

tement épithélial des culs-de-sac rend compte de cette particularité. D'ailleurs cette multiplication des bourgeons n'est pas encore bien prononcée et la tumeur peut rester indéfiniment dans cet état sans présenter une plus grande tendance à l'infiltration des tissus voisins.

A la coupe, la tumeur est blanchâtre avec des zones rosées. On y trouve par places de petites plaques rondes, jaunâtres. La section est nette sans les fentes irrégulières que donnent d'autres tumeurs.

L'épithélium ainsi accumulé ne conserve pas toujours sa structure et présente facilement des dégénérescences très variables suivant les glandes; les cellules centrales plus anciennes sont les premières envahies. Dans la mamelle il subit la dégénération granulo-graisseuse et donne naissance à des kystes athéromateux arrondis, disséminés çà et là, limités par la membrane conjonctive de l'ancien lobule. Les parois sont irrégulières comme l'organe où la tumeur s'est formée, elles présentent parfois des végétations épithéliales saillantes à l'intérieur. Les choses se passeraient différemment, d'après VERNEUIL, dans les adénomes sudoripares. L'épithélium y conserve assez longtemps son type régulier, puis, au bout d'une certaine durée, on trouve dans les culs-de-sac distendus des globes épidermiques formés de lamelles épithéliales superposées; seuls ces adénomes offrent cette curieuse particularité, mais tous les épithéliums des glandes peuvent subir la dégénérescence et amener une ulcération superficielle de la petite tumeur en se vidant à l'extérieur. Lorsqu'il n'y a pas de globes épidermiques, les adénomes sudoripares présentent parfois l'hypertrophie kystique qui donne un aspect moniliforme au tube glandulaire.

C'est cette forme que LABBÉ et COYNE ont décrite sous le nom d'épithéliome intra-canaliculaire, auquel nous préférons celui d'adénome épithélial. Il arrive fréquemment que la tumeur s'arrête là dans son évolution; mais quelquefois, sans qu'il soit possible d'en déterminer la cause, sa marche est activée et alors l'adénome entre dans la troisième phase.

3^e Phase. — D'après LABBÉ et COYNE, les adénomes épithéliaux mammaires, entourés par une zone fibreuse, résultat du tassement mécanique des couches conjonctives périlobulaires, n'ont pas de tendance, grâce à cette capsule, à infecter les lymphatiques voisins; ils s'accroissent par bourgeonnement continu et accumulation de l'épithélium. Cependant cette barrière peut se rompre et l'infection de voisinage gagner de proche en proche les lacunes lymphatiques. Des cellules épithélioïdes remplissent les vaisseaux lymphatiques et vont produire des tumeurs secondaires ganglionnaires: c'est là une évolution extrêmement rare, prouvée par des faits (ROBIN et LORAIN, LABBÉ).

Dans les adénomes cutanés, surtout dans celui des glandes sudoripares, le mieux étudié, les choses se passent un peu différemment pour aboutir assez souvent au même terme. Qu'il s'agisse d'un adénome sudoripare ou autre, diffus ou circonscrit, on voit communément l'infection épithéliale envahir en profondeur et en surface; le bourgeonnement des culs-de-sac continue hors des limites de la peau ou de la muqueuse. A partir de ce moment, l'adénome épithélial se transforme en épithéliome et il pourra ainsi, toujours lentement, envahir les ganglions du voisinage. Quant à la généralisation de ces tumeurs, elle serait encore inconnue.

Étiologie. — On ne sait rien de bien précis sur l'origine des adénomes; l'étiologie traumatique admise pour le sein par VELPEAU, qui pensait que ces tumeurs, d'abord fibrineuses, résultaient d'un épanchement sanguin, ne peut plus se soutenir aujourd'hui. Il semblerait que pour certaines glandes comme le sein, les périodes de suractivité physiologique, telles que la grossesse ou la lactation, fussent des causes prédisposantes. D'ailleurs le sexe féminin y est plus exposé.

