

dans la collection purulente, procédé imaginé par Verneuil et qui n'en est plus à faire ses preuves. La poche doit être évacuée de la matière qu'elle contient; l'appareil aspirateur de Dieulafoy et de Potain y suffit; lorsque la cavité est vide, on y fait pénétrer une quantité variable d'éther iodoformé. Si la poche est petite, on injecte quelques grammes d'une solution à 10 d'iodoforme pour 100 d'éther; si la poche est volumineuse, comme dans les abcès par congestion de la racine de la cuisse, on ne craint pas de la distendre avec 40, 60, 100 grammes d'une solution à 5 pour 100. On n'a guère signalé d'intoxication grave, et souvent la guérison survient après une, deux ou trois injections.

Le traitement chirurgical doit toujours marcher de pair avec le traitement médical. Lui seul peut donner des succès durables. L'abcès n'est qu'une manifestation d'une diathèse qu'il faut atteindre sous peine de voir de nouveaux accidents apparaître. Une bonne hygiène, un bon climat, les bains salés, la mer, Salies-de-Béarn, l'exercice au grand air, les frictions sèches, l'iodure de potassium, le fer, le quinquina et tous les amers, l'huile de foie de morue à haute dose — il faut sans relâche et longuement recourir à tous ces moyens dont une vieille expérience a prouvé l'efficacité.

CHAPITRE V

TUMEURS

Les anciens chirurgiens appelaient *tumeur* « tout ce qui est gros », et, dans le langage clinique courant, ce mot désigne encore les saillies anormales et les gonflements. Depuis la vulgarisation des recherches histologiques, on réclame une définition plus précise; celle que proposent Cornil et Ranvier est généralement adoptée en France, et toute masse constituée par un tissu de formation nouvelle, en un mot, — *tout néoplasme ayant de la tendance à persister ou à s'accroître, est une tumeur*. On écarte ainsi les épanchements de toute nature, les rétentions de produits de sécrétion qui ne sont pas

« de formation nouvelle », puis les néoplasmes inflammatoires qui n'ont aucune tendance « à persister ou à s'accroître ».

Classification. — On a, dès l'origine de la chirurgie, distingué deux grandes espèces de tumeurs: les tumeurs *bénignes*, locales et qui ne gênent que par leur volume ou les troubles mécaniques qu'elles apportent au libre fonctionnement des organes; les tumeurs *malignes*, qui progressent rapidement, s'ulcèrent, donnent lieu à des hémorrhagies, à des engorgements ganglionnaires, et qui récidivent et se généralisent. Bien qu'il y ait entre ces deux classes tous les intermédiaires, et qu'on ne sache à laquelle des deux attribuer certains néoplasmes tantôt bénins, tantôt malins, cette vieille division est peut-être encore la meilleure que possède la clinique.

Broca, dans son magnifique *Traité des tumeurs*, modifie la classification de Lebert, et admet les tumeurs *homœomorphes* ou constituées par des éléments anatomiques semblables à ceux que contiennent les tissus normaux; les tumeurs *hétéromorphes*, formées d'éléments qui n'ont pas leur analogue dans l'économie. Les premières, les tumeurs homœomorphes, sont *homologues* lorsqu'elles se développent au milieu de tissus formés d'éléments identiques à ceux qui constituent la tumeur elle-même; les lipomes des couches graisseuses sous-cutanées, les exostoses ou tumeurs osseuses des os, sont des tumeurs homœomorphes homologues. Elles sont homœomorphes *hétérologues* lorsque leurs éléments, bien qu'ayant leur type dans l'organisme, sont différents de ceux des tissus au milieu desquels elles se sont développées. Les lipomes intramusculaires, les ostéomes des muqueuses sont des tumeurs homœomorphes hétérologues.

Ces tumeurs, d'après Broca, se développeraient dans des « blastèmes », substance où prendraient naissance les éléments anatomiques et dont la composition varierait avec le genre des tumeurs. Celles-ci seraient d'autant plus dangereuses qu'elles sont plus différentes des tissus au milieu desquels elles apparaissent, et l'on aurait, par ordre ascendant de malignité, les tumeurs homœomorphes homologues, les tumeurs homœomorphes hétérologues, et les tumeurs hétéromorphes. Une même tumeur serait plus grave lorsqu'elle est hétérologue que lorsqu'elle est homologue.

