

valle de trois à quatre jours, on monte de 5, à 10, à 15, à 25, à 55, à 40, à 50 gouttes. On s'arrête lorsque les accidents d'intoxication sont trop vifs, pour reprendre bientôt, et la médication est soutenue pendant plusieurs mois. Les injections interstitielles se font aussi avec la liqueur de Fowler, que l'on dédouble souvent en l'étendant d'une égale quantité d'eau distillée; on injecte, avec la seringue de Pravaz, de 2 à 20 gouttes de cette solution. Si l'on commence par de faibles doses, c'est pour éviter la suppuration que provoquerait une injection massive.

Nous avons institué ce traitement chez six malades; nous avons administré jusqu'à 60 gouttes de liqueur de Fowler à l'intérieur, jusqu'à 20 et 50 gouttes de solution dédoublée en injection intraganglionnaire; nous avons provoqué chez nos malades des accidents sérieux d'intoxication, fièvre, tuméfaction des tumeurs, douleurs intenses, diarrhée profuse, rougeur des pommettes, amaigrissement notable, mais nous n'osons mettre à l'actif de la méthode un seul succès: un de nos malades a bien guéri, mais s'agissait-il d'un vrai lymphadénome? Verneuil avait cru à une dégénérescence sous la dépendance d'un cancer ignoré de l'œsophage, et Millard à un engorgement tuberculeux. Ne s'agissait-il pas, comme le pense Brissaud, d'une adénite rhumatismale? En tout cas, de mes cinq autres malades deux sont morts et trois sont seulement améliorés. Les succès allemands me paraissent le fait d'un diagnostic erroné.

XIII

DES ÉPITHÉLIOMAS.

On nomme épithéliomas des tumeurs 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 déjà la marche spéciale de certains cancers de la peau, la distinction précise entre les tumeurs épithéliales et les vrais carcinomes date de l'école micrographique; Lebert, dans ses recherches, se sert surtout du mot *can-croïde* qu'il emprunte aux anciens auteurs, mais dont il donne

l'exacte signification; en 1852, Hannover emploie le terme d'*épithélioma*, généralement accepté; les mémoires de Paget, de Robin, de Verneuil, de Broca jettent un jour nouveau sur ce sujet, étudié à fond par Heurtaux dans sa thèse de 1860. Le dictionnaire de Jaccoud contient sur cette question un bon résumé de ce même auteur.

Anatomie pathologique et variétés. — L'épithélioma renferme deux espèces bien distinctes: l'épithélioma *pavimenteux* et l'épithélioma *cylindrique*; le premier se subdivise lui-même 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* imaginé par Cruveilhier; elle ne donne pas de suc laiteux au raclage, mais par la pression on fait sourdre à sa surface de petits filaments semblables à des vers. Deux parties distinctes la composent: le stroma et les lobules proprement dits. Le *stroma*, dont les limites sont peu précises et qui se continue insensiblement avec les tissus voisins, entoure l'épithélioma tout entier, et envoie des cloisons qui séparent les divers 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: les plus superficielles sont cylindriques et semblent s'implanter sur le stroma, à la périphérie du lobule; puis les cellules deviennent rondes, crénelées, engrenées par leurs bords; au fur et à mesure qu'on avance vers le centre, ces éléments s'aplatissent, se séchent et deviennent cornés. Ils sont disposés en couches concentriques comme les tuniques d'un oignon, et forment les *globes* épidermiques; en définitive, on trouve dans chaque lobule l'équivalent des diverses cellules de l'épiderme. Parfois les éléments se ramollissent au centre et deviennent muqueux ou colloïdes; de là deux variétés sans grande importance du reste, 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 ou, peut-être, comme le veut Rindfleisch, elle provient de cellules embryonnaires qui, au contact des éléments voisins, se transforment en cellules épithéliales. Quelle que soit leur origine, ces cellules gagnent en profondeur dans l'espace situé entre les papilles, qu'elles écartent pour pénétrer dans la trame du derme, où s'accumulent les masses dont nous connaissons déjà la structure. Le cancroïde émane aussi des follicules pileux : les éléments qui entourent le poil prolifèrent, la paroi est refoulée d'abord, puis détruite, et les cellules envahissent les tissus environnants; même origine dans les glandes sébacées; les cellules pariétales se multiplient et chassent vers le centre la substance grasseuse qui finit par se résorber. Les glandes sudoripares s'oblitérent par l'accumulation de cellules nouvelles : leurs parois sont forcées et l'épithélioma s'étend.

