

toute
soier
La
table
ont d
leur
prés
O
cha
enfin
L
d'ab
infla
infla
d'ail
mat
S
asse
par
ren
fect

I
flan
pré
cor
des
méd
I
sur
sue
I
con
sor
I
spé
ver
I
sit
rul

pathology, vol. II, *Scirrhus, or hard cancer*, p. 287, *Hematoid, colloid., etc.*, p. 481 et suiv., London, 1853. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1854-55, *Discussion sur le diagnostic et la curabilité du cancer*. — Follin, *Thérapeutique du cancer*, in *Arch. gén. méd.*, vol. I, p. 732, 1855. — E. Wagner, *Zur Colloidmetamorphose der Zellen*, in *Arch. für physiol. Heilkunde*, s. 106, Stuttgart, 1856. — E. Wagner, *Ueber die Bedeutung der Bindegewebskorp erchen für die Entwicklung und insbesondere für das Wachstum der krebsigen Geschwülste*, in *Arch. für physiol. Heilkunde*, s. 153, Stuttgart, 1857. — Wagner, *Ueber die Gestalt der Krebsalveolen*, in *ib.*, s. 306, 1858. — Ollier, *Recherches anatomo-pathologiques sur la structure intime des tumeurs cancéreuses, etc.*, Paris, 1856. — Lebert, *Traité d'anatomie pathologique, etc.*, t. 1, p. 272, Paris, 1857. — J.-Z. Lawrence, *The diagnosis of surgical cancer*, 2^e édit., London, 1858. — Morigourt, *De la nature des affections considérées cliniquement comme cancéreuses*, thèse de Paris, 1864, n^o 44. — Collis, *On the diagn. and treat. of cancer, etc.*, London, 1864. — Chaillou, *Nature et Node de généralité des aff. cancéreuses*, th. de Paris, 1865, n^o 8. — Förster, *Handbuch d. allg. u. speciell. path. Anatomie*, Bd I, s. 388, 1865. — L.-H. Mignot et M.-L. Ravier, thèses de Paris, 1866, nos 266 et 167. — V. Cornil, *Du cancer, etc.*, in *Mém. de l'Ac. de méd.*, t. XXVII, p. 301, 1867. — A. Heurtaux, *Du cancer, etc.*, in *Nouv. Dict. de méd. et de ch. prat.*, t. VI, p. 125 (Bibliographie), 1867. — Waldeyer, *Der Entwicklung der Carcinome*, in *Virchow's Arch.*, Bd XLI, s. 470, 1867. — Ranvier, *Étude du carcinome*, in *Arch. de physiol. norm. et path.*, t. I, p. 666, 1868. — Billroth, *Carcinomes*, in *Elém. de path. chir. génér.* (trad. franç.), p. 757, Paris, 1868. — Rey, *Rech. phys. et clin. sur la génér. du cancer, etc.*, thèse de Paris, 1869, n^o 183. — Köster, *Entwicklung der Carcinome u. Sarcome*. Würtzburg, 1869. — A. Lücke, *Das Carcinom, der krebs*, in *Handb. der allg. u. speciell. chirurgie, etc.*, v. Pitha u. Billroth, Bd II, A. 1, H. 2, s. 202, Erl., 1869 (Bibliog.). — J. Paget et C.-H. Moore, *Cancer*, in *Holme's Syst. of surgery*, 2^e édit., vol. I, p. 552, London, 1870. — V. Cornil, *Cancer*, in *Dict. encycl. des sc. méd.*, t. XII, p. 148, 1871 (Bibliogr.). — Neveux, *Du cancer aigu*, th. de Paris, 1871, n^o 28. — V. Cornil et A. Hénoque, *Carcinome*, in *Dict. encycl. des sc. méd.*, t. XII, p. 347, 1871. — J. Hyvert, *De l'inoculation cancéreuse*, thèse de Montpellier, n^o 55, 1872. — E. Rindfleisch, *Traité d'histol. path.* (trad. franç.), p. 161 et suiv., Paris, 1873 (Bibliographie). — D. Dupuy, *De l'interv. chirurg. dans les affect. dites cancéreuses*, thèse de Paris, 1873, n^o 340.

Consulter en outre la bibliographie de l'épithéliome et les classiques.

§ 10. — Papillômes.

Avec Cornil et Ranvier (1), nous considérons comme des papillômes les tumeurs ayant la structure anatomique des papilles normales.

(1) *Loc. cit.*, p. 285.

Or on sait que celles-ci se composent : 1^o d'un stroma conjonctif, contenant des vaisseaux disposés en anses; 2^o qu'elles sont revêtues d'épithélium pavimenteux et corné ou bien muqueux. De là, deux types de papillômes : les *papillômes cornés* et les *papillômes muqueux* (Cornil et Ranvier), auxquels on pourrait ajouter les *papillômes séreux*.

Il est utile de faire remarquer qu'on ne doit pas confondre avec les papillômes les tumeurs fibreuses, sarcomateuses ou carcinomateuses, qui, dans certains cas, offrent à leur surface des bourgeons en forme de papilles; « dans ce cas, la tumeur doit prendre simplement la qualification de *papillaire* » (Cornil et Ranvier).

Anatomie pathologique. — La structure des papillômes en général est assez simple, et on peut, jusqu'à un certain point, les considérer comme résultant de l'hypertrophie de papilles normales, simples ou composées. Toutefois, il pourrait se développer des papillômes dans les régions où il n'y a pas de papilles primitives (Virchow).

