Kelsch et Kiener, rapprochant leurs deux observations personnelles de l'observation de Griesinger, avaient décrit comme types d'adénome du foie, des tumeurs enkystées dans le parenchyme hépatique et d'une structure spéciale; ces nodosités enkystées se composaient en effet de cylindres pleins formés de cellules épithéliales cubiques; dans les petites nodosités, on voyait les cellules des cylindres épithéliaux se continuer avec les cellules du lobule hépatique et garder avec celles-ci une grande similitude. A l'exemple de Kelsch et Kiener, Sabourin sépara ces tumeurs des épithéliomes et en fit des adénomes; mais, au lieu de voir dans la cirrhose du foie qui accompagne ces productions une lésion purement concomitante, il admit que cette cirrhose est primitive et bien la cause fondamentale du processus adénomateux. De même la sclérose du rein engendrerait une évolution spéciale des tubes urinifères susceptible d'aboutir à la formation de kystes ou encore de tumeurs épithéliales (adénomes du rein).

L'évolution clinique de l'adénome du foie ne répond pas à l'idée que nous nous faisons en général de l'adénome. Toujours, en effet, la maladie s'est terminée par la mort en moins de deux ans; souvent les éléments épithéliaux ont envahi les veines sus-hépatiques, poussant parfois leurs prolongements jusque dans la veine cave, et même jusqu'au cœur; aussi des doutes se sont-ils élevés au sujet de la nature exacte de ces productions hépatiques et rénales. Lancereaux n'hésite pas à les rapporter au carcinome; Hanot et Gilbert [1] nous démontrent que, si le groupement et les caractères individuels des éléments épithéliaux décèlent l'origine glandulaire des cordons adénomateux, il n'en est pas moins vrai que les cellules des nodosités diffèrent des cellules hépatiques, par leurs dimensions presque toujours plus petites, par la faible quantité du protoplasma, son aspect moins granuleux et ses réactions colorantes. Il est bien difficile, après avoir lu leurs descriptions minutieuses et regardé leurs belles planches, de ne pas conclure comme eux que cette affection du foie ne mérite pas le nom d'adénome, mais qu'il s'agit d'un épithéliome qu'on peut indifféremment qualifier de tubulé ou de trabéculaire.

Les tumeurs de l'ovaire ne nous semblent pas davantage mériter le titre d'adénome : outre que l'organe n'a rien de glandulaire, ses néoformations n'arrivent jamais à rien édifier qui se puisse comparer à un follicule de de Graaf, elles gardent constamment un caractère embryonnaire qui permet seulement de les rapprocher des cordons de Pflüger : à ce titre, ce sont bien des tumeurs épithéliales embryonnaires, des épithéliomas en un mot.

Parmi les grosses glandes, je ne vois plus à signaler comme siège d'adénomes que les glandes salivaires et le corps thyroïde. Je renvoie pour les premières aux généralités du début [2].

Quant au *corps thyroïde*, on sait qu'il est souvent le siège de tumeurs, variables d'aspect et de structure, qu'on réunit sous le nom générique de goitres. Certains goitres sont de véritables hypertrophies partielles du tissu glandulaire : on voit, en effet, les cordons folliculaires bourgeonner comme au moment du premier développement, puis subir des étranglements et former des follicules nouveaux : il en résulte des lobules et des lobes qui se circonscrivent et s'isolent, constituant, ainsi que l'admet Wolfler [3], de véritables adénomes du corps thyroïde.

[1] Hanot et Gilbert, *Études sur les maladies du foie*, 1888.
[2] Je ne connais pas de description histologique d'un adénome vrai de la parotide ou de la glande sous-maxillaire.
[3] Wolfler, *Entwickelung u. s. w. der Schilddrüse*. Wien, 1880, et *Langenbeck's Archiv*, 1883.

INTERPRÉTATION ET PATHOGÉNIE DES TUMEURS DITES ADÉNOMES

Cette courte revue des adénomes étudiés dans les différents organes où ils ont été décrits nous laisse évidemment cette impression que cette classe de tumeurs a primitivement englobé des productions très différentes qu'on a peu à peu différenciées, puis mises à part au point de réduire à un très petit nombre les cas dignes d'y figurer encore.

