

Les hommes sont plus sujets au cancroïde que les femmes, la majorité des tumeurs de cette nature observées à la lèvre inférieure appartiennent au sexe masculin. Très rare dans le jeune âge et chez l'adulte, il devient plus fréquent à partir de quarante ans; c'est donc une affection spéciale à l'âge mûr.

Toutes les irritations persistantes, la malpropreté, l'usage de la pipe (BOUSSON) déterminent l'apparition de l'épithéliome chez les individus prédisposés. Les cicatrices, et même les cautères d'après JAUZON et AUBERT, pourraient devenir le siège des épithéliomes; D. MOLLIÈRE considère ces tissus pathologiques comme des *loci minoris resistentiæ*. Les chicots dentaires amènent le psoriasis buccal, et pour TRÉLAT cette dernière affection, encore assez mal connue, peut-être syphilitique, dégénérerait en épithéliome. D'ailleurs il faudrait pour chaque région chercher une origine particulière. Ainsi pour l'épithéliome térébrant du maxillaire supérieur, VERNEUIL, RECLUS ont admis que le néoplasme débutait dans les kystes appendus aux racines des dents, qui sont eux-mêmes les vestiges du bourgeonnement des dents temporaires et permanentes.

L'épithéliome est ordinairement unique au début, mais on voit des ilots secondaires apparaître autour de la tumeur ulcérée; la confusion de l'épithéliome avec l'adénome sudoripare a fait trop facilement admettre sa multiplicité.

**Symptômes.** — 1<sup>re</sup> Période. — De toutes les tumeurs, l'épithéliome est une de celles dont on peut le plus facilement suivre les progrès; en effet lorsqu'il siège à la face ou aux lèvres, dans une région exposée, il attire de bonne heure l'attention. Au début l'épithéliome apparaît sous la forme d'un petit bourgeon, légèrement exubérant, grisâtre ou rouge, habituellement dur, comme une verrue; sa surface est tantôt sèche, tantôt fendillée ou présentant des papilles saillantes, tantôt couverte uniformément par une croûte épidermique adhérente aux parties sous-jacentes et que les malades ont une grande tendance à arracher. On a voulu distinguer des formes papillaires, squameuses et tubéreuse; ces distinctions n'ont rien de constant, elles correspondent le plus souvent à des degrés d'évolution du néoplasme. A la base du bourgeon, il n'existe pas de sillon et l'épithélium voisin se continue insensiblement avec la tumeur; on voit au pourtour un réseau vasculaire assez développé.

Lorsque l'affection siège sur une muqueuse, l'aspect n'est pas le même; ainsi à la langue l'épithéliome débute fréquemment par une excoriation à bords plats, sur laquelle existent une ou plusieurs fissures. Mais quel que soit le siège du néoplasme, quand on peut le serrer entre les doigts, comme à la lèvre ou à la langue, on sent un noyau dur, mal délimité, dont l'étendue est toujours plus grande qu'on ne se le figure d'après la plaie extérieure.

Sans être douloureux, les épithéliomes déterminent à cette première période un prurit incommode qui pousse les malades à arracher la croûte superficielle, sans aucun soulagement; les fissures des muqueuses passent moins inaperçues et sont plus douloureuses.

2<sup>e</sup> Période. — *Ulcération et infiltration.* — Les progrès du mal peuvent être si lents que les épithéliomes restent pendant de longues années à la première période; cependant sous l'influence des irritations variables suivant les régions, des attouchements, de la malpropreté et parfois d'une thérapeutique

irritante et nuisible, l'épithéliome envahit ordinairement les parties voisines, s'étend en surface en même temps qu'il pousse des racines dans l'épaisseur des tissus. Autant la première phase est lente, autant celle-ci est régulièrement progressive. Les parties, centrales du bourgeon épithélial fournissent toujours des détritres sous forme de croûtes; celles-ci sont déjà plus molles et laissent à nu, après leur chute, un ulcère grenu, grisâtre, de mauvaise nature; souvent cette ulcération est excavée et dans certaines formes d'épithéliome la tendance à l'érosion semble plus marquée. Les bords conservent à mesure que l'ulcère s'étend les caractères de la tumeur primitive, mais l'irritation y est beaucoup plus vive, la vascularisation plus abondante.