L'épithélioma s'accroît aux dépens des tissus qui l'environnent; les muscles sont envahis et on trouve des traînées épithéliales dans le tissu qui sépare les faisceaux; ces traînées s'insinuent dans les points où la résistance est moindre; elles suivent les gaines des vaisseaux, les lames conjonctives qui entourent les nerfs. Les parois des artères tiennent longtemps; cependant leurs tuniques peuvent devenir embryonnaires; elles ne résistent plus à l'ondée sanguine et se rompent. Paget a vu trois fois des hémorragies de l'artère crurale dans des foyers de cancers épithéliaux; les veines cèdent plus vite; le néoplasme les pénètre et des fragments emportés par le courant sanguin vont infecter les viscères, mode de généralisation moins important d'ailleurs que la propagation par les lymphatiques. L'enveloppe des nerfs s'infiltré lentement, mais elle est prise à son tour comme les os, les raphés, les entre-croisements fibreux, les feutrages aponévrotiques, qui arrêtent longtemps la marche progressive des néoplasmes.

L'épithélioma pavimenteux *perlé* est d'une moindre importance; il est fort rare et Cornil et Ranvier n'en ont rencontré que trois cas; ses analogies avec l'épithélioma lobulé sont très grandes; il paraît momifié et arrêté dans son développement; au lieu de réunir tous les types de cellules du corps muqueux de Malpighi, il ne possède guère que les cellules cornées juxtaposées en lames concentriques; elles forment ainsi de petites tumeurs blanches, nacrées, perlées,

visibles à l'œil nu et que l'on peut isoler avec la pointe d'une aiguille. Ces globes secs, à surface brillante, à reflets miroitants, sont parfois séparés les uns des autres par un stroma conjonctif, dense, sans vaisseaux; parfois aussi un fin pédicule de cellules épidermiques réunit les perles. Ces éléments desséchés, ce stroma fibreux et sans vaisseaux, sont doués d'une vitalité très faible, d'un pouvoir envahissant presque nul, et aussi les épithéliomas perlés comptent-ils parmi les tumeurs bénignes.

L'épithélioma pavimenteux *tubulé*, le *cylindroma* de Billroth, le *polyadénome* de Broca, la tumeur *hétéradénique* de Robin, le *polyadénome sudoripare* de Verneuil, est constitué par de longs tubes anastomosés les uns avec les autres et remplis de cellules épithéliales qui ne subissent pas l'évolution des éléments épidermiques. Les tubes sont plongés dans un stroma fibreux, dur et dense, ou bien dans une masse muqueuse, au milieu d'éléments embryonnaires. Quelques-unes de ces tumeurs prennent naissance dans les glandes sudorifères, dont le canal excréteur et le cul-de-sac terminal se remplissent de cellules épithéliales, souvent dentelées et engrenées, qui distendent les parois; des anastomoses s'établissent entre plusieurs conduits voisins et le néoplasme est formé.

Mais il ne faut pas croire que tous les épithéliomas tubulés aient cette origine : on en trouve dans des organes où les glandes sudoripares n'existent pas : l'utérus par exemple, et les ganglions lymphatiques, le sinus maxillaire, le voile du palais, la mamelle. Ces épithéliomas sont réguliers, ovoïdes, sphériques, de coloration grisâtre; ils n'ont pas de suc laiteux. Verneuil insiste sur leur gravité moindre que celle des épithéliomas lobulés; cette assertion est généralement exacte pour les cancroïdes tubulés de la peau, mais ceux du col utérin récidivent et se généralisent : leur pronostic est aussi sévère que celui des carcinomes.

L'épithélioma *cylindrique* nous occupera moins longuement : cette tumeur est rare et relève surtout de la pathologie interne; on ne la rencontre guère qu'à l'estomac, à l'intestin, sur les quelques muqueuses tapissées par un épithélium cylindrique. On en a pourtant trouvé à l'extrémité inférieure du rectum, dans l'utérus, dans les fosses nasales, régions accessibles au chirurgien. Chose étrange, les épithéliomas cylindriques, d'une malignité redoutable, ont été souvent confondus avec les polypes muqueux, d'ordinaire peu graves.

