitales externes de l'homme ou de la femme (couronne du gland, face interne du prépuce, petites lèvres,

face interne des grandes lèvres) ou à la marge de l'anus. Ces productions sont le plus souvent fermes, blanches, un peu humides et présentant tout à fait l'aspect de choux-fleurs; anatomiquement, ce sont des types de papillomes avec souvent un caractère inflammatoire marqué (infiltration de cellules migratrices).

Chacun connaît les *verruës vulgaires*, petites excroissances dures, d'aspect papillaire, ordinairement multiples, et ayant leur siège de prédilection aux mains ou à la face.

Les *papillomes des muqueuses* peuvent, comme les papillomes cutanés revêtir la forme de choux-fleurs. Leurs sièges les plus fréquents sont alors le larynx (cordes vocales, ventricule, sommet de l'épiglotte), les muqueuses nasale et vésicale. D'autres fois ils se présentent sous la forme villosité, c'est-à-dire que les papilles sont très grêles, insérées par un faible pédicule et plusieurs fois ramifiées. Les papillomes villosités ont leurs points de départ le plus habituel dans la muqueuse de la vessie, de l'uretère ou du bassin et dans celles de la vésicule biliaire et de la portion vaginale de l'utérus.

Les papillomes peuvent se développer aux dépens de muqueuses normalement dépourvues de papilles; il en est ainsi pour les tumeurs de ce genre nées sur les cordes vocales ou la muqueuse vésicale.

L'épithélium reproduit en général le type de l'épithélium du lieu d'implantation; mais ce n'est pas une règle absolue; un papillome de la muqueuse nasale pourra présenter un épithélium pavimenteux.

Dans les papillomes, la néoformation se fait tout entière en saillie sous la forme d'une végétation exubérante implantée sur la surface atteinte; la prolifération de l'épithélium est toujours réglée sur la formation papillaire et ne pénètre pas dans le derme sous-jacent. Aussi l'ablation se fait-elle avec une minime perte de substance.

Certains papillomes sont de développement très rapide, et on trouve dans l'épithélium les signes de la multiplication la plus active. Néanmoins ces tumeurs n'ont pas de métastases. L'indication de la bénignité doit faire partie de leur définition.

Les papillomes sont désignés en Allemagne sous les noms de fibrome papillaire (VIRCHOW, RINDFLEISCH, KLEBS) et d'épithélioma papillaire (ZIEGLER).

Un certain nombre d'affections souvent décrites avec les papillomes méritent d'en être séparées: ce sont les cors, les cornes cutanées, les *nævi verruqueux*, les papillomes neuropathiques ou *nævi nerveux*, enfin les verrues plates séborrhéiques de la vieillesse. Les cors et cornes ne répondent pas à la définition anatomique du papillome: les *nævi verruqueux* et papillomes neuropathiques sont des malformations cutanées dans lesquelles le caractère papillomateux n'est qu'un trait accessoire; enfin les verrues séniles ont le caractère d'une dystrophie cutanée.

Les formations papillaires dans les tumeurs doivent aussi être séparées des papillomes. On en trouvera la description à propos des adénomes et kystomes.

Certains papillomes de la peau ou des muqueuses sont manifestement de cause irritative. Les papillomes du larynx se développent de préférence chez les gens qui par profession fatiguent leur organe vocal, les chanteurs, les orateurs. Les condylomes de la zone génito-anale, sont occasionnés par les sécrétions irritantes liées à une lésion syphilitique ou à une affection blennorrhagique: l'état de grossesse ou la malpropreté peuvent aussi les engendrer. Quant aux verrues vulgaires elles sont contagieuses et se propagent par contact ou par inoculation de voisinage; c'est ainsi qu'on peut voir plusieurs de ces petites productions prendre naissance autour d'une première verrue, notamment si celle-ci a été enlevée au bistouri et si un peu de sang s'est répandu sur les téguments avoisinants; d'autre part les verrues peuvent s'atrophier et disparaître spontanément. Les condylomes et verrues se séparent donc des tumeurs vraies par leur étiologie et leur évolution. Mais d'autres papillomes, les papillomes villosités du bassin et par exemple, présentent au complet les caractères assignés aux tumeurs: ce sont des néoformations de tissus pathologiques indépendantes de toute cause irritative ou infectieuse connue, n'ayant aucune tendance à rétrocéder spontanément.

