pées d'une membrane de nouvelle formation qui les isole complétement.

Nous ne ferons que signaler ce mode d'enkystement qui facilite l'extirpation du produit morbide.

IV. — Kystes formés autour d'un corps étranger venu du dehors.

Un corps étranger, une balle peut s'entourer d'un kyste qui l'isole, et empêche toute action nuisible sur les tissus. C'est ainsi que des balles ont pu séjourner dans les poumons sans causer aucun accident.

V. — Kystes formés autour d'un corps étranger produit dans l'organisme.

Ces kystes sont de trois ordres : 1° les *kystes des entozoaires;* 2° les *kystes* formés autour des *produits de la conception;* 3° enfin ceux développés autour d'une *monstruosité par inclusion*, *kystes pileux des ovaires*.

Nous n'insisterons pas sur ces deux dernières espèces; pour la première (kystes autour des produits *de la conception*) nous renvoyons aux traités d'anatomie pathologique et d'obstétrique; quant à la seconde, nous y reviendrons en étudiant les affections chirurgicales propres à chaque région.

Bibliographie. — Meckel, *Ueber regelwidrige Haar-und Zahn bildungen* in Meckel's Arch., t. I, p. 519, 1815. — Bricheteau, *Dictionnaire* en 60 volumes (An. Path.), t. XXVII, p. 11, 1818. — Percy et Laurent, *Dictionnaire* en 60 volumes (Thérapeutique), id., p. 44. — Cruveilhier, *Essai sur l'anatomie pathologique*, t. I, p. 202, 1816. — Marjolin, *Dictionnaire* en 30 volumes, 2e éd., t. XVII, p. 354, 1846. — Sédillot, *Des kystes envisagés sous le point de vue, etc.* Thèse de concours pour Strasbourg, 1841. — Velpeau, *Recherches anatomiques, physiologiques et pathologiques sur les cavités closes*, etc., in Ann. de la chir. française et étrang., t. VII, p. 151, 1843. —A. Bérard et Denonvilliers, *Compendium de chirurgie*, t. I, p. 608, 1845. — Frerichs, *Ueber Gallest-oder, colloidgeschwulste*, Göttingen, 1847. — Paget, *Lectures on Surg. Patholog.*, vol. II, p. 26, 1853. — Abeille, *Traité des hydropisies et des kystes*, etc., 1852. — Lebert, *Des kystes dermoïdes et de l'hétérotopie plastique en général*, in Mémoires de la Société de Biologie, 1re série, t. IV, 1852.— Lebert, *Traité d'Anatomie pathologique générale et spéciale*, t. I, p. 233, 1857. — Derocque, *Des kystes pileux de l'ovaire*, Th. Paris, 1858. — Sédillot, *Médecine opératoire*, t. II, p. 194, 1855, 2e édit. — Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. I, p. 158, 1861. — Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. III, p. 330, 1856.

Kystes hydatiques.

On donne ce nom à des kystes contenant des produits considérés comme des animaux ayant une vie complétement indépendante de l'organisme au sein duquel ils sont placés. Les *échinocoques* et les *acé-*

phalocystes sont les hydatides que l'on rencontre le plus fréquemment dans le corps de l'homme. Dans la poche qui constitue le kyste, on trouve d'autres poches plus petites renfermant un liquide souvent limpide, plus rarement jaune, purulent, dans lequel nagent des hydatides. Nous ne décrirons pas ici ces parasites, dont l'histoire a été faite par M. A. Tardieu, dans son *Manuel de pathologie médicale;* nous ne nous arrêterons pas non plus sur la symptomatologie, la marche et le traitement de ces tumeurs, si bien exposés dans l'ouvrage que nous venons de citer, ils offrent d'ailleurs la plus grande analogie avec les kystes séreux.

Bibliographie. — Laennec, *Mémoire sur les vers, etc.*, in Mémoires de la Société de médecine établie au sein de la faculté, 1804. — Rudolphi, *Entozoorum sive vermium intest. historia nat.*, 1808. — H. Cloquet, *Dictionnaire* en 60 volumes, t. XXII, p. 156, 1818. — A. Reynaud, *Dictionnaire* en 30 volumes, 2e édit., t. XV, p. 424, 1846. — E. Livois, *Recherches sur les Échinocoques, etc.*, 1843.—F. Dujardin, *Histoire naturelle des Helminthes*, 1845. — A. Bérard et Denonvilliers, *Compendium de chirurgie*, t. I, p. 621, 1845. — Van Beneden, *Les vers cestoïdes*, 1851. — Küchenmeister, *Ueber cestoden im Allgemeinen*, 1854. — Davaine, *Recherches sur les hydatides, etc.*, in Mémoires de la Société de Biologie, 2e série, t. II, 1855. — Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. III, p. 543, 1856. — Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. I, p. 178, 1861.

