

des exemples à l'appui de cette bénignité des papillomes.

Cela n'empêche pas, évidemment, que, dans certains cas, d'ailleurs très peu nombreux, on a pu voir un cancer épithélial se développer sur un papillome, comme au niveau d'une cicatrice ancienne ou d'un vieil ulcère.

Nous acceptons entièrement les conclusions nettement formulées par BRAULT, au sujet du pronostic des papillomes : 1° les papillomes sont très rarement suivis d'une transformation épithéliomateuse ; 2° par suite ils ne représentent nullement le premier stade des cancers épithéliaux ; 3° enfin ils constituent un genre de productions absolument distinct des épithéliomes.

ADÉNOMES

On a confondu sous le nom d'adénomes beaucoup de productions qui ne doivent pas rentrer dans ce groupe de tumeurs. Pour éviter toute confusion de nature à augmenter la complexité de la question des adénomes, il faut donc s'en tenir strictement à la définition de CORNIL et RANVIER :

« Les adénomes sont des tumeurs qui offrent la même structure que les glandes ».

Or, comme les glandes proprement dites se divisent en glandes en grappe, glandes en tube et glandes composées, on peut distinguer trois groupes correspondants d'adénomes :

1° Adénomes acineux.

2° Adénomes tubulés.

3° Adénomes complexes.

Les adénomes tubulés, qu'on rencontre communément, offrent la structure des glandes en tube tapissées par un épithélium cylindrique.

Mais il y a des glandes en tube qui sont tapissées d'épithélium pavimenteux, et plusieurs auteurs ont aussi décrit des adénomes constitués par des glandes en tube contenant un épithélium pavimenteux. D'après CORNIL et RANVIER, l'existence de cette espèce ne paraît pas suffisamment établie pour être admise d'une façon définitive avant que de nouveaux faits bien étudiés la mettent hors de doute.

Siège. — Toutes les glandes acineuses peuvent être le point de départ d'*adénomes acineux*.

La glande mammaire est un des sièges de prédilection des tumeurs adénomateuses de la variété acineuse, mais en géné-

ral ces tumeurs du sein, *corps fibreux* de CRUVEILBIER, *tumeurs adénoïdes* de VELPEAU, comportent un stroma fibreux très développé, au milieu duquel les culs-de-sac glandulaires sont souvent peu abondants et ne prennent dans la constitution du néoplasme qu'une part relativement minime. Il en résulte que, ainsi que nous avons déjà eu l'occasion de le dire, ces tumeurs méritent plutôt le nom de fibro-adénomes ou d'adéno-fibromes.

D'après CORNIL et RANVIER, qui ont souvent examiné des tumeurs du sein diagnostiquées adénoïdes par VELPEAU, les adénomes vrais de la glande mammaire seraient en minorité infime, et formeraient des tumeurs petites dépassant rarement le volume d'une noix et se confondant généralement avec la masse de la mamelle, tandis que les tumeurs circonscrites, isolées de la glande, seraient généralement des fibromes, des myxomes ou des sarcomes.

Il y a certainement dans cette opinion, reproduite par la plupart des auteurs classiques, une exagération en rapport avec une application trop stricte de la définition même du terme « adénome ».

Si, en effet, on refuse cette dénomination aux tumeurs qui, tout en renfermant un nombre considérable de tubes glandulaires anormalement développés, ont une charpente fibreuse importante qui leur donne une consistance plus dure que les tissus glandulaires normaux, il est bien certain qu'on ne pourra pas souvent rencontrer une tumeur du sein qui mérite le nom d'adénome.

Il est cependant hors de doute qu'il est fréquent d'observer des tumeurs dont le volume atteint celui d'un œuf de poule, et qui, développées en dehors de la glande mammaire, à laquelle elles sont reliées plus ou moins par des tractus fibreux, forment des masses parfaitement circonscrites et limitées à leur périphérie par une capsule fibreuse, qui les isole complètement des tissus voisins et les rend nettement distinctes des néoplasmes épithéliaux de nature maligne dont la marche envahissante est intimement liée à l'absence de toute délimitation périphérique.

Ces tumeurs, dont l'origine semble pouvoir être souvent

rapportée à des lobes aberrants de la glande mammaire, sont composées de tissu glandulaire, constitué par des culs-de-sac nombreux, séparés les uns des autres par une trame fibreuse plus ou moins développée. Lorsque cette trame fibreuse se trouve particulièrement prépondérante, par rapport aux culs-de-sac glandulaires, il nous semble que, étant donné l'origine glandulaire de ces formations, on ne peut pas leur refuser le nom d'adénomes, ou tout au moins d'adéno-fibromes, et en tout cas il n'est pas plus exact de les désigner sous la dénomination de fibromes que sous celle d'adénomes.