Le corps du papillôme est toujours formé de tissu conjonctif, aussi a-t-on voulu considérer ces productions morbides comme des fibrômes (Virchow). Mais à ce tissu fibreux s'ajoutent des vaisseaux, parfois des nerfs (Lücke) et un revêtement épithélial. Dans quelques cas, d'ailleurs, le corps de la papille est formé de tissu embryonnaire. Les vaisseaux (artères et veines), tantôt multiples, constituant un véritable réseau de capillaires, sont parfois réduits à une seule anse capillaire (Cornil et Ranvier). Ces vaisseaux peuvent être amincis, dilatés, et se rompre, d'où l'apparition d'hémorragies. Le revêtement épithélial, presque nul dans les papillômes des séreuses, devient plus considérable sur les muqueuses; ici, les cellules sont pavimenteuses et stratifiées, ou bien cylindriques et n'offrant alors qu'une seule couche. Dans les papillômes cutanés, le revêtement est constitué par de l'épithélium pavimenteux et corné, formant des couches souvent considérables, et présentant parfois entre les papilles des globes perlés (Lücke) (?).

Certains papillômes des muqueuses se combinent avec des kystes, des angiômes, des hypertrophies ou des néoformations glandulaires (Cornil et Ranvier).

Siège. — Les papillômes se rencontrent surtout à la peau (cors, verrues, cornes, nævi) et sur les muqueuses (larynx, muqueuse gastro-intestinale, vessie, urèthre, organes génitaux externes de l'homme et de la femme). Quant aux papillômes des séreuses, ils sont beaucoup plus rares; sauf sur les synoviales articulaires dans certaines affections chroniques des jointures (voyez l'*Arthrite sèche*).

Étiologie. — Ces tumeurs semblent se développer sous l'influence d'une irritation locale (verruës, végétations des organes génitaux); toutefois cette cause est loin d'être toujours démontrée (Lücke), et certaines régions de la peau ou des muqueuses semblent prédisposées à l'apparition des papillômes.

Ces tumeurs peuvent naître dès le jeune âge (papillômes du rectum), dans quelques cas même on a signalé des papillômes congénitaux; toutefois, c'est vers l'âge adulte qu'ils sont surtout observés (papillômes des organes génitaux).

Les *symptômes* qui caractérisent les papillômes ne nous arrêteront pas longtemps, car ils sont des plus variés et diffèrent beaucoup, selon qu'on étudie les papillômes cornés ou cutanés (1) et les papillômes muqueux, seules variétés qui intéressent directement le chirurgien.

Tantôt ils forment des tumeurs irrégulières, à surface granuleuse, mais assez petites et peu saillantes (verruës, cors, etc.); d'autres fois, au contraire, les papillômes réunis constituent une masse plus ou moins volumineuse une véritable *végétation*, comparée depuis longtemps à un chou-fleur (papillômes des organes génitaux). Ces tumeurs peuvent être sessiles ou pédiculées, quelques-unes sont colorées en noir ou en rouge, soit par suite d'un excès de pigment, soit à cause de leur vascularisation anormale; leur développement, parfois très-lent, peut être au contraire très-rapide, et, dans ce cas, les papillômes acquièrent un volume considérable. Souvent alors ils s'ulcèrent, ou bien exhalent une sérosité louche, d'odeur infecte, qui résulterait de l'altération et de la putréfaction des éléments épithéliaux qui les tapissent (Lücke). Quelques papillômes muqueux donnent lieu à des hémorrhagies parfois considérables (papillômes du rectum, de la vessie). Enfin certains papillômes provoquent l'apparition de phénomènes douloureux des plus intenses (papillômes de l'urèthre), ou bien gênent considérablement certaines fonctions, comme la miction (papillômes de l'urèthre et de la vessie), la défécation (papillômes du rectum), etc.

Le *diagnostic* des papillômes peut être assez difficile : à la peau, on peut les confondre avec des épithéliômes papillaires; à la surface des muqueuses, on pourra penser avoir affaire à des productions carcinomateuses, d'autant que les phénomènes rationnels, tels que les douleurs et les hémorrhagies, peuvent être absolument les mêmes (voyez les *Fongus de la vessie*). Les papillômes qui constituent les végétations des organes génitaux sont les plus faciles à reconnaître;

(1) Voyez les *Maladies chirurgicales de la peau*.

quelques-uns résultent de la syphilis, sinon directement, au moins indirectement (Bazin).

Pronostic. — Les papillômes sont des tumeurs bénignes, se compliquant parfois d'ulcérations, d'hémorrhagies, mais ne se transformant que très-rarement en carcinôme ou en épithéliôme (Cornil et Ranvier, Lücke). Nous croyons cependant que la transformation des papillômes en tumeurs malignes (épithéliôme ou carcinôme) n'est pas aussi exceptionnelle qu'on le prétend.

Traitement. — D'une façon générale on peut dire que les papillômes doivent être enlevés ou mieux détruits par les caustiques. Nécessairement cette thérapeutique varie selon le siège et l'étendue des tumeurs papillaires, aussi ne pouvons-nous y insister ici.

BIBLIOGRAPHIE. — Krämer, *Ueber condylome u. Warzen*, Götting, 1847. — Jollie, *Des tum. chirurg. de la peau*, th. de Paris, 1855, n° 270. — Werner, *Fortschreitende nicht Krebige Papillargeschalt. d. cutis*, in *Henle u. Pfeuffer Zeitschr.*, Bd VI, s. 109, 1855. — Virchow, *Fibromes papillaires, etc.* in *Pathologie des tumeurs*. (tr. franç. par P. Aronsohn), t. I, p. 331, Paris, 1867. — A. Lücke, *Die papillären Geschwülste*, in *Handb. der allg. u. speciell. chirurgie*, v. Pilha u. Billroth, Bd II, A. 1, H. 2, s. 246, Erlangen, 1869 (Bibliographie). — Cornil et Ranvier, *Papillômes*, in *Manuel d'histol. pathol.*, 1^{re} partie, p. 285, 1869.