Les adénomes des glandes en grappe sont très rares après l'âge de quarante ans, tandis que ceux des glandes cutanées et muqueuses sont fréquents chez les sexagénaires. Il serait peut-être plus exact de dire que ces dernières tumeurs évoluent à cet âge avancé parce que beaucoup d'entre elles sont congénitales et restent indifférentes pendant très longtemps. Enfin, d'après BROCA, l'hérédité jouerait un rôle dans la production des adénomes.

Siège. — Les adénomes siègent dans un grand nombre de glandes; ceux du sein, les mieux étudiés, ont contribué pour une large part à fixer nos connaissances sur ce sujet; on les rencontre aussi dans la parotide, dans les glandes du voile du palais. FUHRER (d'Iéna), surtout VERNEUIL ont décrit les adénomes sudoripares, BROCA ceux des glandes lacrymales accessoires de Rosenmuller et des glandes sébacées; signalons encore les adénomes des glandes de la langue et de la muqueuse buccale, de la vulve, des fosses nasales, de l'aisselle.

Le plus souvent il n'existe qu'un adénome dans les grosses glandes: cependant on en a vu jusqu'à huit dans un même sein; au contraire ceux des glandes cutanées sont ordinairement multiples ou le deviennent quand ils entrent dans leur période d'évolution.

Symptômes et marche. — Les adénomes forment des tumeurs arrondies, circonscrites ou diffuses, généralement indolores; les symptômes varient à l'infini suivant la région où ils se développent; d'ailleurs il y a, eu égard au volume, à la consistance, des diversités très grandes selon que le stroma a pris une part plus ou moins importante dans l'hypertrophie glandulaire.

Dans la mamelle, les adénomes épithéliaux longtemps petits peuvent devenir plus gros qu'une orange; pour LABBÉ et COYNE, la tumeur envahirait progressivement la glande tout entière, qui forme une masse lobulée; les saillies que l'on perçoit sont très petites et ne dépasseraient pas le volume d'un grain de raisin. A mesure que la tumeur primitive s'accroît, elle se circonscrit mieux, grâce à une zone fibreuse périphérique, mais le néoplasme reste constamment rattaché à la glande par un pédicule. La consistance de ces adénomes du sein est dure, résistante, la tumeur lourde, massive. Un des symptômes assez caractéristiques de ces adénomes du sein consiste dans l'écoulement d'un liquide séro-sanguinolent par le mamelon; il peut durer plusieurs années, apparaître et disparaître sans cause appréciable. Après avoir pris un certain accroissement, l'adénome déforme la glande, se hérissé de nouvelles saillies. La peau ne devient que tardivement adhérente à la tumeur qui peut parfois s'ulcérer. De plus longs détails trouveront mieux leur place à propos des adénomes de chaque glande.

Les symptômes des adénomes cutanés ou muqueux sont bien moins obscurs.

que ceux des glandes profondes; ils forment de petites tumeurs arrondies, habituellement molles, circonscrites ou diffuses. L'adénome circonscrit fait saillie à l'extérieur, et se présente sous la forme d'un polype pédiculé. A la face, les adénomes sudoripares ressemblent à des verrues charnues ou à des *télines de rat*, il arrive rarement qu'ils soient isolés. Une mince pellicule cutanée recouvre leur surface; sur les muqueuses, l'aspect est rose, rouge ou violacé; à la peau la couleur ne diffère pas de celle du tégument. La lenteur de leur développement et leur indolence sont les caractères importants de ces adénomes. Il en résulte que ces tumeurs ont ordinairement un très petit volume, et qu'il est exceptionnel de les voir comme dans les cas d'AZAM, VERNEUIL, HÉNOCQUE, CHRISTOT, atteindre les dimensions d'un lipome de moyen volume (*Gaz. hebdomadaire*, 1866). La forme diffuse rencontrée dans la muqueuse utérine existe également à la peau, mais alors les adénomes marchent assez rapidement, s'étendent en surface, en profondeur, peuvent s'ulcérer; ils ont une grande analogie avec l'épithéliome: toutes choses égales d'ailleurs, leur évolution se fait plus rapidement sur les muqueuses que sur la peau.