Lorsque l'ulcération, conséquence de la destruction des épithéliums de nouvelle formation a acquis plusieurs centimètres, elle intéresse alors les parties sous-jacentes au derme et à la fois les lobules de la tumeur et le stroma interlobulaire infiltré de cellules embryonnaires qui fournissent des bourgeons charnus dégénérés. De là les variétés d'aspect des épithéliomes qui offrent d'un point à un autre une extrême diversité; dans les portions où le lobule épidermique dégénère, s'accumule une matière caséuse, mal liée, qui se détache difficilement à chaque pansement et communique un aspect grisâtre à la plaie. Ailleurs, au niveau du stroma, les bourgeons fongueux ou villeux sécrètent un pus de mauvaise nature mêlé aux détritres épithéliaux, c'est la sanie ichoreuse fétide des cancroïdes. Sur les bords les croûtes recouvrent de véritables tubercules indurés.

Dans la profondeur, la tumeur envahit de plus en plus les organes sous-jacents, et s'immobilise, surtout quand elle pénètre dans quelque organe fixe comme les os de la face. Toutes ces modifications ne se produisent pas sans amener dans les signes subjectifs d'importants changements; les douleurs aiguës, lancinantes ne sont pas rares; cependant on voit des malades vaquer à leurs occupations avec de semblables tumeurs sans en paraître incommodés.

3<sup>e</sup> Période. — *Infiltration dans les organes voisins; propagation ganglionnaire.* — Si les épithéliomes cutanés n'arrivent souvent à cette période qu'après des années, il faut reconnaître que, d'une façon générale, ceux des muqueuses évoluent plus rapidement; les produits sécrétés sont entraînés, les végétations molles saignent facilement, mais tous les épithéliomes deviennent térébrants et aboutissent finalement à la destruction de l'organe où ils siègent. A mesure qu'ils éliminent à la surface leurs détritres dégénérés, de nouveaux cônes s'enfoncent dans les organes sous-jacents et détruisent peu à peu en les étouffant les tissus qu'ils rencontrent. Le globe de l'œil, le nez, les os de la face, la langue, le pénis ne résistent pas aux progrès du néoplasme qui, à la longue, produit de hideuses mutilations. La mort peut être la conséquence des troubles fonctionnels quand le mal siège dans un organe important, mais presque toujours il s'est déjà produit de l'infiltration ganglionnaire.

En effet l'épithéliome a une tendance accentuée à se propager par les artères, les veines et surtout les lymphatiques. Des cellules épithéliales seraient transportées au sein des ganglions où elles se grefferaient, créant de nouveaux foyers. Cette propagation aux ganglions, habituellement lente, n'arrive qu'après un ou deux ans d'existence du néoplasme. D'abord on ne sent qu'une seule glande



indurée, susceptible de suppurer, comme toute adénite; par les progrès du mal plusieurs ganglions sont successivement envahis, toujours lentement. Les ganglions évoluent de la même façon que l'épithéliome. Ils grossissent en reproduisant exactement son type et sa structure, peuvent s'abcéder ou arriver à la peau en infiltrant tous les tissus qui l'en séparent. Il n'est pas rare de voir l'épithéliome récidiver sous cette forme. Quand la peau est ulcérée, les produits dégénérés accumulés à l'intérieur sont éliminés et la plaie devient un cancroïde secondaire.