Découverts par Bidder, bien décrits par Virchow et Forster, ces épithéliomas sont formés de tubes ou de cavités tapissés par une seule couche d'épithélium cylindrique dont les cellules sont toujours implantées perpendiculairement à la paroi qu'elles recouvrent; le stroma qui les enveloppe est ou fibreux, ou embryonnaire, ou muqueux, et parcouru par des vaisseaux en grand nombre. A l'œil nu, ils se présentent sous l'aspect de tumeurs arrondies, nummulaires, à centre ulcéré; ils sont riches en suc laiteux, et leur surface rappelle celle des encéphaloïdes. Ils envahissent très rapidement les tissus qui les entourent, et des tumeurs semblables apparaissent dans d'autres régions, surtout dans le foie, le poumon et les os.

Étiologie. — L'épithélioma se développe d'ordinaire sur des tissus recouverts d'épithélium, la peau et les muqueuses. Encore y affecte-t-il quelques lieux d'élection, la face principalement : sur 90 cas observés par Lebert, sur 210 de Heurtaux, près des deux tiers avaient pour siège la figure. Même certaines régions en sont plus souvent prises que les autres; la lèvre inférieure a ce triste privilège; puis vient l'aile du nez, la paupière, la lèvre supérieure : le pourtour des orifices naturels est pour lui un terrain fertile. Ne le voit-on pas très fréquent à l'anus, au prépuce, à la vulve, sur le col utérin, à la langue, à l'extrémité supérieure de l'œsophage? On l'a rencontré au talon, à la face dorsale de la main et des doigts, au cuir chevelu, sur les membres et sur le tronc.

L'épithélioma se développerait aussi en des points où l'épithélium fait défaut. Virchow en a trouvé un dans l'épaisseur du tibia, et cette tumeur n'est pas absolument rare dans le maxillaire. Pour cet os, une distinction est nécessaire : parfois la tumeur y est secondaire, née par propagation d'un cancroïde de la lèvre, de la joue, du plancher de la bouche ou de la langue; même lorsqu'ils sont positivement primitifs, ils peuvent avoir comme origine des cellules épithéliales; Verneuil, Malassez et nous prétendons qu'ils proviennent des débris du cordon des dents permanentes ou temporaires dont on rencontre les vestiges épithéliaux dans l'épaisseur des gencives.

Les épithéliomas des viscères ne sont pas rares; on en a rencontré dans l'ovaire, dans le testicule et dans les mamelles, organes où l'épithélium est abondant, puisqu'il tapisse les culs-de-sac et les canaux excréteurs. A ce propos, une intéressante question a été

soulevée, celle de l'origine épithéliale des carcinomes. Pour Virchow et Ranvier, le cancer alvéolaire naît toujours du tissu conjonctif; pour Valdeyer, Thiersch, Rindfleisch, Malassez, il peut provenir de la migration des cellules épithéliales. Voici ce qui se passerait par exemple dans la mamelle, que l'on prend pour type de cette évolution particulière. Il se fait, dans les culs-de-sac glandulaires, une abondante prolifération des éléments; au début, les masses épithéliales ont l'aspect des cellules normales; bientôt elles se transforment et deviennent « atypiques ou métatypiques », en tout semblables alors aux cellules polymorphes des carcinomes.

Elles se contentent d'abord de distendre les cavités acineuses, enfermées qu'elles sont par la membrane d'enveloppe des cavités glandulaires. Cette membrane résistante forme une barrière qui sépare la masse épithéliale des lacunes et des capillaires lymphatiques, du tissu conjonctif qui les environne. Dès que cet obstacle est forcé, rien ne s'oppose à la marche progressive de la tumeur, qui prend les allures d'un véritable cancer : les cellules métatypiques migrent dans les lames conjonctives, s'y creusent des nids où elles prolifèrent, des alvéoles séparés les uns des autres par des travées fibreuses, trame semblable à celle du carcinome de Virchow. Entre cette tumeur d'origine épithéliale et l'encéphaloïde ou le squirrhe d'origine conjonctive, où donc serait la différence?