Cette classification, d'une simplicité séduisante et qui serait à la fois clinique et anatomique, ne tient pas devant les faits; les tumeurs hétéromorphes, constituées par des éléments sans analogues dans

l'économie, n'existent pas, et l'on admet, selon la loi promulguée par Muller, que *les éléments d'une tumeur ont toujours leur type dans l'organisme complètement développé ou à l'état embryonnaire*; le corpuscule tuberculeux, la cellule cancéreuse ne sont nullement, comme le voulait Lebert, des éléments caractéristiques du tubercule et du cancer. L'existence des blastèmes n'est pas mieux prouvée, et Virchow a démontré que *toute tumeur se développe par prolifération de cellules préexistant dans l'organisme*. Il ajoute même que ces cellules sont toujours celles du tissu conjonctif, mais ce dernier membre de la proposition de Virchow n'a pas été accepté, et l'on sait que les cellules épithéliales, entre autres, peuvent donner naissance à des néoplasmes.

La division de Cornil et Ranvier n'a aucune prétention clinique; elle s'appuie seulement sur l'histologie, et sa simplicité est grande. Comme toute tumeur est constituée par des éléments semblables à ceux qui se trouvent dans l'organisme, embryonnaire ou adulte, ces auteurs rattachent les différentes tumeurs aux tissus dont elles dérivent; le groupement devient alors facile: autant de tissus, autant de genres, et la dénomination de chaque tumeur s'impose à l'avance; on ajoute la désinence *ome* au radical formé par le nom du tissu normal; de là les termes d'épithéliome, d'ostéome, de lipome, de névrome, d'angiome.

On s'efforce maintenant de dresser une classification naturelle des tumeurs d'après le développement primitif des tissus; dans l'œuf, les cellules du blastoderme se groupent d'abord en deux couches: l'externe, ectoderme ou épiblaste, et l'interne, endoderme ou hypoblaste; puis, entre ces deux feuillets, en naît une troisième, feuillet moyen, mésoderme ou mésoplaste, qui se clive et forme la fente pleuro-péritonéale sur les bords de laquelle apparaît l'éminence germinative, matrice des épithéliums génitaux. De chacun de ces feuillets dérivent tous les tissus: l'épiderme, le système nerveux, les organes des sens de l'ectoderme; de l'endoderme, l'épithélium intestinal et ses glandes; enfin du mésoderme, le squelette, les muscles et les vaisseaux.

D'après la théorie des « trois feuillets », les tumeurs se diviseraient en deux groupes dont l'un renfermerait les néoplasmes nés du mésoderme, lipomes, myomes, fibromes, ostéomes, enchondromes, angiomes, et l'autre, les néoplasmes dérivés de l'ectoderme et de

l'endoderme, les carcinomes et les épithéliomes. Mais une objection fondamentale se dresse: le feuillet moyen aussi bien que l'externe et que l'interne contient des éléments épithéliaux. Admettra-t-on deux genres d'épithéliomes? et ceux de l'épiblaste et de l'hypoblaste différencieraient-ils, par exemple, de ceux de l'ovaire né du mésoblaste et de son éminence germinative? Et puis, il est loin d'être démontré que le mésoderme a une autre origine que les feuillets externes ou internes; il semble, au contraire, qu'il dérive, soit de l'ectoderme, soit plutôt de l'endoderme, et la spécificité des trois feuillets n'est guère admise.

Si les trois feuillets ont même origine, en découle-t-il que leurs éléments soient « indifférents » ou « neutres », qu'ils puissent se transformer et donner naissance aussi bien à des épithéliums qu'à du tissu conjonctif? L'espèce cellulaire ne serait-elle pas fixe? Virchow admet que, de la cellule conjonctive, dérivent tous les tissus normaux ou morbides. Conheim confie ce rôle au globule blanc. Faut-il, au contraire, penser que, d'un élément anatomique, ne peut naître qu'un élément analogue et que tout tissu ou « toute tumeur tire son origine d'un groupe cellulaire de même type de l'organisme normal? » Il est probable que cette dernière opinion est la vraie et que, en tous cas, les tissus épithéliaux et les tissus conjonctifs ou leurs dérivés pathologiques se transforment les uns dans les autres. A cette conclusion se rallie Quénu dans l'article TUMEURS de notre *Traité de chirurgie*.