La glande parotide, la glande sous-maxillaire, les glandes sublinguales et, d'une façon générale, toutes les glandes acineuses du plancher de la bouche, du voile du palais et du pharynx peuvent aussi être le siège d'adénomes acineux.

Les adénomes *tubulés* à cellules cylindriques se rencontrent fréquemment dans les muqueuses qui présentent normalement des glandes en tube. C'est ainsi qu'on observe des adénomes développés aux dépens des glandes de la muqueuse utérine, formant des *polypes muqueux*, qui peuvent faire saillie dans le vagin jusqu'à la vulve.

Des hypertrophies glandulaires analogues se développent dans l'estomac, dans l'intestin grêle et dans le rectum.

Toutes les glandes, ainsi que nous l'avons dit, peuvent être le siège d'adénomes et la prostate, le rein, le pancréas, le foie, n'échappent pas au processus adénomateux.

Enfin, comme les travaux de WÖLFLE notamment l'ont établi, la grande majorité des goîtres résulte d'un processus adénomateux et le corps thyroïde doit, par conséquent, être considéré comme un des sièges de prédilection des adénomes.

Anatomie pathologique. — Nous n'insisterons pas sur les caractères anatomo-pathologiques, très simples d'ailleurs, de l'adénome acineux, dont la structure est calquée en quelque sorte sur celle du tissu glandulaire normal correspondant.

L'adénome acineux pur est composé, par conséquent, de culs-de-sac glandulaires disposés les uns auprès des autres et séparés par une faible quantité de tissu fibreux. Ces culs-de-

sac sont tapissés par un épithélium très régulier et sont limités à leur périphérie par une membrane bien nette (CORNIL et RANVIER).

En ce qui concerne les adéno-fibromes du sein, rangés parmi les fibromes par un certain nombre d'auteurs, il nous

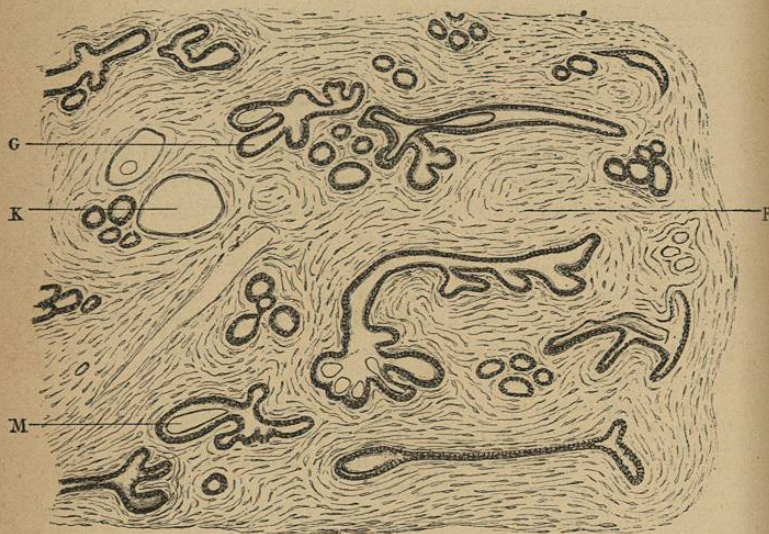


Fig. 49.

Fibro-adénome de la mamelle (RICARD et BOUSQUET).

G, culs-de-sac glandulaires; K, kyste; F, tissu fibreux.

suffira de dire que leurs caractères macroscopiques sont, en effet, ceux des fibromes, dont ils ont la forme régulière, limités par une surface arrondie, qui forme une véritable capsule, les isolant nettement des tissus voisins; leur consistance, leur aspect sur une section, leur couleur sont également ceux des fibromes. Mais, sur une coupe histologique, au milieu d'une trame fibreuse souvent très développée, on distingue en

nombre variable des acini glandulaires en tout semblables à ceux de la glande mammaire normale.

Dans certains cas, ces acini sont très peu développés et sont en quelque sorte noyés dans le tissu fibreux, de telle façon que la néoformation est vraiment fibromateuse plutôt que

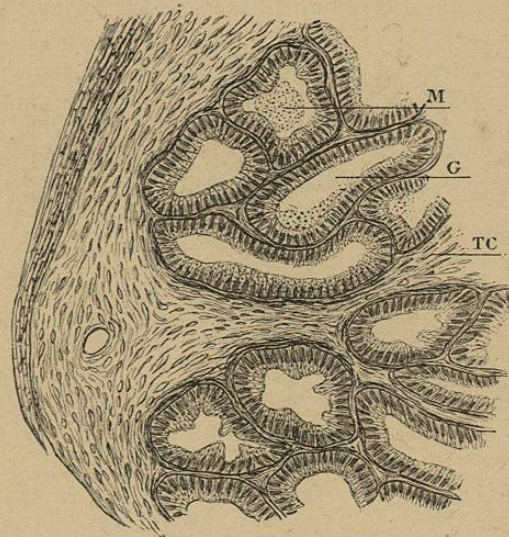


Fig. 50.