CHAPITRE XII.

ADÉNOMES.

Sous le nom d'adénome on désigne des productions accidentelles, dont les éléments sont formés par des tubes ou des culs-de-sac glandulaires.

Les productions glandulaires peuvent être analogues ou non aux glandes normales. Quand elles sont analogues, elles se développent soit dans l'épaisseur d'une glande normale, soit dans son voisinage. Dans le cas contraire les éléments glandulaires différents de ceux des glandes normales se développent souvent dans des régions privées de glandes.

Les tumeurs de la première espèce sont désignées sous le nom d'*adénomes*, depuis fort longtemps. Celles de la seconde espèce étudiées par M. Robin, ont reçu les noms de *pseudadénomes* (Broca) *tumeurs hétéradéniques* (Robin), *hétéradénomes*. (V. l'article *Tumeurs hétéradéniques*).

Les adénomes peuvent être eux-mêmes divisés en deux classes; 1° Les adénomes *uniglandulaires*, *monadénomes*, tumeurs formées par une seule espèce de culs-de-sac glandulaires; 2° les *polyadénomes* ou adénomes *multiglandulaires* qui résultent d'une hypertrophie plus ou moins régulière de glandes offrant une structure normale différente.

Ces tumeurs furent décrites pour la première fois par M. Verneuil qui les a signalées à la peau et sur les muqueuses.

Le premier nom de monadénome (Broca) n'a pas été généralement adopté, nous désignerons donc le monadénome sous le nom plus connu d'adénome proprement dit (Broca).

Dans tous les cas, l'étude de ces tumeurs fait reconnaître qu'elles sont de même nature. Ce n'est pas une hypertrophie régulière, générale (Lebert) des éléments glandulaires, mais c'est une hypertrophie élémentaire, irrégulière ou partielle (Lebert) des éléments glandulaires ainsi qu'il résulte des recherches de MM. Verneuil, Robin et Broca. Dès le début de la maladie, les éléments glandulaires sont normaux, cependant les culs-de-sac sont plus nombreux et l'on voit, surtout pour les glandes en tubes (Verneuil), que ces culs-de-sac naissent par une sorte de bourgeonnement diverticulaire des culs-de-sac primitifs.

Ajoutons qu'ultérieurement, à une période plus ou moins avancée de la maladie il pourra se développer des éléments glandulaires nouveaux dans le blastème périphérique à la tumeur. Ces faits rares observés par MM. Follin, Lorain et Robin, donnent un certain degré de malignité à ces tumeurs.

Quand elles sont enlevées complétement, elles ne récidivent pas le plus souvent, ou du moins cette récidive ne peut être comparée à celle du cancer, c'est-à-dire qu'elle n'a pas lieu sous l'influence d'une cause générale. Il y a plutôt là ce que M. Broca appelle une diathèse locale, la cause qui a donné naissance à un adénome pouvant en produire un autre à côté, bien que le premier ait été enlevé. Cette récidive est une véritable *repullulation* (Broca). Enlevée incomplétement la tumeur pourra récidiver par *continuation* (Broca) les récidives sont bien plus fréquentes pour les *polyadénomes*.

I. — Adénomes proprements dits ou uniglandulaires.

Cette affection est propre aux glandes en grappe ou acineuses.

Quelques mots sur la disposition normale des glandes en grappe ou acineuses sont très-utiles avant d'étudier leur anatomie pathologique.

Pour M. Broca, elles se composent essentiellement de *culs-de-sac* glandulaires, qui, réunis à l'origine d'un conduit excréteur, donnent lieu à un *grain glanduleux* ou *glomérule*, *acinus*.

Les glandes les plus simples sont composées d'un seul acinus. Dans les autres, chaque groupe d'acini est entouré d'un stroma cellulo-vasculaire formant un *lobule*. — Les glandes composées les plus simples ne sont formées que par un seul lobule. Enfin les glandes plus volumineuses ont des lobes qui ne sont autres que des amas de lobules, amas irréguliers et mal définis. Le lobule seul est bien défini et séparable, la structure de la glande quelque composée qu'elle soit est donc celle du lobule.

Or l'adénome se développe soit par l'hypertrophie des culs-de-sac glandulaires pour les glandes formées des acini, soit par celle d'un ou de plusieurs lobules pour les glandes plus composées.

Les adénomes de la mamelle ont surtout fixé l'attention des auteurs; A. Cooper, Velpeau, Cruveilhier, Lebert les ont décrits avec soin.