Nous admettons avec lui deux groupes principaux, l'un épithélial, l'autre vasculo-consécutif; puis, en dehors de ces deux groupes, deux tissus très différenciés, le tissu nerveux et le tissu musculaire; un cinquième groupe renferme les tumeurs complexes ou tératoïdes.

<i>Tumeurs du type épithélial</i>	{ Adénomes. Épithéliomes. Carcinomes.
<i>Tumeurs du type vasculo-connectif</i>	{ Sarcomes. Myxomes. Fibromes. Lipomes. Endothéliomes. Chondromes. Ostéomes. Lymphadénomes.

<i>Tumeurs du type musculaire.</i>	Myomes	{ à fibres striées. à fibres lisses.
<i>Tumeurs du type nerveux.</i>		{ Gliomes. Névromes adultes.
<i>Tumeurs complexes.</i>		{ Kystes dermoïdes. Tumeurs kystiques. Tumeurs solides.

Sur quel sol ces tumeurs prennent-elles naissance? On admet que l'organisme générateur est atteint d'une diathèse, « la diathèse néoplasique », qui, pour Verneuil, se confond avec l'arthritisme. La parenté, la filiation des diverses tumeurs bénignes est connue : souvent, dit Ricard, ces tumeurs coexistent et souvent elles se transforment l'une dans l'autre; le fibrome s'infiltré de graisse, le lipome est envahi par le tissu conjonctif, le kyste sébacé devient fibreux; différents tissus se combinent et se succèdent sur un même individu. D'autre part, les néoplasmes bénins et les néoplasmes malins coexistent parfois chez un même sujet; une tumeur maligne peut succéder à une tumeur bénigne, soit dans le même organe, soit dans son congénère, soit dans une autre région; une tumeur bénigne peut se transformer en une tumeur maligne : la même tumeur peut être à la fois bénigne pour certains tissus et maligne pour d'autres; enfin, des néoplasmes, différents par leur structure et leur gravité, peuvent coexister ou se succéder chez plusieurs membres d'une même famille. Toutes ces raisons ne militent-elles pas en faveur d'une diathèse néoplasique dont les effets sont variables, mais qui reste unique dans son essence?

Rien ne serait plus stérile qu'une étude générale des tumeurs. Comment réunir en une même description des néoplasmes d'origine et surtout de marche aussi différentes? Certains points, cependant, réclament quelques explications : on a longtemps discuté l'influence des traumatismes sur le développement des tumeurs. Acceptée par les uns, niée par les autres, on ne savait à qui entendre. Aujourd'hui, une observation exacte a démontré que les violences extérieures sont une des causes les moins contestables de l'apparition des tumeurs, non sans doute qu'elles les créent de toutes pièces, mais, chez les individus prédisposés héréditairement ou par suite d'une diathèse acquise, le traumatisme altère les tissus et constitue un lieu de moindre résistance où s'édifiera la production morbide; on

ne compte plus les faits où un coup a provoqué un cancer chez un arthritique, un abcès froid chez un tuberculeux, une gomme chez un syphilitique. Ajoutons que, dans les maladies virulentes, — et qui sait si les néoplasmes ne sont pas d'origine parasitaire? — il y a souvent une véritable auto-inoculation; les germes roulés avec le sang s'échappent, grâce à la rupture des vaisseaux; ils pénètrent dans les tissus et deviennent le centre d'une colonie de microbes.