Adénome acineux (RICARD et BOUSQUET).

TC, tissu conjonctif; G, tissu glandulaire; M, produits de sécrétion accumulés dans les acini.

adénomateuse; mais, dans d'autres cas, au contraire, le nombre des acini est tel qu'il faut bien admettre une véritable néoformation glandulaire, sans qu'il y ait cependant une prolifération épithéliale active et surtout un polymorphisme cellulaire comme on en rencontre dans les cancers glandulaires; c'est à ces cas qu'on ne peut refuser la dénomination d'adénomes, ou tout au moins de fibro-adénomes.

Il arrive fréquemment que ces tumeurs, comme toutes les

tumeurs mammaires, subissent par places des transformations pseudo-kystiques, résultant d'une dilatation anormale des canaux glandulaires, et l'on voit alors souvent des saillies poly-pifformes proéminer dans les petites cavités résultant de cette dilatation; ce processus n'a rien de caractéristique, et il s'agit en réalité d'une complication anatomo-pathologique qui peut

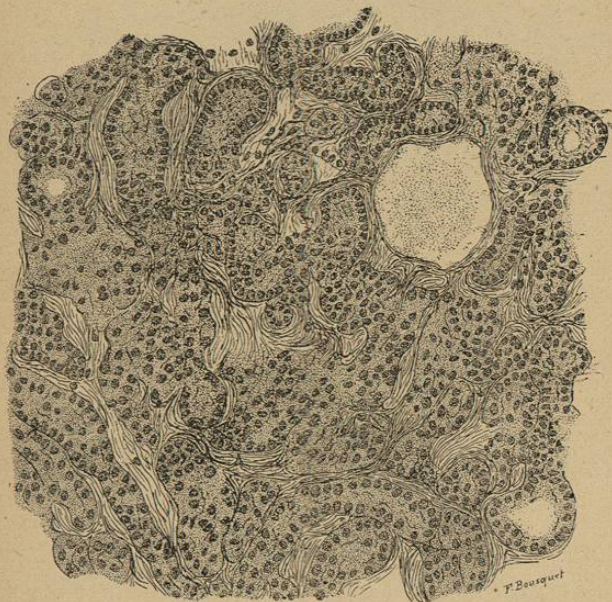


Fig. 51.

Goitre à type adénomateux. (Laboratoire de la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu).

s'observer dans toutes les lésions néoformatives développées dans les tissus glandulaires.

Le diagnostic histologique des adénomes et, en particulier, celui des adénomes acineux, présente souvent des difficultés assez sérieuses, qui ne sont pas sans embarrasser quelquefois

les histologistes les plus exercés, en raison de l'importance du pronostic que l'on doit en tirer, puisque, tel que nous venons de le décrire, avec un épithélium parfaitement régulier tapissant les culs-de-sac glandulaires, et une limitation de ceux-ci par une membrane propre très nette, le processus adénomateux doit être considéré, ainsi que nous allons le dire, comme un

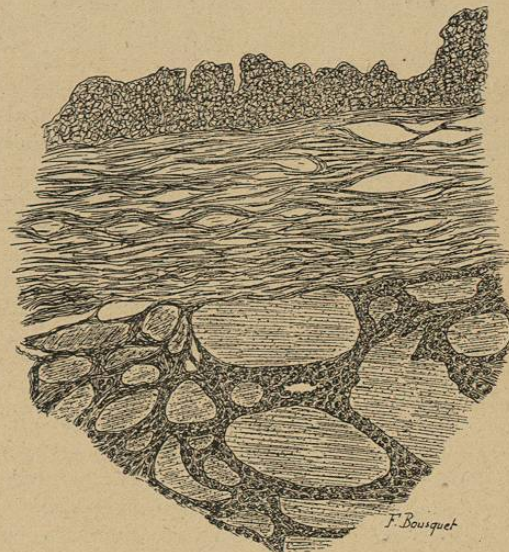


Fig. 52.

Goitre colloïde, portion périphérique. (Laboratoire de la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu).

processus bénin n'exposant pas le malade à la généralisation ou à la récurrence après ablation complète, tandis que l'examen histologique démontrant qu'il s'agit d'un épithéliome entraîne des conclusions diamétralement opposées.