La tumeur s'ulcère par le fait du grattage, ou bien par l'évolution spontanée du mal. La peau distendue se perforé en un point et l'ulcération commence, il s'en écoule un liquide sanieux fétide. Lorsque l'ulcération s'étend en surface, le fond de la plaie est grisâtre avec des bords sinueux, rosés; la peau à l'entour est rouge, luisante, tendue, adhérente, sèche, avec des stries vasculaires. Dans les régions où il existe des poils, ceux-ci tombent (aisselle); mais alors l'affection présente tous les caractères du cancroïde dont il devient bien difficile de la différencier.

Pronostic. — Les adénomes vrais sont des tumeurs essentiellement bénignes qui ne sont jamais infectantes, les adénomes irréguliers ne présentent d'ordinaire pas de gravité, au moins dans la première période; à cet égard il convient de bien séparer les formes diffuses des formes circonscrites, car ces dernières n'ont aucune tendance à l'infection ganglionnaire qui est, en fait, très exceptionnelle. Ce qui a contribué à assombrir un peu le pronostic de l'adénome, c'est la récurrence après l'opération et la possibilité de sa transformation en épithéliome ou sarcome.

Les divers modes de récurrence ont été observés dans les cas d'adénomes: ainsi on a vu la tumeur récidiver après l'ablation incomplète du mal; ailleurs c'est dans le voisinage que réapparaissait le tissu nouveau, mais en réalité l'adénome irrégulier ne présente de gravité que par la nature du néoplasme qui envahit le stroma ou l'épithélium; un fibrome du sein n'en offre aucune; un myxome ou un sarcome sont peu rassurants. Enfin si l'épithélium ne sort pas souvent des canaux anciens ou nouveaux, dans les glandes en grappe, cette transformation en épithéliome n'en est pas moins fréquente dans les adénomes cutanés ou muqueux.

D'une façon générale, la lenteur de leur développement, leur indolence presque absolue, font regarder ces tumeurs comme étant sans gravité. Mais il faut en outre tenir un grand compte du siège qu'elles occupent. Ainsi les adénomes du voile du palais, par leur position, gênent la phonation, la

déglutition, et ces troubles fonctionnels étrangers à la nature de la tumeur peuvent parfois nécessiter des opérations urgentes.

Diagnostic. — Le diagnostic des adénomes est souvent très difficile; ces tumeurs, en effet, ne présentent aucun signe pathognomonique. Alors même qu'elles sont enlevées, le microscope est nécessaire pour bien en déterminer la nature, et encore toutes les portions du néoplasme ne sont-elles pas caractéristiques. Combien est plus ardu le diagnostic des adénomes qui siègent dans les glandes profondes ou dans des organes cavitaires, l'utérus, le vagin, le rectum. Cependant, en éliminant les autres tumeurs, on peut arriver par abstraction à un diagnostic assez précis. D'abord les tumeurs malignes n'évoluent jamais à la façon des adénomes; leur développement rapide, leur tendance à la diffusion et à l'infiltration, leur propagation ganglionnaire, leurs symptômes, l'âge où on les observe sont autant de signes qui ne se rencontrent pas dans l'adénome. De plus il faut absolument tenir compte de la région où apparaît la tumeur; ce sont ces considérations qui, jointes aux antécédents, devront faire soupçonner un adénome; elles varient d'ailleurs d'un organe à un autre et ne sauraient trouver place ici.

De même le siège des adénomes cutanés, à la face, au nez, aux paupières, le grand âge des personnes atteintes, l'existence antérieure d'une verrue molle serviront d'éléments de diagnostic pour reconnaître les adénomes sudoripares.

Le siège, la marche lente, la chute des poils ont permis à VERNEUIL de diagnostiquer un adénome sudoripare ulcéré de l'aisselle. Ordinairement il est bien difficile de le distinguer de l'épithéliome au début, alors que ce dernier n'a pas encore provoqué l'adénite de voisinage.