Le traumatisme peut avoir une autre influence : les expériences de Masse, les recherches de Gross prouvent que certaines tumeurs épithéliales de l'iris et des doigts ont, comme origine, des éléments épidermiques refoulés dans la profondeur du derme par une violence extérieure; ces cellules s'implantent en un point, s'y greffent et deviennent, par leur développement, un véritable néoplasme. Un traumatisme ne serait pas toujours nécessaire pour provoquer cette inclusion hétérotopique, et, dans la période embryonnaire, pendant l'évolution fœtale même, des amas de cellules d'un des feuillet primitifs s'enkystent parfois au milieu de certains tissus où elles peuvent rester un long temps silencieuses; puis tout à coup, à l'occasion de quelque trouble local ou général, ces éléments embryonnaires entrent en activité, se développent et une tumeur prend naissance. Cette théorie se généralisera-t-elle, comme le veut Conheim dont les adeptes sont nombreux? En tout cas, elle paraît « bien fondée pour expliquer la formation des kystes dermoïdes, et des tumeurs perlées de l'iris et des doigts. »

La transformation d'une tumeur en une autre tumeur, d'un néoplasme bénin en un néoplasme malin a été contestée; cependant la clinique a résolu ce problème. On a vu de petits adénomes du sein, des noyaux fibreux déposés dans la mamelle, depuis quinze, vingt ou trente ans, prendre tout à coup, à l'âge de la ménopause, sous l'influence d'un traumatisme, un rapide développement et marcher avec les allures d'un carcinome. Dans les leucoplasies de la bouche, naissent sur les plaques hyperplasiées des épithéliomas. Des papillomes, des angiomes, des kystes sébacés, voire les bourgeons charnus des vieux ulcères, se sont changés en cancroïdes : il n'est pas de clinicien qui n'en ait observé des exemples.

Un point remarquable est la différence de gravité que présentent certaines tumeurs suivant le siège qu'elles occupent. Peut-on comparer, comme rapidité d'évolution, le cancroïde de la face et celui de

la langue? L'un peut rester stationnaire des années, tandis que l'autre s'accroît comme le pire des cancers. Les tumeurs mixtes de la parotide sont relativement bénignes, tandis que ces mêmes tumeurs deviennent, dans le testicule, d'une redoutable malignité. Les épithéliomas tubulés, si envahissants au niveau du col de l'utérus, ne se développent qu'avec lenteur lorsqu'ils ont pris naissance sur la muqueuse de la vessie.

Les tumeurs reparaissent souvent après leur ablation, et cette *récidive* ne se fait pas toujours de la même manière. Tantôt le néoplasme a été incomplètement enlevé : il reste en un coin de la plaie un noyau invisible qui s'accroîtra; la tumeur sera reconstituée; c'est la récidive par *continuation*; tantôt la tumeur renaît sur place lorsque l'opérateur espère avoir pratiqué une extirpation totale; mais, quelque large qu'ait été l'incision, il est difficile d'affirmer que des traînées de tissu morbide, insinuées loin du foyer principal, n'ont pas échappé au bistouri; c'est au niveau des ganglions où se rendent les lymphatiques du néoplasme que la repullation a lieu. Enfin il est des cas où des tumeurs de même texture se montrent à la fois dans plusieurs organes, sans qu'on puisse invoquer entre elles le moindre lien vasculaire; il n'y a pas eu irradiation, transport; il s'agit d'une véritable infection par altération des solides ou des humeurs, et c'est là ce qu'on nomme la *généralisation* des tumeurs.

Cette généralisation est-elle due à ce que les tumeurs secondaires ne seraient que des colonies essaimées de la tumeur primitive, véritable foyer de productions parasitaires? En un mot, la plupart des néoplasmes peuvent-ils, comme l'actinomycose, être assimilés aux maladies virulentes, à la tuberculose, par exemple, dont chaque manifestation est due à la présence et à la prolifération du bacille? C'est là une hypothèse controversée, et les « coccidies » admises par les uns, sont niées par les autres. La question est à l'étude, et peut-être la solution est-elle prochaine.

I

TUMEURS ÉPITHÉLIALES

On nomme *tumeur épithéliale* tout néoplasme né d'un épithélium et composé d'épithéliums.

Il en existe trois grandes variétés : l'*adénome*, dû à une invagination épithéliale qui refoule devant elle le tissu conjonctif et s'y développe en une production assez régulière analogue à une glande; l'*épithéliome*, dont les masses épithéliales n'ont aucune forme définie; enfin le *carcinome*, dont les cellules d'origine épithéliale restent embryonnaires et, comme elles n'ont pas le caractère des éléments épithéliaux adultes, on les nomme épithélioïdes et *métatypiques*; leurs amas sont infiltrés dans les faisceaux conjonctifs qui leur constituent une trame alvéolaire considérée par nombre d'auteurs comme la marque essentielle du carcinome.