L'épithélioma est, dans la grande majorité des cas, une tumeur de l'âge mûr; il atteint sa plus grande fréquence de quarante à soixante ans, et se développe de préférence sur l'homme : d'après les relevés de Heurtaux, sur quatre malades, il y en aurait trois du sexe masculin. L'hérédité n'est pas sans jouer un rôle appréciable, et les irritations répétées ont une influence qu'on ne saurait nier : Bouisson a depuis longtemps démontré que si le cancroïde siège si souvent sur la lèvre inférieure et sur la moitié gauche de cette lèvre, le tabac explique fort bien cette élection singulière : chez la femme, l'épithélioma des lèvres est exceptionnel et affecte presque toujours la lèvre supérieure, sauf cependant au pays où les femmes fument; Morvan de Lannilis a observé sur le littoral deux Bretonnes, coutumières du « brûle-gueule », atteintes de cancroïde à la lèvre inférieure.

Mais, plus que le tabac, il faut incriminer l'extrême saleté. Fleury de Clermont a observé* que les montagnards ont plus de cancroïdes

des lèvres que les campagnards, et les campagnards plus que les ouvriers de la ville; or, du moins en Auvergne, les premiers fument bien moins que les deuxièmes et les deuxièmes que les troisièmes. Mais, comme compensation, les citadins sont plus propres que les paysans et les paysans que les montagnards. Le tabac ne paraît donc pas avoir une action particulière et doit être placé à côté de toutes les autres causes d'irritation. Ainsi on voit le cancroïde s'abattre sur de vieux ulcères, sur des moxas longtemps entretenus; il succède à certaines affections de la peau ou des muqueuses; on sait combien il est fréquent dans la leucoplasie buccale, sur les plaques de psoriasis; il naît parfois sur des taches érectiles et nous avons vu, sur la langue et à l'anus, des tumeurs, enlevées comme papillomes, récidiver comme épithéliomas.

Symptômes. — Le cancroïde débute d'une manière insidieuse: on voit apparaître sur la peau une lésion légère et variable suivant les cas: tantôt il se fait une fente, un sillon, une petite crevasse qui ne guérit pas; tantôt quelques papilles se développent comme une verrue insignifiante à la surface des téguments; tantôt on sent, dans l'épaisseur du derme, un petit point induré; mais souvent, à ce degré, le mal reste longtemps stationnaire; on cite, d'après Boyer, un cas où la tumeur ne fit aucun progrès pendant vingt-sept ans. D'ordinaire, surtout aux environs des orifices naturels et sur les muqueuses, le néoplasme augmente et s'étend d'une manière continue; dans la forme fissuraire, le sillon se creuse de plus en plus, les bords s'écartent et la perte de substance rouge, saignante, inégale, fendillée, sécrète un ichor qui se concrète souvent en une croûte brunâtre; dans la forme papillaire, les saillies bourgeonnent, se multiplient, deviennent turgides et végètent en un champignon plus ou moins luxuriant. Enfin, dans la forme tubéreuse, le noyau induré s'agrandit, se recouvre de squames qui se détachent et laissent à nu une érosion irrégulière, ecchymotique par places et pultacée, dont les bords présentent un épaissement des couches cornées de l'épiderme.

Dans tous ces cas, et pendant les premiers stades de cette évolution, le malade ressent à peine une démangeaison légère, un prurit plus désagréable que douloureux. La tumeur progresse et on sent, au-dessous d'elle, une base indurée qui déborde les lésions superficielles. Celles-ci s'accroissent suivant deux types cliniques fort dif-

férents, la forme *rongeante* et la forme *végétante*. Dans la première, la perte de substance se creuse; son fond est inégal, sans bourgeons, et on y voit, à côté de points rouges et saignants, d'autres points grisâtres, pultacés, en pleine régression; les bords en sont déchiquetés, sanieux, sphacelés. Dans la forme végétante, des tubercules plus ou moins volumineux se développent et se recouvrent d'exubérantes papilles en choux-fleurs; cette variété, fréquente sur les muqueuses, s'allie fort bien à la première, et une partie de la tumeur bourgeonne tandis qu'une autre se ramollit, se désagrège et se crible de cavités plus ou moins étendues. Les bourgeons charnus ne sont pas tous de mauvaise nature; il en est qui résultent de la prolifération des éléments conjonctifs du stroma.

A cette période, les douleurs apparaissent et sont souvent intolérables; l'envahissement épithélial gagne les nerfs; le malade éprouve des élancements très vifs à intervalles d'abord assez éloignés, mais qui se rapprochent de plus en plus; les souffrances peuvent devenir continues; à la lèvre, au plancher de la bouche lorsque les maxillaires se prennent, à l'utérus, on sait les douleurs qu'accusent les cancéreux. Nous avons déjà vu que les vaisseaux peuvent être ouverts: au suintement ichoreux, au saignement de la surface ulcérée ou végétante succèdent alors des hémorrhagies dont l'abondance est en raison du calibre des vaisseaux altérés.