Bien que cela n'ait pas la même importance, au point de vue des déductions relatives au pronostic, il ne faut pas non plus confondre les adénomes, véritables néoplasmes carac-

térisés par leur tendance à persister et à s'accroître, avec les hypertrophies momentanées des culs-de-sac glandulaires qu'on peut observer sous l'influence de l'inflammation.

D'ailleurs, pour éviter des erreurs fréquentes dans ce diagnostic histologique des adénomes acineux, il faut bien rappeler, avec CORNIL et RANVIER, que toutes les lésions glandulaires, pour ainsi dire, qu'elles soient inflammatoires ou néoplasiques, déterminent une prolifération de l'épithélium des glandes malades.

C'est ainsi que, dans les laryngites, on note, en même temps que l'épaississement inflammatoire du tissu conjonctif de la muqueuse, une hypertrophie des culs-de-sac glandulaires qui atteignent alors le double et le triple de leur volume normal. Leur épithélium se montre composé de cellules disposées régulièrement sur leur paroi, mais, en outre, la lumière des acini est plus ou moins remplie de cellules libres, atteintes par la dégénérescence graisseuse ou colloïde (CORNIL et RANVIER).

Des altérations analogues se rencontrent dans d'autres muqueuses, notamment dans la muqueuse utérine au cours des métrites ou parallèlement à l'évolution des fibro-myomes de l'utérus.

En ce qui concerne les néoplasmes des organes glandulaires, myxomes, chondromes ou sarcomes, dans lesquels la néoformation myxomateuse, chondromateuse ou sarcomateuse s'accompagne d'une prolifération des cellules épithéliales des acini glandulaires et de leurs conduits excréteurs, la présence des éléments caractéristiques du myxome ou du chondrome dans le stroma conjonctif, l'envahissement de celui-ci par le processus sarcomateux, suffisent à s'opposer au diagnostic d'adénome et à reléguer au second plan la multiplication des cellules épithéliales qui, d'ailleurs, ne tardent pas à subir des modifications variées, telles que la dégénérescence graisseuse ou colloïde.

D'autre part, ce qui montre bien que, dans les cas de ce genre, l'hypertrophie et la prolifération des culs-de-sac glandulaires sont des lésions tout à fait accessoires, c'est que dans la récurrence d'un sarcome du sein, par exemple, qui, à

l'examen microscopique, s'était montré très riche en acini glandulaires, la nouvelle tumeur ne contient plus de glandes et se montre à l'état de sarcome pur. CORNIL et RANVIER ont observé plusieurs faits de cette nature où la tumeur primitive contenait un si grand nombre de culs-de-sac glandulaires hypertrophiés qu'on aurait pu la prendre pour un adénome si l'on n'avait pas tenu un compte exact de la nature du stroma ; or la tumeur enlevée ayant récidivé sur place ou s'étant généralisée, les masses néoplasiques de nouvelle formation ne contenaient plus de culs-de-sac glandulaires.

Il est bien entendu que ce qui vient d'être dit ne s'applique pas aux tumeurs complexes que nous étudierons plus loin et dans lesquelles on peut observer une évolution parallèle d'une néoplasie d'origine conjonctive, sarcomateuse par exemple, et d'une néoplasie de nature épithéliomateuse ; dans ce dernier cas les nodules d'épithéliome se distingueront facilement des simples hypertrophies glandulaires dont il vient d'être question.

Pour ce qui a trait au diagnostic différentiel entre certaines productions adénomateuses du type acineux et le cancer épithélial, il suffira le plus souvent d'un examen attentif pour reconnaître un adénome d'après la nature et la disposition des culs-de-sac entièrement semblables aux culs-de-sac glandulaires normaux de l'organe atteint, principalement d'après l'uniformité et la régularité de l'aspect des cellules épithéliales qui tapissent ces culs-de-sac de l'adénome, formant seulement une ou deux couches, et enfin d'après la délimitation des acini, nettement circonscrits à leur périphérie par une membrane basale, tandis que les néoformations des cancers épithéliaux sont, tout au contraire, caractérisées, indépendamment d'une prolifération épithéliale désordonnée, par un polymorphisme des éléments cellulaires ordinairement très accentué et, en outre, par une absence complète de membrane enveloppante autour des masses néoplasiques, à la périphérie desquelles on peut facilement constater une tendance plus ou moins prononcée à la diffusion des éléments épithéliaux, sans aucune délimitation régulière et précise.