§ 11. — Adénômes.

Il n'est peut-être pas de question aussi difficile à présenter que celle des adénômes. Tandis que Lebert et ses élèves les considèrent comme des affections assez fréquentes, surtout dans certains organes, comme la mamelle par exemple, beaucoup d'anatomo-pathologistes modernes les regardent comme des lésions très-rares et pensent qu'on a décrit sous le nom d'adénômes des productions fibreuses, sarcomateuses, etc.

Étudions d'abord les *adénômes* tels que Lebert, Verneuil et Broca les ont décrit; nous réservant d'indiquer plus loin les correctifs qu'il faut apporter à cette manière de voir.

Sous le nom d'*adénôme* on désigne des productions accidentelles homéomorphes et homologues, dont les éléments autogènes ou essentiels sont formés par des tubes ou des culs-de-sac glandulaires (Broca).

Les productions glandulaires peuvent être analogues ou non aux glandes normales. Quand elles sont analogues, elles se développent soit dans l'épaisseur d'une glande normale, soit dans son voisinage;

dans le cas contraire, les éléments glandulaires, différents de ceux des glandes normales, se développeraient souvent dans des régions privées de glandes.

Les tumeurs de la première espèce sont désignées sous le nom d'*adénomes* depuis fort longtemps; celles de la seconde espèce, étudiées par Ch. Robin, ont reçu les noms de *pseudadénomes* (Broca), *tumeurs hétéradéniques* (Robin), *hétéradénomes* (1).

Les adénomes peuvent être eux-mêmes divisés en deux classes: 1° les adénomes *uniglandulaires*, *monadénomes*, tumeurs formées par une seule espèce de culs-de-sac glandulaires; 2° les *polyadénomes* ou adénomes *multiglandulaires*, qui résultent d'une hypertrophie plus ou moins régulière de glandes offrant d'ailleurs une structure identique. Ces dernières tumeurs furent bien décrites pour la première fois par le professeur Verneuil, qui les a signalées à la peau et sur les muqueuses.

La première dénomination de monadénome (Broca) n'a pas été généralement adoptée, nous désignerons donc le monadénome sous le nom plus connu d'adénome proprement dit (Broca).

A. — Adénomes proprement dits ou uniglandulaires.

Cette affection est propre aux glandes en grappe ou acineuses.

Quelques mots sur la disposition normale des glandes en grappe ou acineuses sont très-utiles avant d'étudier leur anatomie pathologique.

Pour Broca, elles se composent essentiellement de *culs-de-sac* glandulaires, qui, réunis à l'origine d'un conduit excréteur, donnent lieu à un *grain glanduleux* ou *glomérule*, *acinus*.

Les glandes les plus simples sont composées d'un seul acinus. Dans les autres, chaque groupe d'acini est entouré d'un stroma cellulo-vasculaire formant un *lobule*. Les glandes composées les plus simples ne sont formées que par un seul lobule. Enfin les glandes plus volumineuses ont des lobes qui ne sont autres que des amas de lobules, amas irréguliers et mal définis. Le lobule seul est bien défini et séparable, la structure de la glande, quelque composée qu'elle soit, est donc celle du lobule.

Or l'adénome résulte soit de l'hypertrophie des culs-de-sac glandulaires pour les glandes formées d'acini, soit de celle d'un ou de plusieurs lobules pour les glandes plus composées.

Les adénomes de la mamelle ont surtout fixé l'attention des auteurs; A. Cooper, Velpeau, Cruveilhier, Lebert les ont décrits avec

(1) Voyez page 254.

soin. Ils ont été désignés sous les noms de *tumeurs mammaires chroniques*, *corps fibreux de la mamelle*, *tumeurs adénoïdes*, etc.

Depuis, on a signalé les adénomes des glandes parotides, labiales, du voile du palais, des glandes lacrymales, de la prostate.

Anatomie pathologique. — Dans les glandes simples ou composées d'un seul lobule, la tumeur occupe la totalité de la glande. Dans les glandes composées de plusieurs lobules, au contraire, l'adénome n'occupe généralement qu'un lobule ou un groupe très-circonscrit de lobules. Ceci résulte de l'étude du développement de l'adénome dès son apparition, et de la comparaison des tumeurs des glandes à un seul lobule avec celles qui se développent dans les glandes composées. Cependant on peut trouver dans la mamelle des adénomes diffus, et la dissection permet de reconnaître une transition insensible entre le tissu sain de la glande et celui de la tumeur. Ces faits sont d'ailleurs fort rares.

Comme nous l'avons dit, les adénomes sont constitués par l'hypertrophie irrégulière des éléments des glandes acineuses, soit des culs-de-sac glandulaires, soit du stroma cellulo-fibreux.

Cette hypertrophie peut atteindre les deux éléments à la fois, mais l'un d'eux est toujours plus particulièrement affecté; de là deux types distincts, qui cependant présentent entre eux des formes intermédiaires.

1° *Adénomes avec prédominance des culs-de-sac glandulaires.* — Ils forment des tumeurs arrondies, mobiles, entourées d'une enveloppe celluleuse et par conséquent faciles à énucléer.