La classe des papillomes doit donc être conservée dans le cadre des tumeurs épithéliales.

II. — ADÉNOMES

Les adénomes sont des tumeurs épithéliales ou conjonctivo-épithéliales bénignes. Ils prennent naissance soit dans les glandes, soit dans les muqueuses à épithélium cylindrique, soit plus rarement dans la peau. Dans ces sièges divers, la

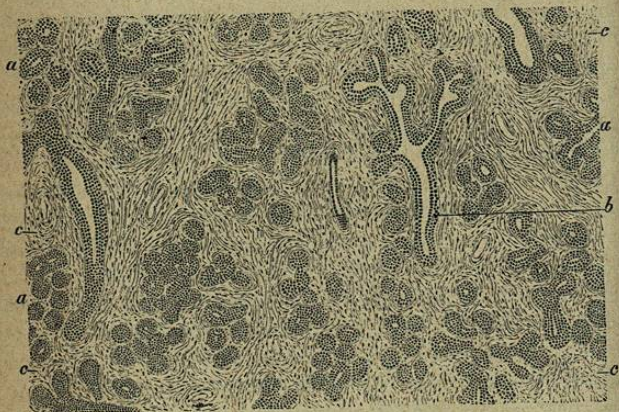


Fig. 76.

Adénome alvéolaire de la mamelle.

a, acinus glandulaire. — *b*, canalicule glandulaire. — *c*, stroma conjonctif (ZIEGLER).

variété de leurs structures est considérable, et ne permet pas d'en présenter une description anatomique d'ensemble.

L'étude de ce groupe de tumeurs ne peut donc être qu'une revue des types variés sous lesquels elles se présentent. Nous examinerons successivement les adénomes des glandes et ceux des muqueuses.

Dans la *mamelle*, ce siège d'élection pour le développement des néoplasmes, les adénomes ou fibro-adénomes constituent

après les carcinomes l'espèce de tumeurs la plus fréquente. Ce sont des tumeurs bénignes : tantôt ils forment des nodosités isolées, encapsulées et mobiles ; tantôt ils existent à l'état de tumeurs énucléables mais multiples ; tantôt enfin la glande est toute entière envahie par la néoplasie et peut alors atteindre un poids considérable, 2 kilos par exemple.

Les formes histologiques sont assez variées ; on peut distinguer : 1° l'adénome acineux ; 2° l'adénome tubuleux ; 3° l'adénome tubuleux avec végétations intra-canaliculaires.

L'adénome acineux est la variété la plus fréquente ; il consiste dans la formation de tubes qui se ramifient selon l'arrangement général d'une glande en grappe, et se terminent par des culs-de-sac en massue ayant la signification d'acini.

Dans l'adénome tubuleux, on retrouve la formation de tubes ramifiés, mais l'arrangement rappelle moins celui d'une glande et la dichotomie n'aboutit pas à la terminaison dans un groupe de culs-de-sac configurés en massues ; on observe seulement des dépressions peu profondes sur les parois latérales des tubes : ceux-ci ont souvent une large lumière, ou présentent sur leur trajet des séries de renflements ampullaires.

Dans la troisième variété, le processus se complique de formations papillaires ; on retrouve dans un grand nombre de points les simples formations tubulées de la variété précédente ; mais ailleurs, les lumières des tubes sont déformées, distendues, transformées en vastes lacunes des formes les plus compliquées par la présence de végétations insérées sur la paroi et faisant saillie dans la cavité glandulaire. Ces végétations peuvent être de types divers ; le plus fréquemment, elles sont massives, courtes, subdivisées par des incisures plus profondes et se présentent soit comme des réunions de segments de sphères, soit comme des bourgeons de forme irrégulière largement insérés ; mais, dans d'autres cas les papilles sont à mince pédicule, finement arborisées et comparables aux productions analogues des kystomes ovariens. Les végétations insérées sur les divers points d'une même cavité sont au contact les unes des autres et se compriment réciproquement ; sur une section d'une telle tumeur examinée à l'œil nu à l'état frais, on aperçoit un système de lacunes

compliquées, baignées d'un peu de liquides muqueux et circonscrivant des papilles de toutes dimensions et de formes variables qu'on peut contourner et partiellement énucléer avec la pointe d'une aiguille. La végétation intra-canaliculaire est parfois assez exubérante, pour ulcérer la peau par compression et venir faire saillie à l'intérieur.