Les *adénomes tubulés* sont ceux qui, développés aux dépens des tissus renfermant normalement des glandes en tube, présentent la même structure que ces glandes. Celles-ci se divisant en deux espèces, suivant qu'elles sont tapissées par un épithélium pavimenteux ou par un épithélium cylindrique, nous avons dit que l'on avait décrit deux espèces d'adénomes tubulés, correspondant aux deux types normaux, mais nous avons ajouté que l'exis-

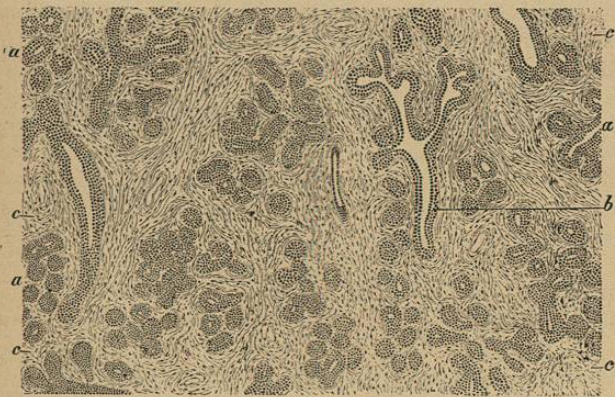


Fig. 53.

Adénome tubulé de la mamelle (ZIEGLER).

b, tubes glandulaires ; c, tissu conjonctif.

tence des adénomes tubulés à épithélium pavimenteux n'était pas encore suffisamment démontrée. Nous nous contenterons, par conséquent, d'exposer sommairement les caractères anatomopathologiques des adénomes tubulés qui sont constitués par des glandes en tube renfermant un épithélium cylindrique.

Les *adénomes tubulés à cellules cylindriques* qui, comme nous l'avons vu, se développent fréquemment dans les muqueuses pourvues de glandes en tube à cellules cylindriques, sont le résultat d'une hypertrophie générale et d'un bourgeonnement de ces glandes, déterminant tantôt un simple épaissement

de la muqueuse atteinte, tantôt une saillie polypeuse sessile ou pourvue d'un pédicule à base plus ou moins large.

Au point de vue de leur aspect macroscopique, ces adénomes forment des tumeurs molles, généralement peu vasculaires, légèrement translucides, leur surface présentant ordinairement une coloration identique à celle de la muqueuse qui leur a donné naissance.

Le raclage pratiqué sur une tranche de section ne donne pas de suc lactescent comme lorsqu'il s'agit d'un cancer épithélial, mais il permet cependant de recueillir un liquide muqueux dans lequel on découvre au microscope des cellules cylindriques, isolées ou groupées en amas, des cellules rondes et des cellules caliciformes (CORNIL et RANVIER).

Lorsqu'on examine des coupes fines d'adénomes tubulés, après durcissement convenable, les aspects présentés par ces coupes varient essentiellement suivant que le rasoir a sectionné le point examiné perpendiculairement ou parallèlement à la direction des tubes glandulaires. Dans le premier cas, ceux-ci, coupés transversalement, forment des anneaux plus ou moins circulaires, pourvus d'une lumière centrale et tapissés intérieurement par une couche de cellules cylindriques de dimensions et de forme très régulières. Dans le deuxième cas, au contraire, les tubes glandulaires se montrent dans toute leur longueur, munis parfois de bourgeons latéraux, débouchant à la surface de la muqueuse par une de leurs extrémités et se terminant d'autre part sous forme de culs-de-sac simples ou bifurqués.

Ces tubes glandulaires sont le plus ordinairement séparés les uns des autres par une très mince couche de tissu conjonctif, mais dans certains cas cette couche intermédiaire prend une importance beaucoup plus grande.

Sur les coupes dans lesquelles on observe des tubes glandulaires disposés dans le sens de leur longueur, on peut constater qu'ils sont souvent dilatés par places, ces dilatations constituant la première phase de la formation des pseudokystes remplis de substance colloïde qu'on rencontre si fréquemment dans les adénomes.

Nous avons dit que l'adénome tubulé à cellules cylindriques présentait la même structure que les glandes en tube du même type ; il convient cependant d'ajouter que le revêtement épithélial des tubes de l'adénome est formé de cellules cylindriques deux ou trois fois plus hautes que celles qu'on ren-

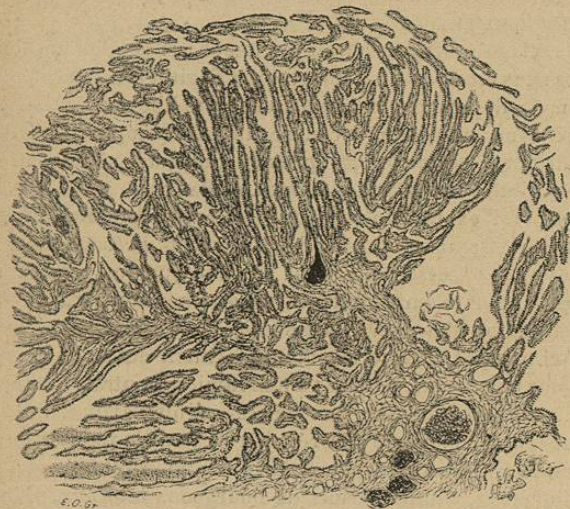


Fig. 54.