Dans la peau, les vrais adénomes, les sébacés ou sudoripares, demeurent des faits exceptionnels et peut-être sont-ils destinés à disparaître. Dans les grosses glandes, je ne trouvais déjà dans la 1re édition de ce livre, comme méritant le nom d'adénomes, que les tumeurs goitreuses du corps thyroïde; j'acceptais l'interprétation de Wolfler; il est possible qu'il faille en rabattre. En 1891, Jaboulay [1] ensemençant des fragments de goitre obtint des cultures de staphylocoques; se basant, d'autre part, sur le développement du corps thyroïde à la suite des maladies infectieuses : fièvre typhoïde, fièvre puerpérale, influenza, angines répétées, sur les excellents résultats des injections antiseptiques, telles que l'iode, l'éther iodoformé, etc., puis sur la persistance possible chez un certain nombre d'individus, du canal qui, chez l'embryon, fait communiquer la cavité buccale avec le thyroïde, Jaboulay en conclut que le goitre était d'origine infectieuse. Ces idées ont été reprises dans la thèse de Rivière [2]. Continuant les recherches de Jaboulay, Rivière a soumis 15 cas de goitre à l'examen bactériologique; or, 12 fois, il a rencontré du staphylocoque doré ou blanc, 1 fois un strepto-bacille, 1 fois un staphylocoque cereus albus de Passet, 1 fois un coccus indéterminé; il est important de noter que les tumeurs dont on s'est servi pour faire les inoculations étaient bien des goitres et non des thyroïdites.

Ces recherches sont à coup sûr très intéressantes; elles n'entraînent pas cependant la conviction d'une manière absolue : il ne suffit pas de trouver des micro-organismes dans une néoformation pour être en droit d'affirmer que cette dernière en a été la conséquence. Nous savons que les néoplasmes s'infectent secondairement aussi bien que les tissus normaux; rien ne prouve donc que les staphylocoques rencontrés par Jaboulay et Rivière n'aient pas été postérieurs à la formation du goitre et n'y aient pas été consécutivement amenés. Toute incertitude disparaîtrait si, au moyen d'inoculations faites aux animaux, on était capable de provoquer la formation d'un goitre; or, les auteurs précédents ont toujours échoué dans leurs tentatives, alors que pourtant ils s'adressaient à des animaux tels que le chien et le mulet, qui sont susceptibles d'être atteints spontanément d'hypertrophie thyroïdienne.

C'est cette théorie de l'inflammation comme origine des adénomes, que M. Delbet, ai-je dit plus haut, a généralisée, en traitant plus spécialement de l'étude des adénoïdes du sein. Voici quelle est sa conception des adénomes du sein : l'inflammation chronique a le pouvoir de provoquer dans la mamelle la formation d'acini et celle de nodules fibreux : la prédominance de l'un des deux processus détermine la morphologie fibromateuse ou acineuse; dans les formes diffuses, la prédominance acineuse aboutit à la *maladie kystique* de la mamelle (dite de Reclus), la prédominance de l'élément fibreux aboutit à la *maladie*

[1] Rivière et Jaboulay, *Bull. de la Soc. des sc. méd. de Lyon*, février 1892.
[2] Thèse de Lyon, 1892-1893, n° 814.

noueuse de Tillaux. L'auteur ajoute qu'il a constamment trouvé dans le liquide des kystes du staphylocoque blanc [1]. De même, Gandier et Surmont [2], observant un cas de maladie noueuse, ont obtenu par la pression des conduits galactophores, un liquide séro-purulent qui renferme du *staphylococcus albus*.

Delbet prévoit bien qu'on lui objectera qu'il a eu affaire à des mammites chroniques et non à de véritables néoplasmes; malheureusement il ne nous donne aucune preuve convaincante du contraire. Il est bien évident aujourd'hui que certaines altérations du sein rangées parmi les tumeurs doivent en être distraites et être rattachées au chapitre des inflammations; tels sont en particulier, je ne dirai pas tous les cas de maladies kystiques de la mamelle, mais bon nombre d'entre eux. A ce point de vue, j'ai précédé M. Delbet de cinq ans, car, dès 1888 [3] (le mémoire de Delbet dans les *Bulletins de la Société anatomique* n'est que de 1893), j'éliminai du cadre des tumeurs certains faits dits « maladies kystiques de la mamelle » pour les rattacher aux inflammations, les appelant *scléroses épithéliales* ou *cirrhoses épithéliales* du sein pour avertir « qu'un processus irritatif s'est produit dans le tissu conjonctif au contact même des acini » et que « l'irritation épithéliale est le fait capital et primitif ». Je démontrais donc que l'inflammation est susceptible de donner naissance à de fausses tumeurs du sein; j'ai, de mon côté, rencontré des nodosités kystiques ou fibreuses circonscrites, qu'on était en droit de regarder comme de nature inflammatoire. J'ai enlevé en 1894 un adénoïde, dans les kystes duquel M. Lesage découvrit du pneumocoque; or, la malade avait eu, quelques mois auparavant, une grave atteinte d'influenza. On sait d'ailleurs, depuis les travaux de Nocard, que certains noyaux de mammite chronique chez les vaches laitières, sont le résultat de l'inoculation de la mamelle par un microbe pathogène. Tous ces exemples ne prouvent qu'une chose : c'est que certaines productions simulant la tumeur sont de nature inflammatoire; ils ne prouvent pas que tous les adénoïdes soient de même; alors même que nous démontrerons que les véritables adénoïdes renferment du staphylocoque, cela n'entraînerait pas la conviction, car ce staphylocoque se rencontre très fréquemment dans le lait de femme, même quand les mamelles sont absolument saines [4]. Je conclus que la preuve expérimentale du développement des adénoïdes par le staphylocoque blanc n'étant pas jusqu'ici apportée, l'opinion de Delbet n'est qu'une hypothèse généralisant pour tous les adénomes mammaires ce que d'autres et moi nous soutenons pour un petit nombre de productions que nous avons précisément distraites des tumeurs.