Quelle que soit la variété de l'arrangement général, le revêtement épithélial consiste en une couche unique de cellules cubiques ou cylindriques basses, souvent doublée d'une rangée régulière de cellules conjonctives à noyau arrondi.

Le stroma conjonctif est un tissu fibreux souvent fort riche en cellules, ce qui a fait quelquefois désigner ces tumeurs sous le nom d'adéno-sarcome. Ce tissu subit quelquefois une transformation muqueuse, notamment dans les tumeurs papillaires. Les altérations régressives (nécrose, stéatose) sont exceptionnelles.

Il convient de ranger dans le même groupe de tumeurs le fibrome péricanaliculaire. Ici la néoformation épithéliale est tout à fait réduite, la tumeur est toute formée par la réunion des masses fibreuses ayant pris naissance autour d'un canal galactophore comme axe : les nodosités sont souvent séparées par un tissu conjonctif lâche, sorte de bourse séreuse rudimentaire qui leur assure une certaine mobilité réciproque.

Dans les diverses variétés de fibro-adénomes ci-dessus indiquées, il n'y a généralement pas formation de kystes, et l'on doit d'ailleurs remarquer que l'épithélium n'est le plus souvent pas sécrétant¹. Mais des kystes isolés ou multiples peuvent aussi se former dans l'évolution de ces tumeurs et en constituer un trait accessoire; on a ainsi des adéno-kystomes, papillaires ou non.

Dans certains cas, l'existence de kystes devient le fait le plus frappant à l'examen de la mamelle pratiqué à l'œil nu après

¹ La formation de kystes ne doit pas être rapportée exclusivement au mécanisme de la rétention, mais aussi et surtout au sens de l'évolution épithéliale, qui tend dans certains cas à former des cavités arrondies comme à former dans d'autres cas des tubes ou des acini.

ablation de la pièce. On trouve alors soit un kyste isolé pouvant atteindre les dimensions d'une petite pomme, soit une multitude de kystes à contenu citrin ou plus ou moins hémattiques pouvant occuper les deux mamelles à la fois. Ces kystes siègent dans le tissu fibro-adipeux de la mamelle dont les altérations ne sont pas appréciables à l'œil nu. Mais si l'on pratique l'examen microscopique de la couche fibreuse limitant les kystes, on y trouve les figures caractéristiques des fibro-adénomes mammaires, souvent avec formation de petits kystes microscopiques, et cette constatation permet de rapporter à la néoplasie adénomateuse la formation kystique qui était seule apparente à l'examen clinique ou macroscopique. C'est à cet ordre de faits que se rattachent les affections décrites sous les noms de kyste essentiel, de maladie noueuse et probablement la plupart des cas de maladie kystique (hydatide vésiculeuse).

Dans les *glandes salivaires*, les formations épithéliales bénignes sont d'ordinaire combinées avec une néoplasie conjonctive de structure complexe. Les tumeurs qui en résultent sont fermes, bosselées, encapsulées et mobiles; grosses comme une noisette quand le malade les découvre, elles peuvent atteindre le volume du poing.

Les formations épithéliales se présentent le plus souvent sous la forme de colonnes cellulaires pleines ou tubulées, anastomosées entre elles, souvent terminées en pointe dans les interstices conjonctifs; par places les travées cellulaires s'élargissent en masses cellulaires compactes. Les cellules épithéliales sont petites et polyédriques. Des moules colloïdes prennent assez souvent naissance au sein des travées épithéliales. D'autres fois, les cellules sont de type malpighien: les cellules centrales des travées deviennent alors squameuses, ou s'imbriquent en globes épidermiques.

Les parties conjonctives de ces tumeurs offrent le plus souvent un mélange de tissu fibreux, de cartilage, de territoires très riches en cellules qu'on peut considérer soit comme du cartilage embryonnaire ou du tissu conjonctif jeune ou enfin des parties myxomateuses.