Coupe d'un polype muqueux de l'intestin (CORNIL et RANVIER).

contre dans les glandes normales de l'organe intéressé ; ces grandes cellules cylindriques des adénomes ont habituellement l'aspect des cellules à mucus qu'on désigne sous le nom de cellules caliciformes.

En ce qui concerne la structure histologique des adénomes du rectum, ALBERT BRANCA a publié dans les *Bulletins de la Société anatomique*, en 1897, plusieurs observations très intéressantes dans lesquelles il a insisté sur quelques particularités morphologiques de ces tumeurs. C'est ainsi que, en

ce qui concerne l'épithélium de revêtement superficiel, il a constaté que cet épithélium peut subir de très grandes variations ; sur une même pièce, il se montre, suivant les points considérés, tantôt cylindrique à plateau, tantôt cubique, ou même lamelleux ; mais toujours, et c'est là un caractère important des adénomes, les cellules épithéliales, quelle que soit leur forme, restent disposées sur un seul rang ; les modifications de forme des cellules se font toujours par des transitions insensibles.

L'épithélium glandulaire de ces adénomes est parfois de type pur, et c'est alors un épithélium cylindrique dont les dimensions varient beaucoup, d'un point à un autre, et dont le noyau est situé au pôle d'implantation de la cellule ; dans d'autres cas l'épithélium est de type complexe, et les cellules cylindriques et caliciformes s'y trouvent associées dans des proportions variables.

Les cellules épithéliales s'agencent sous forme de sacs renflés ou non à leur extrémité, et forment ainsi des glandes tubulo-acineuses dont le caractère principal est l'irrégularité.

D'autre part, les éléments glandulaires peuvent se grouper pour former des végétations, comme dans les adénomes du sein. Ces végétations qui flottent dans les cavités adénomateuses sont de deux ordres ; les unes sont purement épithéliales, les autres ont un axe conjonctivo-vasculaire (BRANCA).

CORNIL et RANVIER ont insisté depuis longtemps sur les modifications que présente l'épithélium de revêtement des polypes adénomateux du rectum, lorsque ces tumeurs, après s'être pédiculisées, viennent faire saillie à l'anus : la couche épithéliale de revêtement change alors d'aspect, et les cellules cylindriques se transforment en cellules pavimenteuses qui peuvent même subir la transformation cornée. Dans la partie saillante, en contact avec l'extérieur, les dépressions glandulaires sont comblées par des cellules pavimenteuses stratifiées, et les saillies interglandulaires représentent dès lors des papilles, en sorte qu'on voit une couche de glandes en tube se

transformer en une couche de papilles enfouies sous de l'épithélium pavimenteux.

Dans les polypes muqueux de l'utérus comme dans ceux de l'estomac, les productions adénomateuses s'unissent à des néoformations papillaires, pour former des tumeurs qui, de structure glandulaire dans leur partie centrale, présentent à leur surface un aspect vilieux.

La transformation kystique des glandes hypertrophiées s'observe assez fréquemment dans les adénomes des muqueuses utérine ou gastro-intestinale. Il s'agit là simplement de dilatations des glandes hypertrophiées, résultant de la rétention de leurs produits de sécrétion, par un mécanisme analogue à celui qui préside à la formation presque physiologique des productions kystiques qu'on désigne sous le nom *d'œufs de Naboth* et qui se forment aux dépens des glandes en tube de la muqueuse de l'utérus.

Certains polypes des fosses nasales présentent une structure tout à fait analogue à celle des adénomes kystiques de l'utérus, au point que, sur des préparations histologiques, ils pourraient être confondus avec ces tumeurs utérines, tellement les culs-de-sac glandulaires et les dilatations kystiques sont semblables dans ces deux sortes de productions adénomateuses.

Au point de vue du diagnostic par le microscope, nous pourrions, pour les adénomes tubulés, répéter ce que nous avons dit plus haut à propos des adénomes acineux, en ce qui concerne les erreurs que l'on est exposé à commettre en confondant les formations adénomateuses avec les hypertrophies passagères des culs-de-sac glandulaires dues simplement à l'inflammation.