La tumeur, du reste, ne se contente plus de son envahissement continu; on voit quelquefois, dans les polyadénomes sudoripares, des foyers nouveaux apparaître à quelque distance du foyer primitif; surtout les ganglions correspondants au cancroïde s'engorgent: ils sont d'abord durs, mobiles au milieu des tissus, atteints en nombre variable; puis ils grossissent, deviennent adhérents aux parties voisines et se ramollissent; la peau rougit, s'enflamme; une collection purulente s'évacue au dehors; des matières sanieuses succèdent au liquide puriforme et un nouvel épithélioma se développe au niveau de ce faux abcès. Dans quelques cas on a trouvé un liquide citrin au centre du ganglion ramolli; l'évolution ultérieure n'en fut pas moins la même.

La marche de l'épithélioma est progressivement envahissante; mais tous les cancroïdes sont loin de se ressembler. Tandis que ceux des muqueuses, de la langue, du plancher de la bouche, de l'isthme du pharynx, de la région anale, du col de l'utérus peuvent être comparés

aux pires des cancers, ceux de la peau s'accroissent beaucoup plus lentement et, parmi eux, les polyadénomes sudoripares de Verneuil ont une bénignité relative incontestable. Il n'en est pas moins vrai que les uns et les autres — rapidement ou lentement — ont une marche fatale lorsque la thérapeutique n'intervient pas : aux désordres locaux, aux engorgements ganglionnaires s'ajoutent, malgré qu'en aient pensé les premiers observateurs, de véritables généralisations, et Heurtaux a pu relever 11 cas où les viscères étaient envahis par des tumeurs secondaires. On voit alors apparaître des phénomènes généraux, un affaiblissement progressif, de la cachexie, une teinte subictérique, de l'œdème, et la terminaison fatale est d'autant plus rapide que la localisation du cancroïde à la langue, au pharynx, au rectum s'oppose au fonctionnement d'actes physiologiques indispensables à la vie.

Diagnostic et pronostic. — Il est absolument nécessaire, pour une bonne thérapeutique, de reconnaître le cancroïde à ses débuts, où une extirpation large peut assurer une durable guérison. On se méfiera des fissures, des saillies verruqueuses, des tubercules dermiques, surtout lorsqu'ils siègent en certains points, lieu ordinaire du développement des épithéliomas : lèvres, ailes du nez, langue, paupière, col utérin, rectum. La base indurée sur laquelle ces lésions reposent sera d'une constatation utile. Lorsque la tumeur s'est accrue, on la confond parfois avec certaines ulcérations tuberculeuses, à la langue, par exemple, ou avec des pertes de substance provoquées par des gommages syphilitiques. Mais, dans l'immense majorité des cas, ce sont là diagnostics de régions qui seront faits plus utilement à propos des maladies des divers tissus et des divers organes. Du reste, l'examen micrographique d'un bourgeon permettrait de constater la nature de la tumeur.

Nous savons déjà combien le pronostic est variable suivant le lieu qu'occupe la tumeur et la différence qui existe entre les cancroïdes de la peau et les épithéliomas des muqueuses. Les tumeurs mixtes, pour ainsi dire, celles des lèvres, de l'aile du nez, des paupières, qui atteignent à la fois la peau et la muqueuse, sont plus graves que les premiers et moins redoutables que les seconds. On voit fréquemment à la face, chez les vieillards, des taches, des croûtes brunes, des épaissements épidermiques qui s'accumulent, puis tombent et laissent une petite surface ulcérée où se déposent de nouvelles croûtes

et des squames nouvelles qui tomberont à leur tour. Ces cancroïdes sont les anciens *noli me tangere* des vieux auteurs, qui ne s'accroissent guère que lorsqu'on les irrite ; ils peuvent rester stationnaires jusqu'à la mort du patient, emporté par toute autre maladie. C'est dans ces tumeurs de la peau qu'on a vu une inflammation vive, une gangrène, un érysipèle, provoquer la guérison.