Ces tumeurs ont été décrites sous le nom d'adéno-chondromes, de tumeurs mixtes. Dans certains cas, la disposition des parties épithéliales en un réseau de travées anastomosées et terminées par des pointes impose l'impression d'un développement dans les réseaux lymphatiques. Comme avec cela la limite des parties épithéliales est souvent indistincte, le caractère épithélial des cellules peu accentué, certains auteurs ont voulu considérer les tumeurs en question comme d'origine purement conjonctive, et en font des endothéliomes.

En outre des tumeurs ci-dessus qui sont les tumeurs bénignes le plus fréquemment observées dans les glandes salivaires, il se développe dans les mêmes glandes des adénomes tubulés, formés d'une réunion des tubes parallèles revêtus d'une seule couche d'épithélium cubique, parfois dilatés en petits kystes. D'autres fois, ce sont des adénomes papillaires, formés d'une réunion de cavités que comble une végétation papillaire complexe insérée sur la paroi et revêtue d'une ou plusieurs couches d'épithélium.

Dans le *testicule* les formations adénomateuses se présentent sous la forme de cavités kystiques multiples, de forme sphérique, tantôt visibles seulement au microscope, d'autres fois pouvant atteindre le volume d'une noix. Le revêtement épithélial est tantôt cylindrique simple ou stratifié, et le contenu des kystes est alors un liquide citrin plus ou moins hémétique; tantôt l'épithélium est pavimenteux et le contenu des kystes est analogue à celui des kystes sébacés (graisse, globes perlés, squames épidermiques). La réunion de tels kystes, seuls ou associés à diverses formations conjonctives parmi lesquelles figure souvent le cartilage, constitue diverses variétés de tumeurs bénignes du testicule (adéno-chondrome, maladie kystique du testicule) dont le caractère tératoïde est fortement marqué. Dans d'autres cas, qui sortent du cadre des adénomes, les mêmes formations kystiques accompagnent le développement de néoplasies malignes, et ne constituent plus alors qu'un trait secondaire, une particularité anatomique propre à l'organe où s'est développée l'affection principale. La question n'est pas tranchée de savoir si ces kystes sont développés aux dépens des canaux

de la glande adulte ou aux dépens de vestiges du développement embryonnaire.

Le *goître bénin* représente une hyperplasie générale ou circonscrite du tissu de la glande normale et peut être anatomiquement rangé dans les adénomes, bien que des particularités étiologiques plaident pour une origine infectieuse de cette affection.

L'*adénome du rein* se présente sous la forme de petits nodules n'excédant pas les dimensions d'une noix, bien limitée, de couleur blanchâtre, de consistance molle. Ces nodules sont formés par la réunion de tubes revêtus d'épithélium cubique à une seule couche, séparés par une très faible quantité de tissu conjonctif, et rappellent ainsi la structure du rein. Quelquefois le processus se complique de la formation de saillies papillaires dans la lumière des tubes. Ces productions existent quelquefois à l'état de tumeurs multiples dans des reins sclérosés.

Les productions néoplasiques multiples du *foie* désignées sous le nom d'*adénomes* ont été ainsi dénommées par les premiers auteurs qui s'en sont occupés (KELSCH, KIENER et SABOURIN) parce que la néoplasie aboutit à des formations tubulées équivalentes à une trabécule hépatique. Mais ces tumeurs n'ont pas l'évolution bénigne comprise dans la définition ci-dessus donnée des adénomes. Elles entraînent constamment la mort et accompagnent des métastases dans la majorité des cas. Aussi doivent-elles être décrites comme une des formes du cancer primitif du foie, et séparées des tumeurs épithéliales bénignes décrites sous le nom d'adénome.

Parmi les muqueuses à épithélium cylindrique, ce sont notamment les muqueuses de l'estomac et de l'intestin, des fosses nasales et de l'utérus qui sont le plus souvent le point de départ des formations adénomateuses. En ces sièges divers, celles-ci présentent un double caractère commun : premièrement, les glandes néoformées sont à très peu de chose près semblables aux glandes normales de la muqueuse intéressée; secondement, la néoformation adénomateuse s'accompagne d'une hyperplasie conjonctive exubérante; il en résulte la pro-

duction de saillies d'abord sessiles, puis pédiculées, auxquelles sous ce dernier état on donne le nom de polypes.