Les papillomes peuvent également être pris pour des adénomes et réciproquement; les erreurs sont presque inévitables quand l'adénome cutané devenu volumineux, gros comme le poing, s'enfonce dans les tissus; on l'a plus d'une fois confondu avec un lipome (HÉNOCQUE et SOUCHON, CHRISTOT).

Traitement. — Les adénomes pourraient, d'après BROCA, diminuer de volume, mais il ne disparaissent jamais spontanément. Les médicaments administrés à l'intérieur, les topiques de tout genre n'ont qu'une action palliative, surtout pour les adénomes des glandes en grappe; la compression elle-même ne devra pas être employée, elle ne peut, du reste, s'appliquer que dans des cas très restreints. BROCA lui a dû quelques cures d'adénomes du sein. La meilleure conduite à tenir consiste à ne pas toucher aux adénomes peu volumineux, ne provoquant aucune gêne fonctionnelle et indolents. Pour le sein, quand on voit survenir l'écoulement séro-sanguin par le mamelon, la douleur, l'accroissement de l'adénome, il faut enlever la tumeur: de même, les adénomes du voile du palais, en raison des troubles fonctionnels auxquels ils peuvent donner lieu, doivent être opérés. L'incision avec énucléation aussi large que possible diminue les chances de récurrence.

Ces préceptes s'appliquent également aux adénomes cutanés: on doit les respecter tant qu'ils restent indifférents; il convient au contraire de les enlever dès qu'il s'accroissent. L'extirpation doit être large et dépasser les limites de la tumeur; elle est de beaucoup préférable aux caustiques, trop incertains dans

leur action. Cependant le chlorate de potasse, comme topique dans le cas d'adénomes sudoripares ulcérés, compterait des succès.

§ 3. — Épithéliome

SYNONYMES. — Cancroïde. — Cancer épithélial. — Noli me tangere.

Bibliographie. — HUGUES BENNET, *On Cancerous and Cancroid Growths*, 1849. — HANNOVER, *Das Epithelioma*, Leipzig, 1852. — ROBIN et LABOULBÈNE, *Mém. de la Soc. de biologie*, 1^{re} série, t. V, 1845. — ROBIN et LORAIN, *Tumeurs hétéradéniques*, in *Ibid.*, 2^e série, t. 1^{er}, 1854. — CORNIL, in *Journal de l'anatomie*, t. II, 1865. — THIERSCH, *Der Epithelial Krebs*, Leipzig, 1865. — BILLROTH, *Arch. de Langenbeck*, t. VII, 1865. — BUSH, *Ibid.*, 1877. — SALVIOLI, *Rev. des Sc. méd.*, 1876. — BALMAMO, *Med. Times a. Gaz.*, V. II, 1878. — CERVIS, *St-Thomas Hosp. Rep.*, t. IX, 1878. — Thèses de Paris. — 1846, MAYOR. — 1848, MICHON (Conc., Clin. chir.). — 1855, DUPUT. — 1860, HEURTEAUX. — 1867, DEMOUCHY. — 1872, MACQUEREL. — 1876, JAUZION. — 1877, MARGUAT. — 1878, RIGAUD. — 1880, GUÉRET, DAVILLÉ, LÉVÈQUE. — 1877, EUTHYBOULE. — 1879, MOREL. — 1882, HUTIN. — 1882, GARÈS.

Divisions. — Les épithéliomes sont des tumeurs constituées par des masses épithéliales de nouvelle formation et déviées des types normaux.

Ils diffèrent donc des papillomes et des adénomes, également tumeurs épithéliales, en ce que le produit formé est atypique, c'est-à-dire ne reproduit ou n'exagère pas les types normaux. D'ailleurs la distinction n'est pas seulement anatomique, elle existe également au point de vue de la gravité.