**4<sup>e</sup> Période.** — *Cachexie, généralisation. Mort.* — La longue suppuration, sa fétidité, les souffrances déterminées par l'envahissement des nerfs, les insomnies, l'anxiété croissante, les hémorragies, la résorption des produits sécrétés, enfin les troubles fonctionnels graves sont les principales causes qui, après une longue résistance, altèrent la santé des malades. L'amaigrissement fait des progrès, l'appétit disparaît, le corps prend une teinte terreuse, des œdèmes passifs se développent; en un mot on voit survenir les symptômes de l'infection du sang. Celle-ci n'est pas très fréquente, mais la généralisation de l'épithéliome l'est beaucoup moins. A la cachexie succèdent le marasme et la mort. A l'autopsie on a trouvé quelquefois des tumeurs secondaires, de nature identique à la première, dans les poumons, le foie et même le cœur. PAGET et SCHROEDER auraient rencontré des tumeurs plus molles ressemblant à l'encéphaloïde.

**Diagnostic.** — Ce n'est guère qu'à la première période ou au commencement de la seconde qu'on peut avoir des doutes sur la nature de ces néoplasmes. Au début on les a confondus avec une verrue, un papillome, mais ces productions ne tendent pas à former des croûtes; cependant le diagnostic présente quelquefois des difficultés, d'autant plus que, pour certains auteurs, le papillome serait susceptible de dégénérer en épithéliome.

Le chancre induré de la lèvre, de la verge ou de la langue en a imposé plus d'une fois pour un épithéliome ulcéré; l'apparition rapide de l'adénopathie, le jeune âge du sujet, la différence de la suppuration, les antécédents permettent presque toujours de trancher la question. Les ulcères scrofuleux, les syphilides gommeuses, les fongosités des muqueuses peuvent aussi induire en erreur. Un examen approfondi, les considérations d'âge, d'évolution, d'origine, l'histoire de la maladie et, au besoin, l'examen histologique d'une parcelle de la tumeur lèveraient les hésitations. D'ailleurs, à propos de chaque région les considérations diagnostiques varient; ainsi, pour la langue, on a confondu le psoriasis lingual ou une ulcération entretenue par les aspérités d'une dent, avec le début du cancroïde.

**Pronostic.** — L'épithéliome, en tant qu'il fait partie des tumeurs infectantes, est malin; de plus, il récidive, ne guérit jamais spontanément, quoi qu'on ait dit, et se propage aux ganglions; ces raisons aggravent son pronostic. D'un autre côté, la lenteur de sa marche, la longue période qui s'écoule quelquefois entre l'ablation de la tumeur et la récidive, et que nous avons vue être de onze ans dans un cas, même de quinze ans dans d'autres, atténuent un peu sa gravité. Après ablation il peut, dit-on, guérir et ne pas se reproduire; mais ces faits sont trop exceptionnels pour servir de base.

Eu égard à leur siège, les épithéliomes des muqueuses paraissent plus graves

que ceux de la peau. Outre qu'ils évoluent plus rapidement, ils entraînent fréquemment des troubles fonctionnels (rectum, intestin, estomac, langue, larynx), qui sont incompatibles avec le maintien de la santé et souvent de la vie.

Lorsque l'affection récidive, la tumeur se reproduit sur place ou dans les ganglions voisins; la propagation ganglionnaire est d'autant plus à craindre que la région est plus riche en lymphatiques. Les lèvres et la langue offrent à ce point de vue une tendance fâcheuse, et l'on voit communément revenir le mal moins d'un an après l'ablation.

D'après LANNELONGUE, les épithéliomes qui ont une membrane limitante présentent une gravité moindre que les autres.

**Traitement.** — Il n'y a pas de remède spécifique contre l'épithéliome, et le chlorate de potasse, vanté outre mesure à l'intérieur ou comme topique depuis vingt ans, n'a jamais réussi que pour des adénomes sudoripares. Il échoue constamment contre les cancroïdes des muqueuses. Proposé par TEDESCHI en 1846, expérimenté avec succès par MILON, BERGERON, ce traitement était un peu tombé dans l'oubli lorsqu'il fut repris en 1875 par VIDAL; mais les conclusions récentes de VERNEUIL, de LÉVÊQUE, démontrent que seuls les adénomes sudoripares ou les épithéliomes cutanés peuvent être guéris par cette médication. Le mercure et l'iode de potassium n'ont pas une valeur plus grande.