Les *polypes des fosses nasales* se développent sans cause appréciable; ce sont de petites tumeurs, blanchâtres ou rougeâtres, de forme régulière, en général pédiculées. Leur structure, très semblable à celle de la muqueuse, se compose d'un stroma conjonctif délicat, fort riche en vaisseaux capillaires et de glandes muqueuses en grappes. L'épithélium cylindrique à cils vibratiles de la pituitaire tapisse la surface extérieure de la petite tumeur. Le développement angiomateux des vaisseaux, l'œdème du tissu conjonctif sont des circonstances fréquentes, et donnent à la tumeur un aspect rougeâtre ou blanc et semi-transparent.

Les *polypes de l'utérus* prennent naissance, soit sans cause appréciable, soit sous l'influence d'un état inflammatoire ou congestif de la muqueuse. Ils forment de petites tumeurs n'excédant guère le volume d'une noisette, pourvues d'un pédicule que tendent à allonger les contractions utérines provoquées par le polype même ou les sécrétions accumulées derrière lui. Aussi apparaissent-elles bientôt entre les lèvres du museau de tanche. La structure consiste en un tissu fibreux, dense, riche en cellules, pourvu de nombreux vaisseaux, et logeant de nombreuses glandes en tubes ramifiés, qui s'abouchent à la surface, comme dans les glandes normales de l'utérus; le revêtement épithélial est une couche de cellules cylindriques hautes. Suivant le siège du polype sa surface extérieure est revêtue d'épithélium cylindrique ou pavimenteux.

Les productions décrites sous le nom de *polyadénome de l'estomac* sont de petites excroissances multiples de la muqueuse, plus ou moins pédiculées, souvent toutes de même volume et n'excédant guère les dimensions d'un pois, mobiles avec la muqueuse et lui empruntant sa coloration. Elles se développent de préférence dans le grand cul-de-sac et coïncident souvent, mais non pas constamment, avec un état de gastrite chronique ou d'atrophie disséminée de la muqueuse. Chaque petite tumeur est formée par une saillie de la sous-muqueuse supportant un revêtement glandulaire formé par

l'hyperplasie des glandes en tubes normales; celles-ci se sont très allongées, et plusieurs fois repliées sur elles-mêmes, à leur partie profonde. L'épithélium à une seule couche est le plus souvent formé de cellules muqueuses. De petits kystes à contenu muqueux formés par la dilatation de quelques tubes glandulaires sont souvent apparents à la surface du polype.

On a décrit, d'une part, sous le nom d'*adénomes sébacés*, d'autre part, sous le nom d'*adénomes sudoripares*, deux ordres de lésions se présentant sous la forme de très petites tumeurs multiples implantées sur la peau ou siégeant dans son épaisseur, et constituées essentiellement par une prolifération épithéliale limitée, partie respectivement des glandes sébacées et sudoripares. Les descriptions existantes reposent sur un nombre très restreint d'observations.

III. — KYSTOMES

Les kystomes¹ ont pour siège les glandes, et en première ligne l'ovaire où ils sont les tumeurs de beaucoup les plus fréquentes. On les rencontre aussi dans la mamelle, le foie, le rein, le testicule, exceptionnellement dans l'utérus. La caractéristique de ces tumeurs est de se présenter comme une réunion de kystes de tous volumes, certaines des poches pouvant atteindre, dans les kystes de l'ovaire par exemple, un volume de 20 litres et plus, tandis que les plus petites cavités kystiques ne sont visibles qu'avec le secours du microscope. On trouve à l'origine du développement de ces tumeurs, une néoformation adénomateuse analogue par exemple aux adénomes mammaires, et affectant le type soit acineux, soit tubulé. Le revêtement épithélial, dépourvu dans les adénomes de la fonction sécrétoire est, au contraire, activement sécrétant dans les kystomes; il en résulte que les cavités adénomateuses, distendues par leur produit de sécrétion accumulée, se dilatent et se transforment en kystes microscopiques.

¹ On dit kystomes pour indiquer qu'il s'agit de kystes qui doivent leur origine à une néoformation de tissus.