A l'examen microscopique le stroma semble atrophié relativement aux culs-de-sac glandulaires, mais cette atrophie n'est que relative. Dans quelques cas, les culs-de-sac hypertrophiés peuvent diminuer la résistance de la tumeur au point de donner lieu à une sensation de fausse fluctuation. Du reste, ces culs-de-sac sont semblables à ceux de la glande normale, et leur épithélium présente des caractères tout à fait normaux.

D'après le professeur Broca, cette hypertrophie des culs-de-sac ne serait pas due seulement à une ampliation des culs-de-sac préexistants, mais aussi et surtout à une véritable multiplication, « c'est-à-dire à la formation continue des culs-de-sac nouveaux qui s'ajoutent aux anciens ». Les culs-de-sac glandulaires nouveaux naîtraient des anciens par voie de protrusion ou de dilatation latérale (Broca).

Dans les adénomes volumineux, la paroi anhiste des culs-de-sac peut s'épaissir, s'amincir et se rompre facilement. Souvent les culs-

de-sac sont groupés en acini dont le volume, pas plus que celui des culs-de-sac, n'est en rapport avec le volume des adénômes.

L'épithélium peut être normal, mais souvent il se modifie. L'épithélium cellulaire offre de plus grandes cellules avec des granulations moléculaires nombreuses, ou bien, si l'épithélium était nucléaire, il devient cellulaire.

Au début, l'adénôme est ferme, élastique, ovoïde ou sphérique, sa coupe d'un blanc grisâtre l'a fait longtemps confondre avec le squirrhe et l'encéphaloïde à l'état de crudité. Cependant cette coupe est grenue, et l'on y voit de nombreuses granulations qui dénoteraient la nature de la tumeur. En outre, le grattage ne donne pas de suc lactescent. Quand l'adénôme a pris un volume plus considérable, sa forme change, il devient bosselé, offre des lobes. Ceci tient probablement, d'après Broca, à l'hypertrophie primitive et simultanée de plusieurs lobules, qui tendent ultérieurement à s'isoler. La séparation de ces lobules par du tissu cellulaire ou des lacunes (Lebert) vient à l'appui de cette manière de voir. A cette période, le tissu de la tumeur est fragile et se déchire facilement avec le doigt.

Souvent alors les vaisseaux sont un peu plus développés qu'au début de l'affection.

Dans les adénômes volumineux on trouve fréquemment des kystes de deux sortes : les *kystes glandulaires, clos* (Lebert), et les *kystes lacuneux* (Lebert).

Les *kystes glandulaires* ont pour point de départ les cavités de la glande. Leur nombre, leur volume, leur contenu varient beaucoup; parfois ils sont le siège d'une exhalation sanguine, d'autres fois ils renferment une matière butyreuse (Lebert). Tous contiennent des cellules épithéliales plus ou moins altérées, qui témoignent de leur origine. Volumineux, ils peuvent être facilement confondus avec les suivants.

Les *kystes lacuneux* sont plus rares et ne se rencontrent que dans des tumeurs volumineuses. Ces kystes, comparables aux bourses séreuses, se développent dans les couches du tissu conjonctif situées entre les lobules, sous l'influence des frottements répétés. Leur cavité est souvent anfractueuse, souvent aussi la substance glandulaire peut y faire hernie sous forme d'un gros champignon ou de petites masses arrondies. Leur surface interne n'est jamais revêtue d'épithélium.

Pour Paget, l'adénôme serait d'abord un kyste à paroi celluleuse, puis sur cette paroi se développerait une végétation offrant une structure glandulaire; cette production ne tarderait pas à remplir toute la cavité du kyste. A ce moment il ne reste plus de kyste, il est remplacé par une tumeur solide. Pour lui, donc, l'adénôme est

une production nouvelle, telle est aussi l'opinion de Velpeau; mais il résulte des recherches de Verneuil et Broca que les adénômes les mieux enkystés se continuent directement avec le tissu glandulaire adjacent. D'ailleurs l'écoulement séro-sanguinolent, qui a lieu par le mamelon chez les femmes atteintes d'adénômes de la mamelle, vient à l'appui de cette opinion.

2° *Adénômes avec prédominance du stroma.* — Les tumeurs de ce deuxième type sont plus rares, leur ressemblance avec des tumeurs fibreuses les a fait décrire par Cruveilhier sous le nom de *corps fibreux de la mamelle*.

Leur tissu blanchâtre, ferme, résistant, offre à la coupe un aspect fibreux. Ces fibres serrées présentent souvent une disposition concentrique, formant de petits pelotons arrondis dont la partie centrale fait saillie sur la coupe de la tumeur. Cette disposition permet de distinguer l'adénôme avec prédominance de stroma, de la tumeur fibreuse; cependant elle s'efface avec le temps, d'où une confusion possible (1). Ajoutons aussi qu'elle manque quelquefois, et que les fibres serrées peuvent présenter à la coupe l'aspect du tissu fibro-cartilagineux.

Ces adénômes ont moins de tendance à s'accroître, cependant ils peuvent atteindre un volume assez considérable, et dans ces circonstances il n'est pas besoin de constater leur ramollissement central. L'examen microscopique montre surtout du tissu fibreux, il faut souvent plusieurs coupes pour tomber sur des culs-de-sac glandulaires. Ceux-ci n'offrent aucune ampliation, leur épithélium est normal.

Entre ces deux espèces d'adénômes il existe un grand nombre d'intermédiaires, sous le rapport de la consistance. On conçoit qu'ils se rapprochent plus ou moins des deux types décrits.