Le traitement chirurgical, quand il est possible, peut seul assurer une guérison, sinon définitive, du moins temporaire. Pour cela, il est nécessaire de se rappeler que, plus on opère de bonne heure, moins il y a d'infiltration, partant moins de chances de récidives. Toutes les fois que, chez une personne âgée, on aura constaté dans une région où l'épithéliome est fréquent un bourgeon squameux ou ulcéré, on devra l'enlever sans attendre.

De même, il est prudent d'abandonner les épithéliomes trop étendus, la réparation étant alors fort difficile. Ainsi, quand un épithéliome a déjà envahi la base de la verge ou de la langue, il n'y a aucun avantage à opérer; il faut encore que le chirurgien soit sûr de pouvoir dépasser les limites du mal; aussi doit-il enlever tous les ganglions. La récidive antérieure ne saurait être considérée comme une contre-indication.

Le but du traitement chirurgical est de détruire la tumeur ou de l'extirper. Les caustiques sont les seuls moyens destructeurs mis en usage. SÉDILLOT recommandait le fer rouge; d'autres vantent le thermo-cautère. Les caustiques chimiques ont été surtout préconisés, et parmi eux on emploie de préférence la pâte de Canquoin, plus spécialement réservée aux cancroïdes étendus en surface. Les caustiques ont une action puissante, mais malheureusement mal limitée. A ce point de vue, les caustiques sont mauvais, parce qu'en détruisant la surface, ils suractivent le mal dans la profondeur.

Le raclage avec une curette aurait réussi à BALMANNO-SQUIRRHE, et CERVIS le recommande pour l'épithéliome du col utérin.

L'extirpation est de beaucoup préférable; elle doit être faite largement au bistouri, seul ou combiné avec la ligature et l'écraseur dans les régions molles et vasculaires comme la langue. De plus, il convient, pour les régions de la face, de bien calculer les incisions, de manière à pouvoir recourir ensuite à la chirurgie réparatrice.



## § 4. — Carcinome

SYNONYMES. — Cancer. — Cancer alvéolaire. — Squirre. — Encéphaloïde.

**Bibliographie.** — PEYRILHE, *Diss. de cancro*, Lyon, 1773. — POUTEAU, *Œuvres posthumes*, 1783. — ABERNETHY, *London Surg. Obs.*, 1804. — BAYLE, *Biblioth. méd.*, t. XXXV, 1812. — VELPEAU, *Revue méd.*, 1825, t. 1<sup>er</sup>. — SCARPA, *Mém. sur le squirre et le cancer*, Milan, 1821. — LISFRANC, *Arch. gén. de méd.*, 1826. — CARSWELL, *Cyclop. of Med. prat.*, 1834, art. SCHIRRUS. — MANDL, *Arch. gén. de méd.*, 1840. — BENNETT, *On Cancer a. Cancroïd. Growths*, Edinburgh, 1849. — VIRCHOW, in *Arch. de Virchow*, 1847, t. 1<sup>er</sup>, et 1849, t. III. — BROÇA, *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1850, t. XVI. — FOLLIN, in *Arch. gén. de méd.*, t. 1<sup>er</sup>, 1855. — MARC D'ESPINE, *Essai de statistique*, Genève, 1858. — LAWRENCE, *The Diagnosis of Surg. Cancer.*, London, 1858. — LEBERT, *Traité pratique des mal. cancér.*, 1851. — BRESLAU, *Arch. de Virchow*, t. XXVIII. — CORNIL, *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XXVII, 1867. — HÉNOCQUE, *Gaz. hebdom.*, t. XXVIII. — WALDEYER, in *Arch. de Virchow*, t. XLI, 1867. — RANVIER, in *Arch. de physiol.*, t. 1<sup>er</sup>, 1868. — KÖSTER, *Entwickel. d. Carcinome u. Sarcome*, Wurtzburg, 1869. — DOUTRELPONT, *Arch. de Virchow*, t. XLV, 1869. — CAMPBELL, *Med. Times a. Gaz.*, 1872. — LUTAUD, *Arch. gén. de méd.*, 1874, t. XXIV, 6<sup>e</sup> série. — *Revue de Hayem*, passim. — FISCHER, *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, t. XIV, 3, 4. — GUSSENBAUER, *Arch. de Langenbeck*, t. XIV, 361. — KOCHER, *Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, t. XIII, 1, 2. — LINDNER, in *Volkmann's klin. Vortrage*, n° 196. — OLDEKOP, *Arch. de Langenbeck*, t. XXIV, 3, 4. — SPRENGEL, in *Arch. de Langenbeck*, t. XXVII. — WINWARTER, *Beitrag zur Statistik der Carcinome*, Stuttgart, 1878. — NEFFER, *Arch. de Virchow*, t. LVII. — WÖLFLE, in *Arch. de Langenbeck*, t. XXVI et XXVII. — LANDSBERGER, in *Ibid.*, t. XXIX, p. 98. — *Anat. Pathol.*, in *Revue de Hayem*, t. XVIII, 1880, p. 437.