Même ainsi délimité, le groupe des épithéliomes n'est pas homogène. Nous verrons en effet, en parlant du carcinome, que pour nombre d'auteurs allemands, l'épithéliome ne serait qu'une variété du carcinome. En France, CORNIL et RANVIER n'admettent pas l'origine épithéliale du carcinome, qu'ils placent dans les tumeurs d'origine conjonctive, tandis que pour eux l'épithéliome forme un groupe à part. Cependant, avec la plupart des histologistes modernes, nous rapprocherons ces deux sortes de tumeurs en reconnaissant que le processus désordonné du carcinome, sa généralisation fréquente, ses caractères cliniques, ne ressemblent en rien à ceux de l'épithéliome.

Au reste, l'accord n'est pas plus parfait quand il s'agit de délimiter les variétés des épithéliomes. En dehors du vieux cancroïde de LEBERT, ou épithéliome lobulé à globes épidermiques, et de l'épithéliome cylindrique, plusieurs autres espèces sont encore discutées; on comprendra dès lors la réserve que nous apportons dans la description de tumeurs qu'un avenir prochain séparera probablement.

De même qu'il existe normalement deux variétés d'épithélium, pavimenteux et cylindrique, de même nous aurons à décrire un épithéliome pavimenteux et un épithéliome cylindrique.

Anatomie pathologique. — 1^o *Épithéliome pavimenteux.* — CORNIL et RANVIER en décrivent trois espèces : 1^o l'épithéliome pavimenteux lobulé à

globes épidermiques; 2^o l'épithéliome pavimenteux perlé à globes cornés; 3^o l'épithéliome tubulé. Hâtons-nous d'ajouter que la deuxième variété se rencontrant rarement ne saurait nous occuper; quant à la troisième, elle est si mal connue que beaucoup d'auteurs pensent qu'elle doit être rangée dans la classe des sarcomes ou des adénomes. Ces néoplasmes font partie du groupe des tumeurs hétéradéniques de ROBIN.

Épithéliome pavimenteux lobulé. — Ces tumeurs prennent naissance dans l'épithélium de la peau ou des muqueuses, ou même dans les viscères, fait moins fréquent; leur coupe est grise ou rosée, présentant çà et là des points

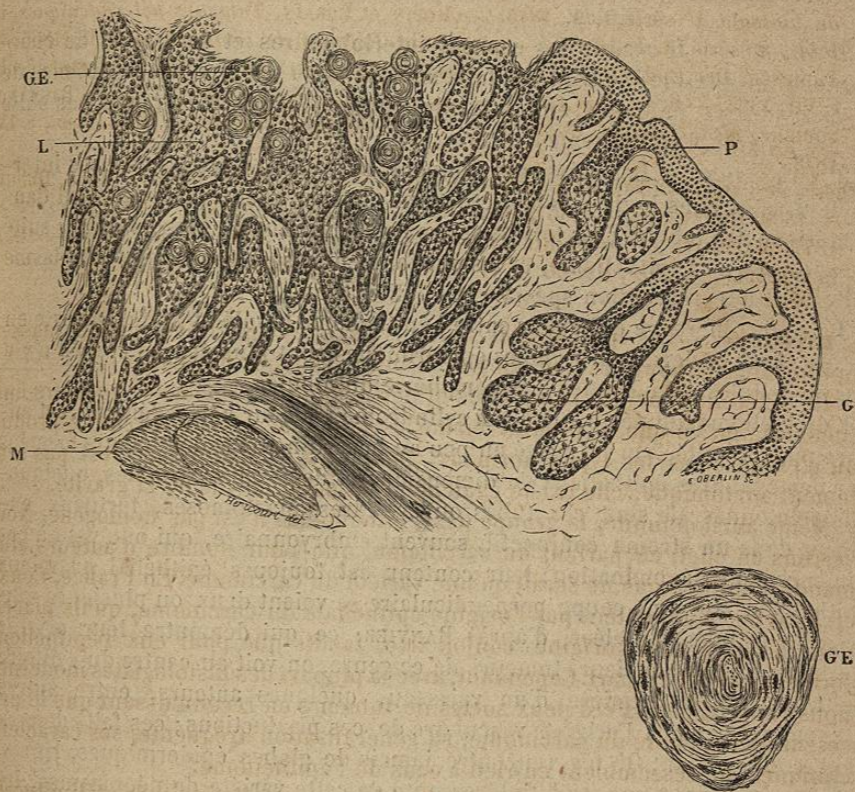


Fig. 11. — Épithélioma lobulé ulcéré.
G E, globes épidermiques, — L, lobules, — P, épithélium proliféré, — G, envahissement du tissu conjonctif par l'épithélium, — M, muscles.