Le tissu des adénômes est le siège d'une sécrétion irrégulière et anormale. Le liquide séro-sanguinolent, que nous avons déjà signalé pour les adénômes de la mamelle, indique une lésion des culs-de-sac et une exhalation sanguine consécutive, qui ne peut être comparée à la sécrétion normale.

Étiologie. — La plupart de ces tumeurs ont été attribuées à des contusions, d'où la théorie de Velpeau sur les tumeurs fibreuses du sein. Le plus ordinairement la cause est inconnue.

Les adénômes sont plus fréquents chez les jeunes sujets, ils sont rares au delà de quarante ans, au moins pour les adénômes du sein. Cette remarque est fort utile pour le diagnostic.

(1) Confusion discutable, comme nous le verrons plus loin.

Quelques-uns ont débuté pendant la lactation, d'autres ont augmenté surtout pendant la grossesse et l'allaitement. Les adénômes de la mamelle ne se sont montrés que chez les femmes (sauf le cas douteux de Velpeau, et ceux de Bryant, Parona, Demarquay), les adénômes de la parotide seraient aussi plus fréquents chez ces dernières.

Ils peuvent se transmettre par hérédité. Uniques ordinairement, ils peuvent être multiples et se développer successivement, fait important à noter pour l'explication des récidives.

Symptômes. — Les adénômes se présentent sous la forme de tumeurs sphériques, circonscrites, lobulées (mamelle, parotide), mobiles et indolentes. Quelquefois cependant elles deviennent douloureuses pendant les règles, ou bien encore elles peuvent déterminer des douleurs névralgiques.

Leur consistance est plus ou moins grande selon la nature même de l'adénôme; nous avons vu qu'il peut être assez ramolli pour donner lieu à une fausse fluctuation et être confondu avec un encéphaloïde. D'autres fois, au contraire, on pourra le confondre avec une tumeur fibreuse.

Leur volume varie pour chaque région; nous y reviendrons plus tard, en les étudiant dans chaque glande en particulier.

Nous avons signalé le suintement séro-sanguinolent des adénômes de la mamelle.

Ces productions peuvent s'ulcérer, la tumeur devient bosselée et se creuse d'anfractuosités où séjourne le pus; on a vu la suppuration abondante et fétide épuiser les malades. Parfois il peut y avoir inflammation gangréneuse et élimination d'une partie de la tumeur; on n'a pas observé d'élimination totale (Broca).

Leur marche est ordinairement très-lente, cependant ils peuvent rester stationnaires pendant fort longtemps, puis tout à coup prendre un accroissement très-rapide. L'adénôme peut-il se résoudre spontanément? Broca l'admet sans l'avoir jamais observé.

Pronostic. — Assez bénin: dans un seul cas il y eut engorgement spécifique des ganglions correspondants (Robin et Lorain). Ce pronostic varie d'ailleurs avec la position de la tumeur, son volume, les parties qu'elle peut comprimer, etc. L'adénôme peut récidiver, non par *continuation*, car son énucléation est très-facile, mais par véritable *répultulation* (Broca). D'ailleurs ces récidives ne sont pas le résultat d'une diathèse, mais bien d'une prédisposition toute locale.

Diagnostic. — Le siège variable des adénômes rend leur dia-

gnostic assez difficile; ainsi dans la parotide on pourra les confondre avec des tumeurs ganglionnaires, au voile du palais avec des tumeurs gommeuses, etc. Nous étudierons plus loin ce diagnostic différentiel, alors que nous nous occuperons des affections de ces diverses régions.

Le plus souvent la marche de l'adénôme est lente, ce qui le différencie déjà des tumeurs malignes. Cependant celles-ci peuvent s'accroître avec une telle lenteur, qu'une erreur de diagnostic soit très-possible (Broca).

Cette confusion, fréquente au début de l'apparition des tumeurs, peut être encore faite lorsque celles-ci se sont ulcérées. Toutefois l'isolement facile de l'adénôme, sa marche lente, l'absence de tout retentissement du côté des ganglions et sur l'état général, dans certains cas l'âge auquel se développe la tumeur et son siège, tels sont les éléments généraux de diagnostic sur lesquels doit insister le clinicien.

Traitement. — Le traitement interne, aidé d'applications topiques ou de la compression méthodique de la tumeur, a eu quelque succès dans la thérapeutique des adénômes du sein (voyez les *Tumeurs du sein*).

Le plus souvent, ces tumeurs doivent être enlevées dès leur début (lèvres, joues, voile du palais, parotide, etc.); dans quelques cas cependant, et surtout pour le sein, le chirurgien doit s'abstenir de toute opération. Nous ne pouvons insister ici sur ces indications thérapeutiques en rapport avec le siège de la tumeur.

B. — Polyadénômes. — Adénômes multiglandulaires.

Ce sont des tumeurs constituées principalement par l'hypertrophie simultanée d'un grand nombre de petites glandes de même nature très-rapprochées les unes des autres (Broca).

Étudiés par Führer (d'Iéna), Ch. Robin, Verneuil, à propos des glandes sudoripares, ces polyadénômes furent l'objet d'une description générale par le professeur Broca, auquel nous empruntons ce qui suit.