§ 1. **Kystomes du foie.** — L'adéno-kystome du foie prend naissance dans les voies biliaires. La lésion commencée par une néoformation adénomateuse des canaux biliaires des espaces portes; puis les cavités des glandes néoformées se dilatent en kystes de toutes les tailles en atrophiant le parenchyme; un lobe entier du foie peut ainsi subir une transformation kystomateuse.

§ 2. **Kystomes du testicule.** — Nous avons parlé, à propos des adénomes, des kystes que l'on rencontre dans un certain nombre de tumeurs du testicule. Cette formation kystique peut devenir prépondérante sur le développement des parties solides et transformer le testicule en une réunion de kystes dont les plus gros atteignent le volume d'une noix. On peut ranger dans les kystomes cette variété de tumeurs (maladie kystique du testicule).

§ 3. **Gros rein polykystique.** — Dans le rein, l'affection kystomateuse est connue sous le nom de dégénérescence kystique ou de gros rein polykystique. Elle est souvent bilatérale. On peut la rencontrer chez des nouveau-nés, et on doit alors lui attribuer une origine congénitale. Le plus souvent c'est chez l'adulte que l'affection évolue; tantôt elle ne se traduit par aucun symptôme et constitue une découverte d'autopsie; d'autres fois, des accidents rentrant dans la symptomatologie soit des néphrites, soit des tumeurs rénales, se produisent et entraînent la mort des malades.

La glande, très augmentée de volume est transformée en une réunion de kystes arrondis ayant depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'une noisette. Entre les kystes, le parenchyme comprimé a disparu. Chaque kyste est formé d'une paroi fibreuse revêtue d'un épithélium cubique à une seule couche: le contenu est un liquide séreux, jaune, citrin, albumineux, parfois modifié par des hémorragies.

Comme pour les kystomes en général, l'affection paraît avoir pour origine une formation adénomateuse suivie de dilatation des cavités. L'affection rentrerait donc bien dans le cadre des tumeurs.

Les adéno-kystomes des voies biliaires, du testicule et du

rein ne s'accompagnent pas de productions papillaires.

§ 4. **Kystomes de la mamelle.** — Dans la mamelle, nous avons déjà indiqué les liens intimes qui rattachent les kystes aux adéno-fibromes, dont la production de kystes n'est pour ainsi dire qu'une particularité contingente. De même qu'il y a des adénomes papillaires; il y a aussi des adéno-kystomes papillaires; c'est-à-dire qu'une végétation papillaire prend naissance sur la paroi du kyste et peut en combler la cavité.

§ 5. **Kystomes ovariens.** — L'ovaire est le lieu d'élection du développement des kystomes. Ceux-ci s'y produisent non seulement comme tumeurs isolées et autonomes, mais encore en coexistence avec d'autres tumeurs, par exemple un kyste dermoïde ou un carcinome; tout processus néoplasique dont l'ovaire est le siège peut entraîner secondairement la formation de kystomes. Ceux-ci atteignent à l'ovaire des dimensions inconnues dans les autres organes; il n'est pas rare de voir la poche principale contenir 20 litres de liquide et plus.

Un kystome ovarien se présente en général comme une masse volumineuse de forme régulière ou divisée en lobes par des sillons plus ou moins profonds. La masse tout entière est formée par une réunion de kystes de tous les volumes, énormes ou microscopiques. Souvent il existe une poche très volumineuse dans l'intérieur de laquelle font saillie des tumeurs qui sont elles-mêmes des kystes plus petits; d'autres fois, il coexiste plusieurs kystes de moyen volume; exceptionnellement (kystes aréolaires) les cavités sont toutes de petites dimensions. La paroi des grands kystes est souvent mince, bleutée et d'aspect fibreux. Le tissu qui réunit les agglomérations de petits kystes a souvent, au contraire, une apparence gélatineuse due à ce qu'il est lui-même formé d'une agglomération de kystes microscopiques. La paroi intérieure des kystes est tantôt lisse à la manière d'une séreuse, tantôt d'un aspect velouté dû à la juxtaposition d'une infinité de végétations épithéliales microscopiques. Il peut ne pas y avoir de végétations papillaires de la paroi, auquel cas le kystome est dit simple ou adénomateux; d'autres fois les parois kystiques donnent insertion à des végétations en choux-fleurs,

d'aspect papillomateux, très finement divisées et ramifiées, qui font saillie dans la cavité kystique qu'elles remplissent en totalité ou en partie. Ce kystome est dit alors papillifère.

