ment bénignes qu'on a pu douter de leur nature et qu'on a songé à les distraire du groupe des tumeurs [1].

Nous savons, d'autre part, qu'on a cherché à expliquer la lenteur de leur évolution par une localisation primitive du néoplasme dans les glandes sébacées et sudoripares; je ne puis que renvoyer à ce que j'ai dit au sujet de l'adénome et de l'épithéliome des glandes de la peau [2].

Il serait difficile de donner une description générale des troubles de la sensibilité provoqués par les épithéliomes: les phénomènes douloureux varient beaucoup en effet suivant la localisation du néoplasme. La plupart du temps un épithéliome ne détermine que peu de douleurs tant qu'il n'est pas ulcéré: une fois l'ulcération produite, la douleur est proportionnelle aux irritations incessantes auxquelles l'ulcère est soumis par la fonction même de l'organe. Il va sans dire qu'il faut, en outre, et surtout, compter avec les propagations de l'épithéliome aux troncs nerveux.

L'envahissement ganglionnaire se traduit dans l'épithéliome par l'apparition d'une petite glande sensible, très dure et d'abord isolable, puis les glandes se fusionnent, s'ulcèrent et amènent en quelques semaines plus de gêne fonctionnelle et plus de douleurs que la tumeur primitive n'en avait jusqu'alors déterminé. Des phénomènes inflammatoires avec production de pus ou de liquide puriforme, en petits foyers ou infiltrés, peuvent venir s'ajouter aux symptômes antérieurs.

Les malades atteints d'épithéliomes meurent tantôt de cachexie, tantôt et le plus souvent de complications provoquées par le mauvais fonctionnement d'un organe essentiel atteint primitivement ou secondairement, tantôt enfin d'hémorragies répétées, voire même, mais plus rarement, d'une seule hémorragie grave provoquée par l'ulcération d'une artère volumineuse.

La durée peut varier d'un an (cancer de la langue) à plus de vingt ans (*ulcus rodens*). Nous avons observé un de ces cancroïdes qui avait détruit 12 ou 15 centimètres de la peau de la face antérieure de la cuisse sans donner lieu au moindre engorgement des ganglions de l'aine au bout de quinze ans. Les cancroïdes de la face se font spécialement remarquer par la lenteur de leur évolution et l'absence d'infection locale ou générale, ils arrivent ainsi à ulcérer toute une moitié de la face, à détruire le nez, vider les orbites tout en restant une affection purement locale: tel était le cas d'un vieillard que nous avons observé à Bicêtre et que reproduit notre figure 71.

Le pronostic des épithéliomes est très variable et nécessite qu'on prenne en considération chacune des conditions suivant lesquelles ils se développent. L'âge avancé du malade, le siège à la peau, dans une région où le mal échappe aux causes inflammatoires et irritatives [3], la forme superficielle avec tendance des cellules à se rapprocher de l'évolution normale, voilà autant de conditions favorables à la bénignité du pronostic. Au contraire, doivent être réputés graves tous les cancroïdes des muqueuses ou des zones intermédiaires, les formes profondes sans délimitation nette, dans des régions riches en lymphatiques et en vaisseaux sanguins, chez des sujets de moins de soixante ans.

Dans ces derniers cas, une opération même précoce ne tarde pas à être suivie

(1) Les Anglais les ont décrites sous le nom d'*ulcus rodens*.
(2) Voy. p. 344 et 360.
(3) Peut-être faut-il aussi faire intervenir la densité du chorion comme pouvant opposer une résistance à l'envahissement épithélial.

d'une récidive soit au lieu même de l'opération, soit dans les ganglions de la région. Dans les formes bénignes, au contraire, on peut espérer, pour certains cas, une guérison radicale. Billroth ne met pas en doute que la cure ne puisse être complète et définitive à la suite de l'extirpation. Bien plus, des dermatologistes distingués [1] admettent que les cancroïdes superficiels peuvent guérir spontanément ou à la suite de traitements purement médicaux [2].

Je m'arrêterai peu au diagnostic différentiel des épithéliomes pavimenteux; il trouvera plus naturellement sa place à l'étude des tumeurs de chaque organe; je me bornerai à insister sur l'importance de l'induration sur laquelle repose l'ulcère épithélial, et de l'ourlet induré qui le borde. Les ulcères qui peuvent prêter à confusion sont principalement les ulcères syphilitiques, puis les ulcères tuberculeux, les ulcères simples, etc.