Thèses de Paris. — 1803, LEGOUX. — 1864, MORICOURT. — 1865, CHAILLOU. — 1866, MIGNOT, RAVIER. — 1869, REY. — 1871, NEVEUX. — 1873, DUPUY. — 1874, CALMERS. — DUTHIL. — 1875, CROIZET. — 1877, SALLE. — 1881, DESFOSSE. — 1882, LEGOUPIES. — 1883, LECLERC.

Thèses de Montpellier. — 1872, HYVERT.

Voir les *Traité généraux*, les *Classiques*, les *Dictionnaires* et les *Traité d'anatomie pathologique*.

**Définition.** — Le carcinome est constitué par des amas de cellules épithéliales d'origine embryonnaire, contenues dans un stroma alvéolaire ou caverneux. Il a pour principaux caractères de se propager aux ganglions, de récidiver et de se généraliser par infection.

**Anatomie pathologique.** — Dans tout carcinome, on trouve trois sortes d'éléments : 1° le stroma ; 2° les cellules ; 3° les vaisseaux.

1° *Stroma.* — La charpente du carcinome de nature conjonctive varie beaucoup, suivant les espèces que l'on considère. Elle est formée par des travées ou cloisons qui limitent les alvéoles en communication les unes avec les autres, et dont l'assemblage représente un tissu caverneux dans lequel sont renfermées les cellules. Le stroma lui-même contient dans son épaisseur des cellules connectives ordinaires ou déjà déviées du type normal.

2° *Cellules.* — En pressant la coupe fraîche d'un carcinome ou en raclant sa surface, on obtient un liquide plus ou moins trouble auquel, dès 1828, CRUVEILHIER avait donné le nom de *suc cancéreux*. Ce sont les éléments contenus dans les alvéoles qui, avec un peu de matière intercellulaire, forment ce suc cancéreux. On y trouve des cellules polymorphes, rondes, polygonales, munies de prolongements ou aplaties en forme de raquette. Leurs dimensions varient entre 9 et 40  $\mu$ . Les plus grosses cellules, véritables cellules géantes, contiennent des noyaux multiples ; il n'est pas rare d'en trouver quinze ou vingt.

Tous les auteurs, depuis WALDEYER, admettent la nature épithéloïde des cellules du carcinome, seuls CORNIL et RANVIER soutiennent encore une opinion différente. Pour eux, les cellules n'ont rien de spécial, la structure alvéolaire du stroma suffit pour caractériser le carcinome.