1° ADÉNOMES

On nomme *adénomes* des néoplasmes semblables à des glandes, et développées au niveau des glandes.

Leur histoire se trouve liée à celle des tumeurs du sein. A. Cooper, le premier, sépara ces tumeurs en deux groupes : les tumeurs mammaires chroniques ou tumeurs bénignes, et les cancers. Velpeau accepta cette division, mais, pour lui, les tumeurs mammaires chroniques devinrent des tumeurs *fibrineuses*; il s'imaginait qu'elles naissent de la fibrine épanchée des vaisseaux après les traumatismes. En 1844, Cruveilhier étudia ces tumeurs qu'il appelle *fibreuse*s. Lebert trouve des culs-de-sac glandulaires au milieu de ces néoplasmes, et la démonstration est si péremptoire que Velpeau débaptise ses tumeurs fibrineuses pour leur donner le nom d'*adénoïdes*. Broca s'empare du sujet, le synthétise, et donne un tableau d'ensemble des tumeurs à structure glandulaire qui peuvent affecter, non la seule mamelle, mais les divers tissus et les divers organes; il les appelle des adénomes.

Mais tandis que Lebert, Verneuil et Broca considèrent les adénomes comme fréquents, Virchow, Billroth, Lucke, Ranvier et Cornil les regardent comme rares : pour eux, les tumeurs décrites sous le nom d'adénomes ne sont que des fibromes, des myxomes, des sarcomes, des épithéliomas, des carcinomes même, dont on méconnaît la véritable structure. Ces néoplasmes, au milieu des glandes, dans la mamelle par exemple, ont la propriété de provoquer un travail spécial de prolifération : les culs-de-sac s'agran-

dissent, se atent, naissent de toutes pièces au voisinage des anciens; mais ce développement ne saurait se faire en tissu normal; c'est dans une gangue fibreuse, myxomateuse, épithéliomateuse ou sarcomateuse que les acini nouveaux apparaissent; à telles enseignes que si l'on enlève le prétendu adénome, il récidive sous la forme du tissu morbide qui lui servait de support, fibrome, myxome, épithélioma ou sarcome.

Les vrais adénomes, d'après Virchow, Billroth, Coyne, Cornil et Ranvier, Malassez, seraient donc infiniment rares; on aurait cependant constaté un certain nombre d'exemples de tumeurs constituées par la multiplication et l'hypertrophie des culs-de-sac glandulaires. Cornil et Ranvier distinguent deux espèces d'adénomes: les *acineux* et les *tubuleux*; les premiers se rencontreraient dans le sein, la parotide, les glandes lacrymales accessoires de Rosenmüller, le voile du palais; leur structure serait celle des lobes et des lobules des glandes en grappe. Les seconds sont constitués par des tubes dilatés, bifurqués en diverticules latéraux, mais toujours tapissés par un épithélium cylindrique. Ceux-ci siègent dans l'estomac, l'intestin, l'utérus, le rectum, les fosses nasales où on les a confondus avec les myxomes. Broca les divise en *mono-adénomes* et en *polyadénomes* ou adénomes *multiglandulaires*. Nous allons donner un bref résumé des chapitres qu'il leur consacre dans son *Traité des tumeurs*.

a. — MONO-ADÉNOMES

Les *mono-adénomes* ou adénomes proprement dits ne se rencontrent que dans les glandes en grappe. Ils naissent, en général, d'un seul lobule si la glande en contient plusieurs, et envahissent l'organe entier lorsque la glande est simple. On les trouve dans la mamelle, dans la parotide, où Lebert les a vus en 1857; dans la prostate, comme l'a montré Rokitanski; dans les glandes labiales, selon Paget; dans les glandes lacrymales, selon Lebert et Chassaignac. Ils revêtent deux types, suivant que l'hypertrophie et l'hyperplasie portent sur les culs-de-sac ou sur le stroma fibreux. Dans le premier cas, on aura les adénomes avec prédominance des acini, et, dans le deuxième, les adénomes avec prédominance du stroma.