Je n'ai que quelques mots à ajouter sur la marche clinique des autres variétés d'épithéliomes dont j'ai déjà indiqué assez complètement l'évolution au chapitre d'anatomie pathologique.

L'*épithéliome calcifié*, à l'inverse du cancroïde vulgaire, se développe presque toujours chez des sujets jeunes (de 9 mois à 7 ans, 18 ans, 20 ans, etc.) [3]. Il constitue une tumeur dure, mobile sous la peau, grosse comme un pois ou comme une grosse noix; en somme, il présente les caractères cliniques d'un kyste sébacé à contenu très dur.

Son pronostic est des plus bénins, il grossit très lentement, s'enkyste, ne récidive pas et n'infecte jamais les ganglions lymphatiques.

L'*épithélium cylindrique* du tube digestif, du foie ou de l'utérus, n'est guère cliniquement distinct du cancer; nous savons du reste que la plupart des tumeurs décrites sous le nom de cancers colloïdes ne sont autre chose que des épithéliomes cylindriques. Ces tumeurs ont donc un pronostic grave à la fois par les entraves qu'elles apportent au fonctionnement des organes [4] et par leur généralisation fréquente.

Il n'y a peut-être d'exception à faire que pour la variété mucoïde: ici l'évolution kystique semble éteindre le travail néoformateur; en tout cas la récidive est plus rare et la généralisation assez exceptionnelle.

Les *épithéliomes à corps oviformes ou cylindromes* ont presque toujours été rencontrés à la face ou dans la région parotidienne, néanmoins on en a signalé à la main (Lucke), au périnée (Paquet et Herrman) [5] et au dos [6]; leur volume, souvent égal à celui d'une fève ou d'une noix, peut s'élever à celui du poing; leur surface est arrondie, parfois lobulée. Ces tumeurs sont assez mobiles et s'énucléent facilement du tissu cellulaire où elles sont comme encapsulées,

(1) Kaposi, *Maladies de la peau*, 1881.
(2) Le pronostic est tellement variable d'après le siège du mal, qu'il nous paraît rationnel de renvoyer à la pathologie spéciale l'étude statistique du pronostic des épithéliomes. Il est intéressant de noter que certains ulcères présentent au moins partiellement les phénomènes d'une cicatrisation spontanée (voy. Blum et Duval, *Du cancroïde de la peau*. In *Archives de méd.*, 1883).
(3) Malherbe, *Loc. cit.*
(4) Cornil et Ranvier rapportent l'histoire de trois cas d'épithéliomes cylindriques de l'utérus, dans lesquels le néoplasme avait envahi les parties voisines, les ganglions; la vessie et le rectum dans un cas, les nerfs sciatique et crural dans un autre.
(5) Thèse de Thiéry. Lille, 1888.
(6) *Idem*.

mais après s'être longtemps contentées de refouler les tissus, elles finissent par envahir les parties voisines, érodent les os, et parfois amènent l'ulcération des téguments : alors ces ulcères prennent tout à fait l'aspect des ulcères cancroïdaux de la face.

La marche du cylindrome est progressive, mais lente. La récidive après l'opération s'observerait dans un cinquième des cas; la généralisation est rare, mais elle a été observée une fois sur vingt. En somme, ce sont, suivant la remarque de Malassez, des tumeurs d'une demi-malignité et pour lesquelles l'opération doit être large et précoce.

L'*histoire de l'épithéliome polymorphe* n'est faite que d'après deux observations.

Dans celle de M. Lerat, prise chez un vieillard de soixante-dix ans, la tumeur, grosse comme le bout du petit doigt, était située sur le dos du nez : son début datait de douze ans; elle était mobile, indolente, molle par places, mais çà et là présentait des points durs. Deux mois avant l'opération la tumeur s'était accrue rapidement et avait augmenté d'un tiers [1].

Dans l'observation de Trélat [2], il s'agissait d'un homme de trente-neuf ans portant depuis quatre ans à la lèvre inférieure, sur la ligne médiane, à 1 centimètre du rebord muqueux, une tumeur du volume d'une noisette, indolente, sèche et dure. La tumeur était implantée par un pédicule qui s'enfonçait à 1 millimètre de la surface muqueuse, et enchâssée dans une sorte de cupule cutanée d'où elle fut aisément énucléée.

En somme, par plus d'un point, les caractères cliniques de ces tumeurs se rapprochent de ceux de l'épithéliome calcifié. Mais ces deux observations sont véritablement insuffisantes pour permettre de poser les règles du diagnostic, et d'établir le degré de bénignité de ces néoplasmes.

III

CARCINOME

Anatomie pathologique.