Les polyadénômes atteignent les glandes sudoripares, les glandes sébacées, la glande lacrymale accessoire de Rosenmüller, les follicules sous-muqueux des lèvres et du voile palatin, les glandes de la pituitaire, celle des muqueuses stomacale et intestinale, les glandes de la muqueuse utérine, enfin les follicules vulvaires, en particulier ceux qui entourent l'urèthre.

toute
soient
L.
table
ont
leur
prés
O.
cha
enfi
L.
d'at
infla
infla
d'ai
ma
S
ass
par
ren
fect

I
fla
pré
cor
des
mé

sur
suc

co
so

sp
ve

sit
ru

Ces divers sièges les font distinguer en polyadénomes cutanés, polyadénomes muqueux, et polyadénomes sous-muqueux.

Mais une division plus importante est celle qui consiste à les séparer en polyadénomes *circonscrits* et en polyadénomes *diffus*; les premiers étant en général bénins, les seconds se comportant comme des épithéliômes.

Anatomie et Physiologie pathologiques. — Lorsque le tissu où s'est développé le polyadénome renferme plusieurs variétés de glandes, il n'y a jamais qu'une seule variété qui soit hypertrophiée. Le polyadénome siège-t-il dans la peau, et les glandes sudoripares sont-elles malades les glandes sébacées sont détruites par cela même.

La tumeur qui constitue le polyadénome est molle, s'écrase facilement, sa coupe est granuleuse; les vaisseaux sont peu développés, sauf le cas d'ulcération et de végétations papilliformes. La coloration de la masse est blanche, grise ou jaunâtre; par le grattage on n'a pas de suc, mais des masses épithéliales.

Au microscope et à un faible grossissement, on voit que les glandes d'une seule espèce sont prises; leur volume est augmenté soit par multiplication des culs-de-sac (glandes sébacées), soit par une sorte de protusion des tubes glandulaires (glandes sudoripares). Par suite de l'accumulation de l'épithélium dans les cavités glandulaires, celles-ci se distendent, leurs parois s'amincissent, disparaissent même (surtout dans les polyadénomes diffus), si bien que les tumeurs peuvent finir par être regardées comme formant des variétés d'épithéliôme (Broca). Il faut dire que l'examen des parties périphériques de la tumeur révèle toujours son origine glandulaire.

L'épithélium qui tapisse les glandes altérées peut subir des modifications en ce sens que de nucléaire il devient pavimenteux ou *vice versa*. Enfin on a vu des globes épidermiques dans l'intérieur de certains polyadénomes sudoripares (Verneuil).

Les polyadénomes diffus peuvent s'observer à la peau, sous la muqueuse buccale, au col de l'utérus, au rectum, à la muqueuse pituitaire (Ch. Robin).

Quant aux polyadénomes circonscrits, ils constituent des tumeurs ordinairement petites, qui tendent à se pédiculiser surtout à la surface des muqueuses (polypes muqueux de l'utérus, de l'estomac, de l'intestin grêle du rectum); souvent ces tumeurs polypeuses sont multiples (utérus, rectum, estomac, intestin grêle).

Les polyadénomes circonscrits de la peau se voient principalement au visage (nez, paupière inférieure) et y constituent de véritables verrues charnues appelées encore *tétines de rat* (Broca).

Etiologie. — Ces tumeurs, qui semblent naître sous l'influence d'une diathèse partielle (Broca), sont congénitales, ou bien apparaissent au delà de l'âge moyen de la vie. En fait, leur étiologie est très-obscur.

Symptomatologie. — Il faut l'étudier selon que le polyadénome est circonscrit ou diffus.

Dans le premier cas, les tumeurs sont limitées, arrondies, molles, indolentes et souvent pédiculées; une membrane mince les recouvre, et sur les muqueuses cette membrane peut être rouge ou violacée.

La marche de ces productions est lente; le plus ordinairement stationnaires, elles peuvent acquérir parfois un développement considérable (Azam, Verneuil) qui les a fait considérer comme des lipômes.

Quand ils se développent dans les muqueuses, les polyadénomes circonscrits prennent l'aspect de polypes qui entraînent l'apparition de phénomènes spéciaux selon leur siège; nous ne pouvons donc y insister ici.

Il est rare que les polyadénomes circonscrits deviennent ultérieurement diffus et s'ulcèrent, toutefois le fait s'observe surtout à la peau, où les tumeurs sont soumises à des irritations continuelles.

Les polyadénomes diffus primitifs sont très-rares, sauf ceux qui se développent dans la muqueuse utérine, toutefois on en a observé à la peau (Guersant) et dans la muqueuse buccale (Broca). Leur marche est rapide, envahissante en surface et en profondeur, d'où leur confusion avec l'épithéliôme (Broca); les polyadénomes diffus sudoripares et surtout ceux du col utérin offrent plus spécialement une marche comparable à celle de l'épithéliôme et même du carcinôme.

Le *diagnostic* des polyadénomes doit être fait selon que l'affection est cutanée ou muqueuse.

Dans le premier cas, il faut les différencier des papillômes et des épithéliômes, voire même des lipômes; ce qui est souvent très-difficile. Dans le second cas, on reconnaît l'existence d'un polype, puis la région où il s'est développé peut en faire préjuger la nature; c'est ainsi que les polypes multiples du rectum seraient presque toujours des polyadénomes.

Pronostic. — Ces tumeurs récidivent soit par continuation, soit par répullulation, soit enfin à distance, résultat explicable par l'admission d'une diathèse partielle (Broca). Dans quelques cas les polyadénomes donnent lieu à des engorgements ganglionnaires, mais c'est de l'épithéliôme qui apparaît dans les glandes lymphatiques. De même, lors de généralisation, celle-ci serait de nature cancéreuse,

aussi Broca cherche-t-il à prouver qu'il s'agit alors de coïncidence et non de généralisation véritable (?).