Traitement. — La thérapeutique médicale a, pour les cancroïdes, donné quelques succès, et on ne peut douter de la guérison de certains d'entre eux par le chlorate de potasse qu'on applique en solution concentrée sur l'érosion et qu'on administre à l'intérieur. Mais un départ absolu doit être fait entre les épithéliomas des muqueuses, que ce traitement ne modifie pas, et les cancroïdes de la peau ; ceux-ci seuls sont justiciables du chlorate de potasse, et nous en avons obtenu, pour notre part, six guérisons des plus nettes. Nous ne saurions donc trop recommander ce mode de traitement lorsque quelques circonstances particulières, âge du malade, siège de la lésion, impossibilité d'administrer le chloroforme, s'opposent à l'extirpation.

Celle-ci n'en est pas moins le traitement par excellence ; certainement les croûtes multiples de la peau, chez un vieillard, et lorsqu'elles sont stationnaires, devront être respectées ; ce sont elles que le chlorate de potasse guérit le mieux. Mais dès qu'une de ces tumeurs de la peau grossit, ou que, sur une muqueuse, on soupçonne un épithélioma, on doit recourir à une ablation large qui dépasse hardiment les limites du mal ; on peut s'adresser aux caustiques, si quelque raison s'oppose à l'emploi du bistouri ; certaines préparations ont joui d'une grande vogue et il est des chirurgiens pour prétendre que la pâte arsenicale a une affinité particulière pour le tissu épithélial, qu'elle détruit de préférence à tout autre.

XIV

DES PAPILLOMES.

Les *papillomes* sont des tumeurs dont la structure est celle des papilles normales ; ils sont donc constitués par une trame de tissu conjonctif parcourue par des anses vasculaires et recouverte d'un revê-

tement épithélial. Cornil et Ranvier, à qui nous empruntons cette définition, remarquent que les fibromes, les travées lamineuses des épithéliomas et des carcinomes, peuvent végéter sous l'influence de certaines irritations, d'où l'aspect papillaire de ces néoplasmes; mais leurs bourgeons charnus sans gaine épithéliale n'ont rien de commun avec les papillomes proprement dits.

Anatomie pathologique et variétés. — Cette tumeur est donc constituée par une agglomération de papilles dont le volume est en général plus considérable que celui des papilles normales; mais leur structure est identique: on trouve une élévation de tissu conjonctif à fibrilles jeunes, à cellules embryonnaires entourées d'une substance amorphe abondante: à leur base pénètrent des artérioles d'où naissent les anses capillaires multiples, origine des veines qui sortent de la papille. Ces bourgeons sont revêtus d'une ou de plusieurs couches épithéliales. Lorsque l'épithélium est stratifié, la couche la plus profonde est formée par la juxtaposition des cellules sphériques molles; puis, par transition insensible, ces cellules s'aplatissent pour devenir parfois sèches et dures à la périphérie. Du moins il en est ainsi dans certains papillomes de la peau: cors, cornes, verrues; même une variété de celles-ci est très pigmentée et présente cette structure. Dans quelques cas les espaces qui séparent les papilles sont comblés par une agglomération de cellules; alors l'aspect villositaire disparaît. La description que nous venons de faire correspond aux papillomes *cornés*.

Les papillomes *muqueux* mous, de couleur rosée, ont des élévures conjonctives souvent très allongées, très grêles, et qui rappelleraient les villosités intestinales n'étaient les ramifications qu'elles présentent souvent; à peine trouve-t-on dans la gangue lamineuse quelques fibrilles, quelques cellules embryonnaires et de la matière amorphe: ces vaisseaux en constituent la partie essentielle par leurs anses nombreuses d'où peuvent naître des anses secondaires et tertiaires qui pénètrent dans des ramifications secondaires et tertiaires; la trame celluleuse en est parfois si grêle que le revêtement épithélial semble reposer sur les vaisseaux dilatés et ampullaires; de là la coloration rouge ou même ecchymotique que prennent les papilles. Le revêtement épithélial des papillomes muqueux est simple ou stratifié; lorsqu'il est simple, on ne trouve qu'une seule couche de cellules cylindriques; lorsqu'il est stratifié, les couches sont multiples et leurs

éléments ont les formes les plus variées: ils sont ronds, ovoïdes, crénelés, aplatis, fuso-cellulaires, multinucléés; beaucoup ressemblent à ceux du corps muqueux de Malpighi et du revêtement de la langue. On a décrit un papillome *séreux* dont il s'est trouvé quelques exemples sur les synoviales articulaires.