Je pense que le terme d'adénome devra peu à peu disparaître de la nosologie comme celui de papillome, car il ne désigne comme ce dernier qu'une forme, qu'un arrangement spécial des éléments, et non une structure spécifique; il rassemble côte à côte les produits nettement inflammatoires des épithéliomes typiques, des tumeurs conjonctives à retentissement épithélial, et peut-être des tumeurs complexes, il en résulte, qu'appliquant un même mot à des productions qui n'ont de commun que la morphologie initiale, on arrive à des divergences comme celles qui se sont produites pour l'interprétation de la maladie kystique de la mamelle.

(1) En collaboration avec Longuet.
(2) *Bull. de la Soc. de biol.*, 2 février 1895.
(3) Soc. de chir., 1888. Séance du 22 février.
(4) Charrin (Soc. de biol., 1893) a pu cultiver du lait fourni par 41 nourrices de la Maternité, vigoureuses et bien portantes, et dont les enfants étaient en parfaite santé; or, 27 fois les cultures ont donné abondamment des *staphylococcus albus* à l'exclusion de tout autre microbe.

Le même raisonnement serait applicable aux « adénomes à cellules cylindriques ». Un certain nombre, comme ceux qu'on observe dans les gastrites, les endométrites, etc., sont manifestement de nature inflammatoire; d'autres sont de véritables néoplasmes, ou des malformations congénitales; de l'analogie, ou même de l'identité apparente de structure, vous ne pouvez conclure à l'identité de nature, car aussi bien certaines coupes d'adénomes types du rectum pris chez les enfants sont superposables à des coupes d'épithéliomes cylindriques des plus malins, et vous aboutiriez à soutenir que le cancer du rectum n'est qu'une lésion inflammatoire.

II

ÉPITHÉLIOMES

L'épithéliome et le carcinome sont des tumeurs à parenté étroite, toutes deux d'origine épithéliale. Tel est le premier fait que je dois établir, je donnerai ensuite une description séparée de leurs caractères anatomiques et cliniques, mais j'envisagerai en commun leur étiologie et leur thérapeutique.

ORIGINE ÉPITHÉLIALE DU CANCER

Aujourd'hui, l'origine épithéliale du cancroïde [1] semble à peine avoir besoin d'être énoncée, elle a été soupçonnée dès les premières applications du microscope à l'étude anatomique des tumeurs. Ainsi, dès 1852, Hannover [2] avait publié une monographie sur l'épithélioma, dans laquelle il affirmait que les cellules de ces tumeurs ne peuvent venir que de l'épithélium préexistant. Mais c'est Thiersch [3] qui, d'une façon définitive, a établi l'origine épithéliale des cancroïdes. Thiersch a, non sans raison, insisté sur l'analogie du processus pathologique avec celui des involutions de l'ectoderme chez l'embryon.

Il est encore facile de vérifier cette origine en examinant des portions de peau dans la zone d'envahissement de la tumeur; on voit au niveau d'un espace interpapillaire des bourgeons épithéliaux partir du corps muqueux de Malpighi et s'enfoncer dans le derme. L'origine épithéliale ne ressort pas moins de l'analyse des éléments qui constituent les épithéliomas cutanés : on constate la plus grande analogie, sinon l'identité, entre les éléments des épithéliomas lobulés et les cellules de l'épiderme; leur évolution est parallèle et aboutit à la formation de produits cornés identiques, par le même procédé, c'est-à-dire par l'élaboration au sein des cellules de gouttelettes d'une substance très réfringente, l'éléidine.

L'origine épithéliale n'est pas moins certaine pour les tumeurs qui se développent aux dépens des muqueuses à épithélium cylindrique telles que la muqueuse gastro-intestinale : elle est en effet aussi évidente pour les épithéliomes à cellules cylindriques que pour les adénomes, c'est là un fait que Cornil [4] a mis en lumière en 1868.

(1) Ou épithéliome de la peau.
(2) Hannover, *Das Epithelioma.* In *Jenaische Zeitschrift*, Bd. VI, 1852.
(3) Thiersch, *Der Epithelialkrebs, namentlich der Haut.* Leipzig, 1865.
(4) Cornil, *Journal d'anat.*, 1865.