On définit classiquement le carcinome une tumeur dont le stroma fibreux délimite des alvéoles communiquant entre eux et renfermant des cellules indépendantes les unes des autres.

Il est résulté de notre étude générale des tumeurs épithéliales, que la structure alvéolaire n'est ni suffisante, ni nécessaire pour caractériser le carcinome. Il faut nommer carcinomes toutes les tumeurs dans lesquelles, avec ou sans structure alvéolaire, des cellules d'origine épithéliale sont infiltrées dans les tissus, soit en foyers, soit isolément; c'est donc la diffusion de cellules épithéliales en voie d'accroissement monstrueux qui constitue le carcinome. De la sorte, le carcinome ne devrait pas être envisagé comme une espèce à part dans la famille épithéliale, mais comme un mode de terminaison possible ou tout au

(1) Malherbe, *Arch. de méd.*, 1885.
(2) Lejars, *Arch. de méd.*, 1885.

moins comme une manière d'être, de la plupart des variétés d'épithéliomes. Ce mode de terminaison, rare pour l'épithéliome pavimenteux, l'est moins pour l'épithéliome cylindrique; il est fréquent pour l'épithéliome glandulaire, aussi trouvons-nous chez un certain nombre d'auteurs le carcinome décrit sous la rubrique « épithéliome glandulaire ». Je le répète, l'infiltration et la diffusion s'observent dans toutes les variétés, aussi bien dans l'épithéliome cylindrique que dans l'épithélium glandulaire.

Donc, si dans ce chapitre j'ai particulièrement en vue les épithéliomes glandulaires, ce n'est pas que les glandes aient le monopole de l'évolution carcinomateuse, elles en ont tout au plus la spécialité. En même temps qu'une forme épithéliale est plus ramassée et plus lente dans sa marche, elle est composée de cellules qui se rapprochent davantage des épithéliums normaux; est-elle d'allure rapide et infiltrée dans les tissus, ces cellules ne subissent aucune des transformations qui rappellent l'évolution physiologique; elles restent à l'état embryonnaire, et c'est là une des raisons qui ont fait méconnaître à la fois la vraie origine des carcinomes et la parenté des épithéliomes glandulaires et tégumentaires. On pourrait, en somme, mettre en regard de l'épithéliome glandulaire typique de Malassez le cancroïde à évolution épidermique ou sébacée, ou encore l'épithéliome cylindrique avec formations tubulaires, de même qu'on pourrait rapprocher de l'épithélium glandulaire atypique les formes diffuses du cancroïde et les formes infiltrées de l'épithélium cylindrique.

On voit par là que le carcinome cesse d'être à nos yeux une entité morbide. Anatomiquement, il ne peut être caractérisé par la disposition alvéolaire, puisque, même dans les cancers types, celle-ci est parfois remplacée par une dissémination des éléments entre les faisceaux conjonctifs, et que d'autre part cette disposition alvéolaire s'observe dans les cancroïdes.

Cliniquement, il ne peut être caractérisé par son évolution rapide ou sa tendance à la généralisation, puisque beaucoup d'épithéliomes cylindriques et quelques épithéliomes pavimenteux l'égalent en malignité et se généralisent comme lui. Peut-être vaudrait-il mieux revenir aux anciens usages et ne plus conserver au mot *cancer* ou *carcinome* qu'un sens purement clinique, celui de tumeur épithéliale maligne. J'ai suffisamment insisté sur l'évolution des épithéliomes, des téguments et des muqueuses pour ne plus avoir à revenir sur leur forme infiltrée; il ne me reste donc à étudier au chapitre Carcinome que l'épithéliome glandulaire [1].

Épithéliome glandulaire.

L'épithéliome glandulaire peut être primitif ou bien résulter soit de l'envahissement de proche en proche, soit de la généralisation d'un épithélioma, d'une muqueuse ou de la peau. Je puis citer, parmi les glandes ou parenchymes le plus fréquemment envahis, la mamelle, le testicule, la parotide, l'ovaire, le rein, la prostate, etc., plus rarement le foie [2], le pancréas, le corps thyroïde, etc.

L'épithéliome glandulaire se présente à l'œil nu sous des aspects très différents : tantôt la tumeur est volumineuse, arrondie, bosselée, vasculaire, de

(1) J'entends par là l'épithéliome des grosses glandes, car à vrai dire l'histoire de toute une série d'épithéliomes glandulaires a été faite avec les épithéliomes de la peau et des muqueuses.
(2) Je parle, bien entendu, du cancer primitif.