Étiologie. — Les papillomes se montrent à tous les âges, mais surtout chez les adultes; on en a rencontré de congénitaux. Les irritations prolongées jouent un rôle dans leur production: les gens sales, peu soigneux, en ont parfois au niveau des parties génitales, sur le gland et le prépuce ou dans la rainure vulvo-anale; le smegma, les liquides vaginaux, le pus blennorrhagique peuvent provoquer leur apparition. C'est dans ces régions qu'ils prennent leur plus grand développement, surtout chez la femme et pendant la grossesse; ailleurs ils recouvrent de moins larges espaces: on les trouve sur la peau, sur les lèvres, la langue, la luette, le larynx, la vessie, l'urètre de la femme, où ils sont fréquents, le rectum, la muqueuse gastro-intestinale, où ils forment des papillomes cornés ou muqueux; les papillomes séreux naissent sur les synoviales articulaires ou dans les parois des ventricules cérébraux.

Symptômes et pronostic. — Les papillomes de la peau, cors, verrues, cornes ou nævus, diffèrent trop des papillomes des muqueuses, choux-fleurs des organes génitaux, polypes du rectum et de l'urètre, du larynx ou de la vessie, pour qu'on puisse en tracer ici un tableau général, et nous renvoyons leur étude au moment où nous décrirons les maladies des tissus et des organes. On en pourrait même tenter deux descriptions séparées, l'une pour les papillomes cornés, l'autre pour les papillomes muqueux; les uns secs, durs, de volume médiocre, lents dans leur marche, souvent stationnaires; les autres mous, humides, à desquamation rapide, à suintement fétide, à marche parfois envahissante. Cependant, pour ne prendre que ces tumeurs muqueuses, il y a peu de rapport entre de petites végétations intra-uréthrales et les polypes du larynx avec leurs troubles respiratoires, les fongus de la vessie avec leurs hémorrhagies inquiétantes.

Nous éprouverions les mêmes difficultés pour présenter un diagnostic d'ensemble; les productions qui ressemblent à un nævus pigmenté couvert de poils, n'ont rien de commun avec une production dendritique intra-articulaire. Le pronostic est en général fort bénin, si du moins nous laissons de côté les troubles fonctionnels, souvent

fort graves, qu'ils peuvent produire; la mort subite a été causée par certains papillomes du larynx. Mais ces tumeurs, bien enlevées, ne récidivent pas et surtout ne se généralisent pas; il faut cependant faire quelques réserves; certains papillomes sont fort difficiles à extirper; les verrues, par exemple, et les végétations génitales reparaissent presque toujours au fur et à mesure qu'on les enlève. En outre, il existe des observations indiscutables de papillomes transformés en épithéliomas. Si l'on constate ces tumeurs sur la langue, au rectum, en certains points où cette dégénérescence peut se montrer, il faut les enlever largement, soit au bistouri, soit à l'aide de certains caustiques. Mais l'opération doit être complète.

XV

DES ADÉNOMES.

Les *adénomes* sont des tumeurs dont la structure est semblable à celle des glandes.

Leur histoire se trouve liée à celle des tumeurs du sein. A. Cooper, le premier, sépara nettement 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, en effet, qu'elles naissent de la fibrine épanchée des vaisseaux après les traumatismes. En 1844, Cruveilhier étudia ces tumeurs fibrineuses 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 nous 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 qu'avec Lebert, Verneuil et Broca considèrent les adénomes comme très fréquents, Virchow, Billroth, Lucke, Ranvier et Cornil les regardent comme fort rares : pour eux les tumeurs décrites sous le nom d'adénomes ne sont, en général, 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'agrandissent, se dilatent, naissent même 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 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 absolument celle des lobes et des lobules des glandes en grappe. Les seconds sont constitués par des tubes parfois 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 parfois confondus avec les myxomes. Broca, de son côté, divise ces prétendues tumeurs glandulaires en adénomes proprement dits ou *monoadénomes* et en *polyadénomes* ou adénomes *multiglandulaires*. Nous allons donner ici un bref résumé des chapitres intéressants qu'il consacre à ces néoplasmes dans son *Traité des tumeurs*.

1° MONOADÉNOMES.

Les *monoadénomes* 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 tout entier lorsque la glande est simple. On les trouve dans la mamelle, où ils ont été d'abord observés; dans la parotide, où Lebert les a vus en 1857; dans la prostate, comme l'a montré Rokitanski,