d'une nature différente, ordinairement opaques. Le raclage de la coupe permet d'en extraire des grumeaux formés par des cellules épidermiques, et même de véritables grains arrondis, analogues aux grains d'orge perlé. On leur donne le nom de globes épidermiques (*birds nests*, nids d'oiseaux); ils sont caractéristiques de l'épithéliome lobulé.

La tumeur contient trois sortes d'éléments : 1^o des cellules épidermiques pavimenteuses; 2^o un stroma; 3^o des vaisseaux.

1° *Cellules épidermiques.* — Elles sont réunies par groupes distincts, lobulés ou cônes, séparés les uns des autres par des trainées conjonctives embryonnaires. Ces cellules épidermiques, pavimenteuses, n'ont pas le même aspect dans chaque lobule. Celles de la périphérie sont analogues aux cellules profondes de l'épiderme et polyédriques. A mesure qu'on s'approche du centre du lobule elles changent de nature, deviennent plates, cornées, et sont bientôt superposées concentriquement, disposition comparée avec raison à celle des feuilles d'un oignon. Les parties centrales du lobule ainsi transformées donnent naissance aux globes épidermiques. Avec la transformation cornée, il n'est pas rare de rencontrer sur la même tumeur la dégénérescence colloïde des noyaux et des cellules.

2° *Stroma.* — Il occupe les espaces interlobulaires et sert ainsi de charpente au néoplasme; ce sont des faisceaux de tissu conjonctif susceptibles de devenir fibreux, muqueux, embryonnaires qui jouent un rôle lorsque, par suite de ses progrès, l'épithéliome s'ulcère.

3° *Vaisseaux.* — Les vaisseaux rampent, eux aussi, dans les espaces interlobulaires et dans le tissu conjonctif, sans envoyer aucun prolongement dans l'intérieur des lobules; parfois ils se trouvent envahis de tous côtés par suite des progrès de l'épithéliome, et les portions emprisonnées dans le néoplasme subissent une régression spéciale et l'oblitération.

La seule différence qui existe entre l'épithéliome lobulé et perlé, consiste en ce que dans ce dernier les globes épidermiques sont plus denses et qu'il n'y a pas de cellules cylindriques à la périphérie du lobule.

L'épithéliome tubulé appelé aussi cylindrome, tumeur hétéradénique, est encore mal délimitée. On y a rangé un peu au hasard nombre de tumeurs formées par des cylindres épithéliaux de dimensions et de formes variables, quelquefois pelotonnés. Ce sont ces tubes ou cylindres anastomosés, tortueux, enfoncés dans un stroma conjonctif, souvent embryonnaire, qui ont valu à ces tumeurs leur dénomination; leur contenu est toujours épithélial ou mieux épithéloïde. Sur une coupe perpendiculaire se voient deux ou plusieurs rangées de cellules dentelées, d'après RANVIER, ce qui démontre leur origine épithéliale. Dans plusieurs tumeurs de ce genre, on voit au centre du cylindre les traces de la lumière d'un vaisseau, quelques auteurs, entre autres KIENER, ont pensé à l'origine vasculaire de ces productions; ces faits demandent confirmation. On n'y rencontre jamais de globes épidermiques. HUTIN, à qui nous devons une étude intéressante de cette variété de néoplasmes, les divise en deux groupes suivant qu'ils se forment ou non aux dépens de l'épithélium qui tapisse les parois d'organes canaliculés (glandes sudoripares, sébacées, etc.). Le second groupe prendrait naissance dans les cellules plasmiques du tissu conjonctif.