WIRCHOW a donné le nom de cellules *physaliphores* à des éléments du carcinome dont les nucléoles très gonflés et vésiculeux atteignent les limites du noyau.

3° *Vaisseaux sanguins.* — La circulation sanguine des carcinomes se trouve largement assurée par un système de vaisseaux contenus dans le stroma, où ils forment un réseau en communication avec les veines de la périphérie. Ces tumeurs sont très riches en lymphatiques, qui se terminent à l'intérieur des alvéoles.

**Origine du carcinome.** — Les partisans de la théorie cellulaire considéraient le carcinome comme une tumeur d'origine conjonctive. Une partie des cellules formerait le stroma alvéolaire et fibreux, tandis qu'une autre partie donnerait naissance par prolifération aux cellules contenues dans les alvéoles. Cette manière de voir n'est plus acceptée aujourd'hui par la majorité des anatomopathologistes. WALDEYER, KLEBS, LÜCKE, KOSTER ont démontré la nature épithéliale du carcinome. Ces néoplasmes, d'après KOSTER (1869), résulteraient de la prolifération des endothéliums lymphatiques. KLEBS, RINDFLEISCH, NEUMANN, plus éclectiques, font jouer un rôle dans la pathogénèse du carcinome aux épithéliums préexistants, aux cellules du tissu conjonctif, aux leucocytes et aux endothéliums lymphatiques. WALDEYER n'a jamais rencontré le carcinome primitif dans les organes qui ne contiennent pas d'épithélium, et il a trouvé dans tous les cas une communication directe avec les épithéliums préexistants. Il est difficile de se faire actuellement une opinion au milieu d'assertions si divergentes, et il convient d'attendre de nouveaux travaux pour trancher cette question de l'origine du carcinome.

**Accroissement du carcinome.** — Le cancer épithélial s'accroît de deux façons différentes : 1° par prolifération intérieure des éléments déjà formés ; 2° par infiltration des parties voisines. De nouveaux alvéoles se forment incessamment dans le tissu, aux dépens du stroma fibreux et des cellules qu'il renferme. D'un autre côté, les tissus voisins sont peu à peu envahis par le produit morbide, qui pousse ainsi de véritables racines. Enfin, la remarquable tendance du carcinome à se propager par la voie lymphatique rend compte du développement très actif par contiguïté.

**Espèces et variétés du carcinome.** — Les principales divisions admises depuis LAËNNEC ont pour base quelques-uns des caractères de ces néoplasmes.



Ce sont surtout les modifications du stroma qui paraissent avoir servi à différencier les variétés du carcinome. Les cellules contenues dans les alvéoles ont été quelque peu laissées de côté, et leur polymorphie serait le fait des pressions plus ou moins fortes qu'elles éprouvent. Quand le liquide intercellulaire est abondant, elles conservent leur forme assez régulièrement arrondie.

Nous décrivons avec les auteurs quatre espèces de carcinome : 1° le *carcinome fibreux* ou *squirre*; 2° le *carcinome encéphaloïde* ou *médullaire*; 3° le *carcinome mélanique*; 4° le *carcinome colloïde*.

1° **Carcinome fibreux ou squirre.** — Le squirre n'acquiert jamais un grand



Fig. 12. — Coupe histologique d'un squirre du sein, structure alvéolaire.  
F, tissu conjonctif fibreux, — C, cellules cancéreuses contenues dans les alvéoles.

volume; dur, résistant, il crie sous le scalpel; sa coupe bleuâtre, un peu transparente, est sillonnée de raies rougeâtres et de foyers de même couleur surtout abondants à la périphérie. Le raclage de la coupe donne peu de suc. L'épaississement des travées conjonctives ainsi que leur prédominance sur le contenu des alvéoles caractérisent nettement le squirre.