On distinguera des adénomes vrais les tumeurs des organes glandulaires, dans lesquelles une néoplasie de nature sarcomateuse ou myxomateuse, par exemple, s'accompagne d'une hypertrophie des tubes glandulaires et d'une prolifération de leurs cellules épithéliales, cette hypertrophie et cette prolifération devenant tout à fait secondaires devant la constatation de l'envahissement de la charpente conjonctive par le tissu myxomateux ou sarcomateux.

On aura parfois des difficultés à établir au microscope un diagnostic différentiel entre l'adénome tubulé à cellules cylindriques et l'épithéliome à cellules cylindriques. C'est surtout par la régularité des tubes glandulaires de l'adénome et l'uniformité de leur revêtement épithélial qu'on pourra établir ce diagnostic, assez facilement dans la plupart des cas, en opposant ces caractères à l'irrégularité des formations épithéliales de l'épithéliome, et au polymorphisme cellulaire si accentué en général dans les cancers épithéliaux. D'autre part, au point de vue de la répartition topographique des lésions, l'adénome se montre ordinairement bien circonscrit et reste superficiel, d'où sa tendance à se développer sous la forme de polype, tandis que les cancers épithéliaux envahissent les tissus profonds.

Nous serons très brefs en ce qui concerne le troisième groupe d'adénomes décrit par les histologistes. Les *adénomes complexes* ont pris dans ces dernières années une grande importance en raison des tendances que présentent certaines de ces tumeurs à perdre les allures d'un néoplasme bénin pour se rapprocher de l'évolution des néoplasmes cancéreux.

C'est ainsi qu'on en arrive à prononcer le nom *d'adéno-épithéliome* pour certaines néoformations du foie et du rein qui sont caractérisées par leur marche envahissante, formant à l'intérieur des gros vaisseaux des bourgeons arrondis, qui dans les veines de gros calibre, comme la veine-porte et les veines rénales, peuvent alors affecter la disposition en battant de cloche (BRAULT).

Cette notion des adénomes complexes a entraîné la conception d'une identité de nature entre les adénomes et les cancers épithéliaux, qui ne différaient les uns des autres que par la rapidité de leur accroissement et leur tendance plus ou moins grande à la généralisation. Si cette identité de nature peut paraître exacte pour certaines formations d'aspect adénomateux qu'on rencontre dans le rein et dans le foie, elle ne semble pas entraîner une confusion semblable entre les véritables adénomes bénins, constituant les polypes du rectum

ou les tumeurs encapsulées du sein, et les cancers épithéliaux dont les mêmes organes peuvent être le siège.

Étiologie et pathologie. — D'une façon générale, il semble que les adénomes se développent de préférence chez les jeunes sujets. Pour les polypes adénomateux du rectum, cette prédilection est évidente, et les tumeurs de ce genre ne s'observent guère que chez les enfants. Dans la mamelle, l'apparition des adénomes semble favorisée par l'époque de la puberté, mais il convient d'ajouter que la ménopause paraît également exercer une certaine influence sur leur développement.

Pendant longtemps on a fait jouer un rôle considérable aux traumatismes dans la production des adénomes, pour ceux du sein, en particulier.

Tout en tenant compte des conditions de terrain que peuvent créer les traumatismes, au point de vue de l'évolution des infections microbiennes, un certain nombre d'auteurs semblent aujourd'hui disposés à admettre l'origine inflammatoire des adénomes. Comme les papillomes, s'il s'agit réellement de productions inflammatoires, les adénomes diffèrent, en tout cas, par leur tendance à persister indéfiniment, des formations banales que donne l'inflammation et qui guérissent spontanément par transformation de leurs éléments en tissu cicatriciel.

Il est certain que les productions adénomateuses coïncident fréquemment avec des lésions inflammatoires; c'est ainsi que les adénomes polypeux de l'utérus, notamment, sont ordinairement associés à la métrite.

Déjà, en 1842, ROKITANSKY avait fait remarquer que les polypes multiples du gros intestin prenaient naissance sur les bords d'ulcérations causées le plus souvent par la dysenterie chronique. Il est vrai que, d'autre part, dans un mémoire récent, QUÉNU et LANDEL, sans nier l'influence prédisposante des inflammations persistantes de la muqueuse intestinale, font observer qu'on constate au niveau des petits polypes une intégrité à peu-près complète de la muqueuse.

Cette question de l'origine des adénomes reste à l'étude, et.

comme pour les autres espèces de tumeurs, elle semble ne devoir être tranchée que par l'expérimentation, permettant d'obtenir des tumeurs adénomateuses par un processus déterminé.