Traitement. — Les polyadénomes circonscrits de la peau doivent être respectés tant qu'ils ne s'accroissent pas; ce sont de vrais *noli me tangere*. Dès qu'ils ont de la tendance à devenir diffus, il faut les traiter comme les épithéliomes.

Quant au traitement des polyadénomes des muqueuses, il varie trop selon leur siège pour en donner ici une description générale; toutefois on peut dire que s'ils sont diffus, il faut les traiter comme des tumeurs malignes.

Remarques. — Telle que nous venons de la donner, la description des adénomes est loin d'être acceptée par tous les anatomo-pathologistes, et il résulte de leurs recherches que les tumeurs décrites sous le nom d'adénomes ou de monadénomes sont assez rares, tandis que la plupart des polyadénomes ne sont autres que des *épithéliomes tubulés*; assertion qui paraît des plus acceptables (Cornil et Ranvier).

Pour ces auteurs, les adénomes sont des tumeurs offrant la structure des glandes; ils correspondent exactement aux *hypertrophies glandulaires* de Lebert. L'adénome dérive toujours d'un tissu mère glandulaire; toutefois, dans quelques cas, la glande de nouvelle formation se trouve éloignée du sol maternel, ce qui paraît dû à des anomalies fœtales (Lücke).

Cornil et Ranvier divisent les adénomes en deux espèces: 1° les adénomes acineux et 2° les adénomes tubulés, contenant un épithélium cylindrique. Ces auteurs rejettent l'existence des adénomes tubulés contenant un épithélium pavimenteux, espèce admise par Verneuil et Broca à propos des glandes sudoripares, et rangée par eux dans les polyadénomes.

I. Aux *adénomes acineux* se rapportent: *a.* les adénomes de la mamelle, souvent confondus avec des fibrômes, des mixômes et des sarcômes (1); *b.* les adénomes de la glande lacrymale; *c.* ceux de la parotide; *d.* les hypertrophies glandulaires du voile du palais et du pharynx.

Le petit volume des tumeurs, l'absence de kystes lacunaires, l'existence de culs-de-sac bien nettement accusés sans tissu morbide interposé entre eux et présentant un épithélium pavimenteux très-régulier, tels sont les caractères de l'adénome acineux d'après Cornil

(1) Billroth décrit dans un même chapitre les adénomes et les adénosarcômes.

et Ranvier. La marche de ces tumeurs est très-lente et leur transformation en carcinôme serait hypothétique, fait cependant admis par beaucoup d'auteurs (Rindfleisch, Billroth, Lücke).

II. Les *adénomes tubulés* à cellules cylindriques, très-communs sur les muqueuses, y forment souvent des saillies polypeuses. La tumeur, molle, peu vasculaire, ne donne à la coupe qu'un liquide muqueux contenant des cellules rondes ou cylindriques. Sur des coupes on observe des tubes glandulaires offrant souvent des dilatations, des bifurcations ou des bourgeons latéraux se terminant en culs-de-sac. Tantôt il existe entre les tubes un stroma fibreux épais, tantôt ce dernier n'existe point. Un épithélium cylindrique, offrant des altérations colloïdes et un développement anormal, tapisse les tubes glandulaires; si bien que ceux-ci, coupés en travers, offrent une lumière centrale entourée d'une sorte de bordure de cellules cylindriques (Cornil et Ranvier). Les dilatations des tubes forment parfois des kystes remplis de substance colloïde.

Ces productions s'observent sur la muqueuse gastro-intestinale; dans l'estomac, dans l'utérus, ces hypertrophies s'unissent à des néoformations papillaires (Cornil et Ranvier). Les polypes du rectum, ceux de l'utérus qui ont été désignés sous le nom de polypes muqueux (Huguier), enfin quelques polypes du nez, appartiennent à cette catégorie d'adénomes; nous y reviendrons plus loin en étudiant ces diverses lésions.

BIBLIOGRAPHIE. — Abernethy, *An attempt to form a classification of tumours*, London, 1804. — A. Cooper, *Œuvres chirurgicales*, traduction française, 1837, p. 519 et suiv. — Velpeau, *Dictionnaire en 30 volumes*, art. MAMELLE, t. XIX, p. 59, 1839, et *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. IX, p. 360, 1844. — Cruveilhier, *Mémoire sur les corps fibreux de la mamelle*, in *Bulletin de l'Académie roy. de médecine*, t. IX, p. 330, 1844. — Lebert, *Physiologie pathologique*, t. II, p. 189, 1845, et *Anatomie pathologique générale et spéciale*, t. I, p. 102 et 111, 1857, — Führer d'Éna, *Zur morph. der Hautdrüsen*, in *Deutsche Klinik*, 1850, n° 20, s. 213. — Ch. Robin, *Note sur quelques hypertrophies glandulaires*, in *Gaz. des hôpiti.*, 1852, p. 41. — Paget, *Lect. on surg. pathol.*, t. II, p. 248, London, 1853. — Verneuil, *Mém. sur quelques mal. des gl. sudoripares*, in *Arch. gén. de méd.*, 5^e série, t. IV, p. 447, 693, 1854. — Follin, *Traité élém. de path. externe*, t. I, p. 190, 1861. — Broca, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article ADÉNOMES, t. I, p. 118, Paris, 1861. — H. Schwartz, *De adenomate*, *Dissert. inaug.*, Berol., 1865. — Billroth, *Aphorismen ü. Krebs u. Adenome*, in *Langenbeck's Arch.*, Bd. VII, s. 860, 1866. — Billroth, *Adénomes et adénosarcômes*, in *El. de path. ch. génér.* (tr. franç.), p. 740, 1868. — Broca, *Des adénomes*, in *Traité des tumeurs*, t. II, p. 398, Paris, 1869. — Lücke,

Die adenome, in *Handb. d. allg. u. spec. chir.* v. Pitha u. Billroth, Bd. II, A. 1, H. 2, s. 273, Erl., 1869 (Bibliog.). — J. Paget et C. H. Moore, *Glandular Tumours*, in *A System of Surgery*, by Holmes, vol. I, p. 539, London, 1870.