Le premier type, les *adénomes avec prédominance des acini*, sont

des tumeurs arrondies, ovoïdes, légèrement bosselées, entourées d'une capsule fibreuse qui leur permet de glisser au milieu des tissus environnants; il existerait même une bourse séreuse sur laquelle ont insisté Massot et Verneuil. La consistance de l'adénome est ferme, élastique, sa couleur est d'un blanc grisâtre, un peu rosé; il crie sous le scalpel et sa surface est grenue. On peut y trouver plusieurs lobes unis par du tissu fibreux. Au microscope, on constate l'existence de culs-de-sac anciens, hypertrophiés, deux ou trois fois plus volumineux que les culs-de-sac normaux. Mais la tumeur ne doit à cette hypertrophie qu'une faible partie de son volume: la plus grande provient de la multiplication des culs-de-sac formés par protrusion diverticulaire des parties latérales des acini; le néoplasme grossit par l'adjonction de ces cæcums nouveaux.

On trouve souvent des kystes dans ces tumeurs. Lebert, Verneuil et Massot ont décrit des kystes *lacunaires* développés entre les lobules ou autour du néoplasme; Coyne ne les a pas observés et Broca les croit rares; on ne rencontrerait ces sortes d'hygromas que dans la séreuse rétro-mammaire. D'autres se développent dans les culs-de-sac oblitérés; une sécrétion plus ou moins active distend la cavité dont les parois prolifèrent en bourgeons considérables. Ce seraient les kystes *prolifères* de Paget. Quoi qu'on en ait dit, les kystes naissent de la glande; on a pu hésiter parfois, à cause du siège de la tumeur située aux limites ou en dehors de la masse glandulaire; mais, par des dissections attentives, Verneuil et Broca ont toujours isolé un pédicule unissant à la glande ces adénomes excentriques.

Le second type, les *adénomes avec prédominance du stroma*, correspond aux tumeurs fibreuses de Cruveilhier. Ils sont durs, blancs, nacrés comme les tendons, moins friables que les précédents, criant sous le scalpel; sur une coupe ils semblent formés d'un grand nombre de petits pelotons dont les fibres affectent une disposition concentrique et dont le centre devient saillant; lorsque le tissu est très serré, ces détails échappent, et la tumeur paraît fibro-cartilagineuse. A peine si l'on rencontre quelques culs-de-sac glandulaires atrophiés; cependant, sur certains points, ils paraissent plus abondants. Les kystes et les lacunes font défaut. Tous les degrés intermédiaires existent entre les deux types fondamentaux qu'on vient de décrire.

Ces tumeurs apparaissent surtout chez les jeunes : de vingt à quarante ans, elles atteignent leur plus grande fréquence. Les adénomes de la mamelle ne se trouvent que chez la femme, et les observations sur lesquelles on s'appuie pour admettre leur développement chez l'homme sont douteuses. Ceux de la parotide sont des deux sexes, et ceux des glandes palatines aussi. Quelques cas sembleraient prouver l'influence de l'hérédité. Leur pronostic est peu grave : ce sont des tumeurs bénignes, mais le groupe des adénomes est arbitraire et réunit, sous un nom commun, des néoplasmes différents, fibromes, épithéliomas, sarcomes, myxomes; or, si certains ne présentent aucun danger, il en est d'autres qui récidivent et se généralisent, et nous avons vu, dans le service de Broca, des tumeurs diagnostiquées adénomes et presque guéries par la compression, qui tout à coup prenaient les allures d'un cancer.

b. — POLYADÉNOMES

Les *polyadénomes* ou *adénomes multiglandulaires* sont constitués par l'hypertrophie, en un point de l'organisme, d'un grand nombre de glandules de même nature.