Quelques travaux ont été faits dans ce sens et R. MARIE notamment, dans un mémoire publié en 1899 dans les *Bulletins de la Société anatomique*, rapporte des expériences dans lesquelles il a pu, chez le chien, déterminer la production de formations adénomateuses aux dépens de fragments de rein greffés. La structure de ces formations ne rappelait en rien celle du rein et il ne s'agissait point, par conséquent, de greffes au sens propre du mot, et, cependant, ces petites tumeurs adénomateuses provenaient bien des fragments greffés, dans lesquels les tubes urinifères, n'ayant plus à sécréter ni à excréter de l'urine, avaient perdu leurs caractères de tubes creux pour former des cordons tubulaires pleins.

Symptomatologie et pronostic. — Il est impossible de réunir dans une même description clinique toutes les tumeurs qui, par leur structure histologique, méritent le nom d'adénomes, les unes, comme dans la glande mammaire, formant des masses à contours parfaitement nets et réguliers, libres de toute adhérence à la peau ou au plan aponévrotique sous-jacent, les autres, au niveau des muqueuses, se pédiculisant de façon à évoluer sous forme de polypes.

Malgré ces dissemblances dans leur mode d'évolution, suivant qu'il s'agit de tumeurs encapsulées ou polypeuses, les adénomes n'en présentent pas moins, les uns comme les autres, ce caractère local commun aux tumeurs bénignes, à savoir une limitation nette des contours qui les rend parfaitement distincts des tissus voisins, lesquels restent absolument normaux et ne présentent pas la moindre modification qui puisse faire soupçonner une tendance à l'envahissement par le néoplasme adjacent.

Quant à la marche des adénomes, elle est essentiellement lente, comme pour toutes les tumeurs bénignes, mais elle n'est pas toujours régulièrement progressive, et pour les fibro-adé-

nomes du sein, en particulier, elle présente parfois des alternatives de progression et de régression, la tumeur subissant des variations appréciables de volume qui se traduisent fréquemment par une diminution tout à fait manifeste, sans que cela puisse aller cependant jusqu'à la disparition complète de la tumeur.

Si nous laissons de côté les lésions du foie et du rein qu'on a décrites sous le nom d'adénomes complexes et qui, par leur marche envahissante, diffèrent des néoplasmes bénins, nous pouvons dire que le *pronostic* des adénomes acineux et tubulés à cellules cylindriques est bénin, attendu que ces tumeurs ne récidivent pas quand on les a enlevées complètement.

Cependant, il est des faits, qui sont loin d'être rares, dans lesquels on voit une tumeur du sein diagnostiquée adénome, et présentant tous les caractères d'une tumeur bénigne, rester stationnaire, ou n'augmenter que très lentement pendant plusieurs années, pour prendre ensuite brusquement les allures d'une tumeur maligne, avec envahissement ganglionnaire et généralisation. Dans ces conditions, modifiant en cela la formule longtemps classique d'après laquelle l'abstention chirurgicale semblait être la règle dans le traitement des tumeurs dites adénoïdes du sein, nous devons dire que le pronostic de ces tumeurs est bénin, à la condition qu'on en pratique l'ablation.

En ce qui concerne l'estomac, certains auteurs ont insisté sur les relations qui existeraient entre l'adénome et le cancer gastrique. ROSENBEIN, notamment, en 1888, a insisté sur ce fait que, au pourtour des lésions cancéreuses de l'estomac, la muqueuse présente, entre autres altérations, des dilatations pseudo-kystiques des tubes glandulaires, comme dans les adénomes. En réalité, ainsi que nous l'avons dit, l'hypertrophie et la dilatation des culs-de-sac glandulaires peuvent se rencontrer pour ainsi dire dans toutes les affections des glandes, sans qu'on puisse les considérer comme caractérisant plus particulièrement l'une d'entre elles, et on n'est nullement en droit,

devant la coexistence de lésions épithéliomateuses et adénomateuses, de conclure que l'adénome a précédé le cancer. La présence de ces formations d'aspect adénomateux au contact d'un cancer n'a pas plus d'importance, au point de vue de l'origine du cancer, que celle des productions papillomateuses qu'on trouve également associées au cancer. En un mot ces hypertrophies glandulaires ou papillaires qu'on peut rencontrer dans beaucoup de tumeurs malignes des muqueuses n'ont guère d'autre signification que celle de productions inflammatoires, coïncidant avec l'évolution néoplasique, et peut-être même l'ayant précédée, sans que l'on puisse en déduire aucune conclusion, en dehors de cette notion généralement admise, d'après laquelle l'inflammation chronique constituerait un terrain favorable à l'évolution du cancer.