Nous ne rangerons pas l'adénome sudoripare de VERNEUIL dans cette classe de tumeurs avec laquelle il n'a qu'une analogie apparente. ROBIX, sous le nom de tumeurs hétéradéniques, a décrit des néoplasmes qu'il rapproche comme structure des glandes en grappes; il en a distingué plusieurs variétés peu intéressantes au point de vue pratique, suivant la longueur des cylindres épithéliaux, la présence ou l'absence de corps arrondis dits ovi-

formes ou hyalins qui, pour ORDONNEZ, seraient les sporanges d'un champignon.

2° *Épithéliome cylindrique.* — Cette variété, décrite par FÖRSTER et VIRCHOW, intéresse peu le chirurgien parce qu'elle siège le plus souvent dans la muqueuse du tube digestif et se trouve ainsi hors de sa portée, sauf dans le rectum. On y trouve des tubes tapissés intérieurement de cellules cylindriques en colonnes, séparés par un stroma fibreux, muqueux ou embryonnaire. L'épithéliome affecte la forme de masses molles nummulaires, de plaques arrondies ulcérées à leur centre, faisant relief à la surface de la muqueuse; la coupe donne un suc laiteux, abondant. A mesure qu'il s'enfonce dans les organes voisins, l'épithéliome cylindrique prend l'aspect du carcinome encéphaloïde. Il se forme aux dépens de l'épithélium cylindrique préexistant, mais il peut se généraliser sous cette forme.

Développement du cancroïde. — L'épithéliome débiterait par l'enfoncement du corps muqueux de Malpighi entre les papilles de la peau ou de la muqueuse; c'est de cette façon que l'épithélium pénètre dans le derme; en proliférant il donne naissance aux bourgeons qui constituent les lobules et un peu plus tard les globes épidermiques. Chaque lobule pousse des bourgeons qui subissent la même évolution.

Quand la tumeur est constituée, elle se développe aussi par infiltration, aux dépens du tissu embryonnaire qui isole les lobules et abonde plus ou moins à la périphérie du néoplasme. RINDFLEISCH n'admet que ce mode de production; RANVIER, tout en lui reconnaissant une certaine importance, pense qu'au début les choses se passent comme nous l'avons dit.

L'épithéliome peut également prendre naissance dans les follicules pileux, les glandes sébacées et sudoripares, qui deviennent alors le point de départ des bourgeons épithéliaux.

Une fois lancé, l'épithéliome envahit les tissus qu'il rencontre en les infiltrant, quelle que soit leur structure. On le voit fréquemment ronger ainsi tous les os de la face (*épithélioma térébrant*). Dans les muscles il se développe aux dépens du tissu embryonnaire interfasciculaire, comprime et altère les fibres musculaires qui s'atrophient. Quand elle dépasse les limites de la région où elle a pris naissance, la tumeur se propage aux ganglions par les lymphatiques et quelquefois se généralise par l'altération des vaisseaux périphériques. Ces altérations des vaisseaux ont été étudiées dans ces dernières années par MAYOR et QUENU (*Rev. de chir.*, t. 1^{er}, 1881). Outre l'hypertrophie des tuniques, commune autour de toutes les tumeurs, on constate un épaississement de la tunique interne qui forme des plis saillants comme dans l'endartérite végétante.

Étiologie. — Dans tous les points où existe un revêtement cutané ou muqueux on peut voir apparaître l'épithéliome; il se montre aussi primitivement comme tumeur hétérotopique dans beaucoup de viscères, la rate, le cerveau, mais de toutes les régions, la face est assurément l'un des principaux lieux d'élection. C'est le plus souvent au niveau des orifices cutané-muqueux (lèvres, nez, paupières), sièges d'irritations fréquentes, qu'on rencontre les cancroïdes; la lèvre inférieure et de préférence la partie gauche serait atteinte. Parmi les autres régions du corps où l'épithéliome est assez commun, citons la langue, l'anus, le prépuce, la vulve, le col utérin.