Leur étude est de date récente : en 1843, Fuhrer, d'Iéna, montra que certaines tumeurs du sillon naso-labial sont une hypertrophie des glandes sudoripares. En 1852, Robin publia un mémoire sur des néoplasmes semblables de la muqueuse utérine, les uns circonscrits, en forme de polypes, les autres diffus et ulcérés comme les cancers. En 1854, les recherches de Verneuil prouvent que les hypertrophies des glandes sudoripares sont tantôt circonscrites, tantôt diffuses, et que, dans ce dernier cas, la tumeur a des allures de cancéroïde. Broca trouve des altérations analogues dans les glandes sébacées, dans les muqueuses stomacale et intestinale, dans l'urèthre de la femme et sur la caroncule lacrymale; il systématise la question, et fait prévaloir le nom de *polyadénome*. Enfin viennent les travaux contemporains qui détruisent en partie ce travail de synthèse, et attribuent aux épithéliomas beaucoup des anciens polyadénomes.

Ces tumeurs se rencontrent dans les petites glandes en grappe, et surtout dans les glandes en tubes; les plus fréquentes sont celles de la peau qui se développent aux dépens des glandes sudoripares et des glandes sébacées; on en observe aussi sur les glandes lacrymales

accessoires de Rosenmüller, dans la muqueuse des lèvres, du voile du palais, de l'estomac, de l'intestin grêle, au rectum, dans l'urèthre de la femme, à la vulve, sur la muqueuse utérine. Dans un cas d'Huguier, on trouva, sur la face dorsale d'un doigt, une végétation sudoripare séparée, par une aponévrose intacte, de glandules sudoripares semblables à celles des téguments, et développées autour du tendon et dans l'épaisseur du périoste, en des points où les glandes sudoripares n'existent pas. La division en polyadénome des glandes en tubes et polyadénome des glandes en grappe est sans importance; il n'en est pas de même de la distinction en forme *diffuse* et en forme *circonscrite*; celle-ci est bénigne, celle-là présente souvent, surtout au niveau des muqueuses, une certaine gravité; d'une manière générale, tous les cas de forme diffuse appartiennent au genre épithélioma.

Les polyadénomes sont mous, friables, blanchâtres, à surface grenue; ils sont constitués par des glandes hypertrophiées, tapissées par un épithélium normal qui s'accumule et distend les culs-de-sac. Dans un stade plus avancé, les glandes, volumineuses, présentent des diverticules en doigts de gant qui les font ressembler aux glandes en grappe; les cavités se sont multipliées par protrusion, et ce mécanisme s'observe aussi bien pour les glandes en tubes que pour les glandes en grappe; dans les glandes sébacées, on compte plusieurs centaines de culs-de-sac; les glandes utérines n'offrent pas ces diverticules latéraux, le tube unique se divise et se subdivise. Mais rien n'est moins démontré que ce mode de développement, et beaucoup inclinent à penser que les cancéroïdes « sudoripares » n'ont pas pour origine les glandes de la sueur.

Lorsque le néoplasme devient diffus, les parois se distendent, s'amincissent, s'érodent; les cellules épithéliales font irruption dans les tissus ambiants et prennent l'aspect du cancéroïde le plus net; certains auteurs auraient même trouvé des globes épidermiques au fond de quelques culs-de-sac. Ils s'ulcèrent, tandis que les polyadénomes circonscrits restent stationnaires; ils sont presque toujours saillants, pédiculés, multiples parfois. A la peau, on les a désignés sous le nom de *tétines de rat*. Ils sont alors allongés, un peu pointus ou arrondis, du volume d'un pois, d'un haricot, d'une noisette. Mais ils peuvent avoir des dimensions plus considérables et former des tumeurs sessiles, hémisphériques, sans changement de couleur de la

peau qu'ils soulèvent; leur consistance est nulle, leur accroissement lent; ils sont indolores; aussi, dans le polyadénome sudoripare observé par Azam et dans celui décrit par Verneuil, on crut avoir affaire à de volumineux lipomes.

Les polyadénomes circonscrits des muqueuses revêtent souvent l'aspect d'un polype; parfois ils passent inaperçus; ceux de l'estomac et de l'intestin ne sont reconnus qu'à l'autopsie; peut-être quelques-uns d'entre eux ont-ils provoqué des étranglements internes. Au voile du palais, à l'utérus, au rectum, il est facile de les voir et de les atteindre; ceux de ce dernier organe ont pu être confondus avec des hémorroïdes ou un prolapsus. Dans les fosses nasales, ils sont circonscrits au début; ils récidivent quelquefois après une première ablation, et, dans un cas de Robin, les tumeurs secondaires apparues dans le sphénoïde et l'éthmoïde, ont pris la forme diffuse et envahi la cavité crânienne.