Ils ont été désignés sous les noms de *tumeurs mammaires chroniques*, *corps fibreux de la mamelle*, *tumeurs adénoïdes*, etc.

Depuis on a signalé des adénomes des glandes parotides, labiales, du voile du palais, des glandes lacrymales, de la prostate.

Anatomie pathologique. — Dans les glandes simples ou composées d'un seul lobule, la tumeur occupe la totalité de la glande. Dans les glandes composées de plusieurs lobules au contraire l'adénome n'occupe généralement qu'un lobule ou un groupe très-circonscrit de lobules. Ceci résulte de l'étude du développement de l'adénome dès son apparition, et de la comparaison des tumeurs des glandes à un seul lobule avec celles qui se développent dans les glandes composées. Cependant on trouve quelquefois dans la mamelle des adénomes diffus, et la dissection permet de reconnaître une transition insensible entre le tissu sain de la glande et celui de la tumeur.

Ces faits sont d'ailleurs fort rares.

Comme nous l'avons dit les adénomes sont constitués par l'hypertrophie irrégulière des éléments des glandes acineuses, soit des culs-de-sac glandulaires, soit du stroma cellulo-fibreux.

Cette hypertrophie peut atteindre ces deux éléments, mais l'un deux est toujours plus particulièrement affecté : de là deux types distincts, qui présentent cependant entre eux beaucoup des formes intermédiaires.

1° *Adénomes avec prédominance des culs-de-sac glandulaires.*

Ils forment des tumeurs arrondies, mobiles, entourées d'une enveloppe celluleuse et faciles à énucléer.

A l'examen microscopique le stroma semble atrophié relativement aux culs-de-sac glandulaires, mais cette atrophie n'est que relative. Dans quelques cas, les culs-de-sac hypertrophiés peuvent diminuer la résistance de la tumeur au point de donner lieu à une sensation de fausse fluctuation. Du reste ces culs-de-sac sont semblables à ceux de la glande normale, leur épithelium présente des caractères tout à fait normaux.

D'après M. Broca, cette hypertrophie des culs-de-sac ne serait pas due seulement à une ampliation des culs de-sac préexistants, mais aussi et surtout à une véritable multiplication, « c'est-à-dire à la formation continuelle des culs-de-sac nouveaux qui s'ajoutent aux anciens » Les culs-de-sac glandulaires nouveaux naîtraient des anciens par voie de protrusion ou de dilatation latérale (Broca).

Dans les adénomes volumineux la paroi anhiste des culs-de-sac peut s'épaissir, s'amincir et se rompre facilement. Souvent les culs-de-sac sont groupés en acini, dont le volume pas plus que celui des culs-de-sac, n'est en rapport avec le volume des adénomes.

L'épithélium peut être normal, mais souvent il se modifie. L'épithélium cellulaire offre de plus grandes cellules avec des granulations moléculaires nombreuses ; ou bien si l'épithélium était nucléaire il devient cellulaire.

Au début, l'adénome est ferme, élastique, ovoïde ou sphérique, sa coupe d'un blanc grisâtre l'a fait longtemps confondre avec le squirrhe et l'encéphaloïde à l'état de crudité. Cependant cette coupe est grenue, et l'on y voit de nombreuses granulations qui dénotent facilement la nature de la tumeur. En outre le grattage ne donne pas de suc lactescent. Quand l'adénome a pris un volume plus considérable, sa forme change, il devient bosselé, offre des lobes. Ceci tient probablement d'après M. Broca, à l'hypertrophie primitive et simultanée de plusieurs lobules, qui tendent ultérieurement à s'isoler. La séparation de ces lobules par du tissu cellulaire ou des lacunes (Lebert) vient à l'appui de cette manière de voir. A cette période le tissu de la tumeur est fragile et se déchire facilement avec le doigt, aussi l'a-t-on confondu avec du tissu encéphaloïde ramolli. Mais l'adénome nous l'avons déjà dit, ne donne pas de suc lactescent par le grattage, en outre sa coupe est grenue et non lisse comme celle de l'encéphaloïde.

Souvent alors les vaisseaux sont un peu plus développés qu'au début de l'affection.

On trouve fréquemment dans les adénomes volumineux des kystes de deux sortes, les *kystes glandulaires*, *clos* (Lebert) et les *kystes lacuneux* (Lebert).

Les *kystes glandulaires* ont pour point de départ les cavités de la glande. Leur nombre, leur volume, leur contenu varie beaucoup, parfois ils sont le siége d'une exhalation sanguine, d'autres fois ils renferment une matière butyreuse (Lebert). Ils renferment tous des cellules épithéliales plus ou moins altérées qui témoignent de leur origine. Volumineux, ils peuvent être facilement confondus avec les suivants.