Cette variété offre assez souvent un aspect un peu différent. Le contenu des alvéoles subit la dégénérescence granulo-graisseuse, et les lymphatiques résorbent ces produits. Aussi la tumeur diminue-t-elle sensiblement, phénomène qui a valu à cette espèce de carcinome le nom de *squirre atrophique*. La tumeur semble revenir sur elle-même, se ratainer; la peau s'enfonce au niveau des points atrophiques.

2° **Carcinome encéphaloïde ou médullaire.** — Dans cette espèce, la structure est toute différente. Les alvéoles sont très vastes, tandis que le stroma est

peu développé. Une coupe pratiquée à travers la tumeur permet de constater à la loupe l'existence d'alvéoles. La surface de la section offre d'ailleurs les aspects les plus divers, suivant le degré de vascularisation du néoplasme. Elle est tantôt grise, jaune ou rosée, tantôt de couleur plus foncée, même rouge brun.

Le raclage ou la pression en font sortir un suc laiteux, toujours abondant. L'analogie que présente cette variété du carcinome avec la matière cérébrale lui a valu le nom de cancer encéphaloïde. Sa mollesse explique suffisamment son développement ainsi que sa généralisation rapides.

On distingue plusieurs formes de carcinome encéphaloïde, suivant les modifications qui surviennent dans les éléments constitutifs. Lorsque les cellules sont contenues dans de vastes alvéoles, la pression permet d'en exprimer un suc épais (*carcinome pultacé*). La transformation érectile ou hématoïde, l'une

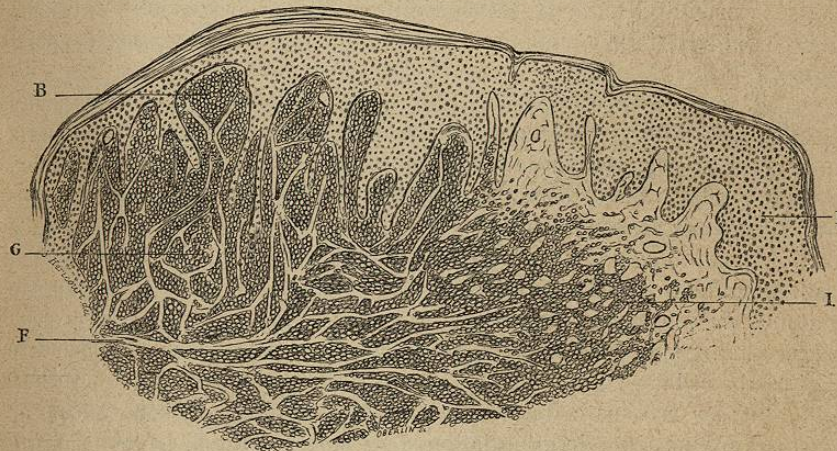


Fig. 13. — Coupe d'un carcinome de la peau. — Tumeur secondaire.  
B, bourgeons épithélioïdes, — G, amas de cellules cancéreuses intra-alvéolaires, — F, stroma,  
I, Zone d'infiltration périphérique, — P, Peau.

des plus fréquentes, mérite de nous arrêter un instant. Rien ne s'oppose à l'expansion des capillaires du réseau vasculaire, aussi ces petits vaisseaux, d'abord flexueux, moniliformes, poussent des prolongements qui s'enfoncent en végétant dans l'intérieur des alvéoles. On comprend aisément que la rupture de ces canaux ait pour conséquence la production de foyers hémorragiques multiples, dont la présence modifie la nature et l'aspect du néoplasme.

Signalons encore le carcinome lipomateux, dans lequel de larges gouttelettes graisseuses, analogues à celles du lipome, remplissent les alvéoles. Ces tumeurs peuvent se généraliser sous cette forme exceptionnelle.

3° **Carcinome muqueux ou colloïde.** — Sa coupe offre un aspect gélatineux; on y retrouve bien encore les éléments de l'encéphaloïde, mais les cellules remplies de mucine se gonflent démesurément, deviennent vésiculeuses, physalypheuses, se crèvent, et par leur destruction donnent naissance à un pro-