Une tumeur circonscrite peut devenir diffuse sous l'influence d'irritations intempestives, d'ablation incomplète; elle affecte un développement ou lent ou rapide, mais ne reste plus stationnaire; elle s'ulcère et sa surface se creuse ou se recouvre de végétations; les ganglions ne s'engorgent pas; pourtant, à cette règle, il y a des exceptions assez nombreuses, et les polyadénomes diffus des muqueuses prennent la marche des tumeurs malignes; ils récidivent lorsqu'on les enlève, et peut-être se généralisent. Ces tumeurs doivent être traitées avec précaution; lorsqu'elles sont circonscrites en un point où les causes d'irritation sont rares, il faut les respecter; elles rentrent dans la classe des anciens *noli me tangere*, mais, pour peu qu'elles soient exposées à des traumatismes, on les enlève.

2^e ÉPITHÉLIOMAS

On nomme *épithéliomas* des tumeurs nées d'un épithélium et constituées par du tissu épithélial en masses irrégulières et qui n'affectent jamais la forme d'organes définis.

Bien qu'au siècle dernier on eût signalé la marche spéciale de certains cancers de la peau, la distinction entre les tumeurs épithéliales et les carcinomes date de l'école micrographique; Lebert, dans ses recherches, se sert surtout du mot *cancroïde* qu'il emprunte aux anciens auteurs, mais dont il donne l'exacte signification;

en 1852, Hannover emploie le terme d'*épithélioma*; les mémoires de Paget, de Robin, de Verneuil, de Broca jettent un jour nouveau sur ce sujet, étudié par Heurtaux dans sa thèse de 1860. Les travaux de Waldeyer, ceux de Malassez et de Lancereaux, ont prouvé l'origine épithéliale du cancroïde et sa parenté étroite avec le carcinome.

Anatomie pathologique et variétés. — L'épithélioma renferme deux espèces : l'épithélioma *pavimenteux* et l'épithélioma *cylindrique*; le premier se subdivise en épithélioma *lobulé*, *perlé* et *tubulé*. L'épithélioma cylindrique n'a pas de variétés.

L'épithélioma *pavimenteux lobulé* est une tumeur blanchâtre, rarement rosée, sèche, d'aspect granuleux, criant sous le scalpel, à déchirure facile, d'où le nom de *cancer friable*; elle ne donne pas de suc laiteux au raclage, mais, par la pression, on fait sourdre de petits filaments semblables à des vers. Deux parties distinctes la composent : le stroma et les lobules. Le *stroma*, dont les limites sont peu précises et qui se continue avec les tissus voisins, entoure l'épithélioma et envoie des cloisons qui séparent les lobules; il est constitué par du tissu fibreux que les vaisseaux sanguins et lymphatiques parcourent jusqu'à la périphérie des lobules, qu'ils ne pénètrent pas. Sa trame n'est pas toujours résistante; elle peut renfermer du tissu muqueux, des éléments embryonnaires d'un grave pronostic : la marche de l'épithélioma s'en accélère souvent; il n'est pas exceptionnel de rencontrer des kystes au milieu du stroma.

Les *lobules* sont formés par des cellules d'aspect variable qui, dit Quénu, reproduisent, de la périphérie au centre, l'évolution des cellules du corps de Malpighi; on trouvera donc, tout à fait à la périphérie, des cellules cylindriques, puis des cellules dentelées, puis la couche granuleuse ou *stratum granulosum*, et enfin la couche cornée représentée par les globes épidermiques. La couche granuleuse est plus épaisse que dans l'épiderme normal, et ses cellules renferment des gouttelettes d'éléidine plus volumineuses et plus nombreuses. Parfois les éléments se ramollissent au centre et deviennent muqueux ou colloïdes; de là deux variétés, l'épithélioma *corné* et l'épithélioma *muqueux*.

La tumeur peut naître de diverses façons; elle apparaît dans le corps muqueux de Malpighi, par prolifération des cellules profondes