§ 12. — Tumeurs mélaniques.

Ces tumeurs ne doivent pas être confondues avec les *mélanoses*; celles-ci, en effet, sont des *imprégnations* des tissus par une matière colorante noire spéciale ou venant du sang (Ch. Robin).

Les *mélanoses* sont divisées en quatre classes par le professeur Ch. Robin :

1° Les *mélanoses* par introduction dans l'économie des poussières noires (tatouage);

2° Les *mélanoses* par formation dans l'économie de composés chimiques de couleur noire (abcès, trajets fistuleux anciens);

3° Les *mélanoses* hématisées, résultant des modifications subies par les matières colorantes du sang et de la bile;

Enfin 4° les *mélanoses mélaniques* ou *mélanoses proprement dites*, les seules qui doivent attirer notre attention.

La *mélanose mélanique* est caractérisée par la production de granules de mélanine ou mélaïne dans l'épaisseur ou dans les interstices des éléments anatomiques des tissus normaux ou accidentellement développés (Ch. Robin).

Il résulte de cette définition que la *mélanose proprement dite* ne forme pas fatalement une tumeur, mais on conçoit que dans certains cas il en soit autrement.

Laënnec, étudiant plus spécialement cette *mélanose proprement dite*, la considérait comme une production accidentelle *sui generis*, qui pouvait être enkystée ou non, infiltrée ou en lames.

Plus tard, avons-nous dit, on constata que cette *mélanose* résultait d'une production de granulations pigmentaires dans les éléments des tissus soit physiologiques, soit pathologiques; de là l'existence possible de *tumeurs mélaniques simples*, c'est-à-dire résultant d'une accumulation anormale de pigment dans des tissus normaux, et aussi la production de *tumeurs mélaniques pathologiques* ou mieux *composées*, tenant à l'existence du pigment dans les éléments d'un néoplasme comme le fibrôme, le sarcome et le carcinôme.

Ajoutons de suite que ces dernières variétés de tumeurs ont été déjà décrites aux chapitres consacrés à l'étude du sarcome et du carcinôme.

Quant aux fibrômes mélaniques observés chez les animaux et plus

particulièrement chez le cheval, leur existence est jusqu'à un certain point contestable chez l'homme; au moins Virchow les range-t-il parmi les sarcomes, alors que Billroth et un peu Lücke semblent les regarder comme des fibrômes. Toujours est-il que ces productions appartiennent surtout à la peau et y constituent les *taches pigmentaires congénitales*.

Il ne nous reste donc à examiner ici que les tumeurs mélaniques simples, véritables *mélanômes*. Ces productions sont loin d'être admises par tous les anatomo-pathologistes, et après Virchow, la plupart des auteurs ne comprennent sous le nom de *mélanômes* que des sarcomes ou des carcinômes mélaniques (Lücke, Billroth, etc.). Seuls Cornil et Ranvier les décrivent sous le nom de *masses mélaniques* simples, circonscrites sous forme de tumeurs.

Dans ces cas, les granulations pigmentaires mélaniques s'accumulent non plus dans des cellules de nouvelle formation, mais dans des éléments normaux préexistants. Ces éléments ne tardent pas à être altérés, et, par suite de l'accumulation constante du pigment, le tissu physiologique est détruit et remplacé « par un nodule ou une tumeur ramollie à son centre » (Cornil et Ranvier).

Ces productions morbides se distinguent des *nævi* pigmentaires cutanés et de la pigmentation des centres nerveux par leur marche envahissante, destructive, et surtout par leur généralisation dans tous les tissus et organes. En un mot, elles affectent la marche clinique des productions les plus malignes (Cornil et Ranvier).

Ces tumeurs sont très-rares, puisque Cornil et Ranvier n'en ont observé qu'un seul cas (obs. de Landrieux), auquel il faudrait ajouter le fait publié par Dubreuil et Lancereaux (?).

Notons en terminant que si les tumeurs mélaniques simples, telle que nous venons de les décrire d'après Cornil et Ranvier, se généralisent en infiltrant de matière mélanique la plupart des tissus et des organes, il peut en être de même pour certaines tumeurs mélaniques composées, c'est-à-dire formées de tissu pathologique pigmenté. Cette généralisation s'observerait jusque dans le tissu nerveux central, dans les glandes, et surtout dans les os, où le tissu propre est raréfié, et les granules pigmentaires sont libres ou inclus dans les éléments normaux de l'os et de la moelle (Ch. Robin).

L'apparition de pigment dans les éléments du tissu conjonctif, dans les épithéliums, dans les faisceaux musculaires, démontrerait, pour Cornil et Ranvier, que le pigment ne vient pas directement de la matière colorante du sang. Telle n'est pas l'opinion de Virchow, de Rindfleisch et surtout de Nepveu, qui aurait observé des granulations pigmentaires dans les globules blancs du sang, dans le sérum et dans l'urine.