Le contenu des kystes est un liquide séreux dans les grandes poches, plus ou moins visqueux et filant dans les poches de second et de troisième ordre. Il est produit en partie par exsudation, en partie par la sécrétion de l'épithélium, et peut être modifié par des hémorragies.

Le kystome est pourvu d'un pédicule fourni par le ligament large et les parties qui s'y rattachent : trompe, ligament de l'ovaire, vaisseaux utéro-ovariens.

Le kystome ovarien est revêtu extérieurement par l'épithélium germinatif.

Toutes les cavités kystiques sont tapissées d'un épithélium très régulier, à une seule couche, de cellules cylindriques, tantôt simples, tantôt caliciformes, parfois ciliées. Le tissu conjonctif qui sert de soutien à l'épithélium est fibreux là où l'activité de la prolifération épithéliale est éteinte. Dans les parties activement proliférantes de la tumeur, il est fort riche en cellules, infiltré de leucocytes, souvent œdémateux ou myxomateux.

Si l'on examine dans un kystome un territoire en voie d'accroissement, on voit que la paroi de chacun des kystes examinés, est creusée d'une infinité de dépressions, chacune revêtue d'épithélium et comparable à une glande en tube très ramifiée. Par oblitération de leur col, ces dépressions deviennent des kystes secondaires qui engendreront à leur tour des cavités tertiaires, et ainsi de suite; et ainsi se produit l'accroissement du nombre des cavités kystiques.

Par un processus de résultat inverse, il arrive que les parois séparant des kystes voisins sont progressivement amincies par le creusement des cavités nouvelles qui s'y produit, ou par la distension, et que ces kystes d'abord indépendants, arrivent à communiquer et à se confondre en un seul. Ainsi prennent naissance les grandes poches de plusieurs litres de contenu.

Les végétations elles-mêmes peuvent être remaniées par une production de kystes dans leur intérieur. Leur pédicule pro-

gressivement aminci peut arriver à se rompre, et la nécrose de la végétation s'ensuit.

Comment ont pris naissance les premiers kystes, points de départ de toute l'évolution? Évidemment aux dépens des épithéliums préexistants. Or, on peut supposer que le premier développement a lieu aux dépens, soit de l'épithélium germinatif, soit de l'épithélium des follicules de Graaf, soit de vestiges de tubes de Pflüger non segmentés, et qui auraient persisté dans l'ovaire adulte à titre de vestiges embryonnaires. Ces trois opinions ont leurs défenseurs. La question n'a pas reçu de solution unanimement acceptée.

Les kystomes ovariens sont dans la grande majorité des cas des tumeurs bénignes. Cependant il n'en est pas toujours ainsi.

Certaines de ces tumeurs donnent lieu parfois à la production de tumeurs secondaires. Il s'agit toujours dans ces cas de kystomes papillifères. Le premier fait qui se produit alors, consiste en ce que les végétations développées à l'intérieur d'un kyste en distendent la cavité, rompent la paroi et font éruption dans la cavité péritonéale par une espèce d'exstrophie de la paroi intérieure des kystes. Secondairement des cellules détachées de ces végétations se greffent en divers points de la séreuse et donnent lieu à des formations papillaires métastatiques. On peut aussi observer la formation des métastases par voie veineuse dans le foie ou le poumon.

Lorsqu'on fait l'examen histologique des cas de cet ordre, on trouve parfois des caractères spéciaux : d'une part l'épithélium revêtant les végétations est à couches multiples et énergiquement proliférant; d'autre part, on peut trouver dans les parties solides, séparant les kystes, que l'épithélium s'y est infiltré en réalisant la structure du carcinome alvéolaire. Mais d'autres fois, il n'en est pas ainsi, et l'on peut trouver doués de l'aptitude aux métastases des kystomes papillifères qu'aucun caractère histologique ne sépare d'un kystome bénin.

Il convient de rapprocher des kystomes papillifères malins de l'ovaire, une variété analogue de tumeur maligne de la mamelle, justement dénommée par ZIEGLER cysto-carcinome papillifère. Le plan général est celui de l'adénome papillaire

(cavités glandulaires, néoformées, parfois comblées par des productions papillaires, kystes); mais les particularités suivantes permettent une distinction facile: ces papilles, beaucoup plus finement ramifiées que dans l'adénome, rappellent par leur délicatesse les papilles des kystomes ovariens; ces papilles au lieu de l'épithélium cubique à une couche des adénomes sont recouvertes d'épithélium cylindrique stratifié. Enfin, comme dans certains kystomes malins de l'ovaire, la structure du carcinome alvéolaire se montre dans les parties solides séparant les kystes. L'évolution clinique est celle d'un cancer. Les noyaux métastatiques ont la structure du carcinome.

ARTICLE III

TUMEURS ÉPITHÉLIALES MALIGNES

I. — ÉPITHÉLIOMES

Ainsi qu'il a été mentionné à propos de la classification, les épithéliomes sont des tumeurs malignes formées soit d'amas compacts d'épithélium pavimenteux, soit de cavités revêtues d'épithélium cylindrique. Dans le premier cas on les appelle épithéliomes pavimenteux; dans le second, épithéliomes cylindriques.

1° ÉPITHÉLIOMES A CELLULES PAVIMENTEUSES

Cette espèce néoplasique a une grande importance clinique. Les affections aussi redoutables que fréquentes qu'on désigne communément sous le nom de cancer de la peau ou cancéroïde, cancer des lèvres, de la langue, du larynx, de l'œsophage, du rectum, sont le plus souvent, au point de vue anatomique, des épithéliomes pavimenteux. Il convient donc d'en présenter la description avec quelques détails.

§ 1. **Siège et conditions prédisposantes.** — Le point de départ le plus habituel est soit dans la peau, soit dans une muqueuse à épithélium pavimenteux. Cependant des épithé-

liomes pavimenteux peuvent aussi se développer primitivement sur des muqueuses à épithélium cylindrique (cardia, estomac, rectum, muqueuse du corps de l'utérus ou dans des glandes, le pancréas par exemple). A la peau tous les points ne sont pas atteints avec une égale fréquence. La face est un siège d'élection, et notamment le pourtour des orifices naturels, les lèvres, les narines, les paupières. La vulve, le prépuce et l'anus sont aussi des sièges très fréquents. Moins souvent atteints sont les pieds et les mains. Enfin le début, en un point de la peau du tronc est exceptionnel. Quand c'est une muqueuse à épithélium pavimenteux qui est atteinte, les sièges d'élection sont: la langue, l'isthme du gosier, les cordes vocales, l'œsophage, le gland, le col utérin. Le point de départ peut aussi être un tissu déjà pathologique, soit qu'il s'agisse d'inflammation chronique (lupus), soit d'une tumeur bénigne, un papillome par exemple. Enfin les parois de kystes par rétention (kystes sébacés), celles des kystes dermoïdes ou des kystes branchiaux peuvent aussi donner naissance à un épithéliome.

De même que le carcinome, l'épithéliome pavimenteux affecte en général des sujets ayant dépassé l'âge moyen de la vie. Il y a cependant quelques exceptions à cette règle il n'est pas rare de voir des épithéliomes utérins se développer chez de jeunes femmes.

Quand le siège est à la peau, la malpropreté paraît être une condition prédisposante. En d'autres sièges, les causes d'irritation chronique paraissent agir de la même façon: on en donne pour preuve la fréquence du cancer de la langue ou des lèvres chez les fumeurs, du cancer du scrotum chez les ramoneurs.

§ 2. **Esquisse clinique.** — Quand elle siège à la peau, l'affection se présente au début soit comme une petite fissure reposant sur une base indurée, soit comme une excoriation d'aspect papillaire recouverte d'une croûte adhérente. D'autres fois, la lésion occupant surtout des parties profondes de la peau, se révèle d'abord par un nodule dur occupant l'épaisseur du derme: au-dessus des nodules, le derme rougit, s'amincit, enfin s'ulcère. Dans certaines régions, le pourtour de l'anus, la vulve, la lésion au début simule quelquefois un papillome.