Les *kystes lacuneux* sont plus rares, et ne se rencontrent que dans des tumeurs volumineuses. Ces kystes comparables aux bourses séreuses, se développent dans les couches du tissu conjonctif situées entre les lobules, sous l'influence des frottements répétés. Leur cavité est souvent anfractueuse, souvent aussi la substance glandulaire peut y faire hernie sous forme d'un gros champignon, ou de petites masses arrondies. Leur surface externe n'est jamais revêtue d'épithélium.

Pour M. Paget, l'adénome serait d'abord un kyste à paroi celluleuse, puis sur cette paroi se développerait une végétation offrant une structure glandulaire, cette production ne tarderait pas à remplir toute la cavité du kyste. A ce moment il ne reste plus de kyste, il est remplacé par une tumeur solide. Pour lui, l'adénome serait donc une production nouvelle, telle est aussi l'opinion de M. Velpeau ; mais il résulte des recherches de MM. Verneuil et Broca que les adénomes les mieux enkystés se continuent directement avec le tissu glandulaire adjacent. D'ailleurs l'écoulement séro-sanguinolent, qui a lieu par le mamelon chez les femmes atteintes d'adénomes de la mamelle, vient à l'appui de cette opinion.

2° *Adénomes avec prédominance du stroma.* — Les tumeurs de ce deuxième type sont plus rares, leur ressemblance à des tumeurs fibreuses les a fait décrire par M. Cruveilhier sous le nom de *corps fibreux de la mamelle.*

Leur tissu blanchâtre, ferme, résistant, offre à la coupe un aspect fibreux. Ces fibres serrées présentent souvent une disposition concentrique formant de petits pelotons arrondis. La partie centrale de ces pelotons fait saillie sur la coupe de la tumeur. Cette disposition permet de distinguer assez facilement l'adénome avec prédominance de stroma, de la tumeur fibreuse, cependant elle s'efface avec le temps, d'où une confusion possible. Ajoutons aussi qu'elle manque quelquefois, et que les fibres serrées peuvent présenter à la coupe l'aspect du tissu fibro-cartilagineux.

Ces adénomes ont moins de tendance à s'accroître, cependant ils peuvent atteindre un volume assez considérable, et dans ces circonstances il n'est pas rare de constater leur ramollissement central. L'examen microscopique montre surtout du tissu fibreux, il faut souvent plusieurs coupes pour tomber sur des culs-de-sac glandulaires. Ceux-ci n'offrent aucune ampliation, leur épithélium est normal.

Entre ces deux espèces d'adénomes, il existe un grand nombre d'intermédiaires, sous le rapport de la consistance. On conçoit qu'ils se rapprochent plus ou moins des deux types décrits.

Le tissu des adénomes est le siége d'une sécrétion irrégulière et anormale. Le liquide séro-sanguinolent, que nous avons déjà signalé pour les adénomes de la mamelle, indique une lésion des culs-de-sac et une exhalation sanguine consécutive, qui ne peut être comparée à la sécrétion normale.

Étiologie. — La plupart de ces tumeurs ont été attribuées à des contusions, d'où la théorie de M. Velpeau sur les tumeurs fibrineuses du sein. Le plus ordinairement la cause est inconnue.

Les adénomes sont plus fréquents chez les jeunes sujets, ils sont rares au delà de quarante ans, au moins pour les adénomes du sein. Cette remarque est fort utile pour le diagnostic ; les tumeurs malignes se développant surtout vers quarante ans et au delà.

Quelques-uns ont débuté pendant la lactation, d'autres ont augmenté surtout pendant la grossesse et l'allaitement. Les adénomes de la mamelle ne se sont montrés que chez les femmes (sauf le cas de M. Velpeau), ceux de la parotide sont aussi plus fréquents chez ces dernières.

Ils peuvent se transmettre par hérédité. Uniques ordinairement, ils peuvent être multiples, et se développer successivement, fait important à noter pour l'explication des récidives.

Symptômes. — Les adénomes se présentent sous la forme de tumeurs sphériques, circonscrites, lobulées (mamelle, parotide), mobiles et indolentes. Quelquefois cependant elles deviennent douloureuses pendant les règles, ou elles peuvent donner naissance à des douleurs névralgiques.

Leur consistance est plus ou moins grande selon la nature même de

l'adénome; nous avons vu qu'il peut être assez ramolli pour donner lieu à une fausse fluctuation et être confondu avec un encéphaloïde. D'autres fois, au contraire, on pourra le confondre avec une tumeur fibreuse.

Leur volume varie pour chaque région, nous y reviendrons plus tard, en les étudiant dans chaque glande en particulier.

Nous avons signalé le suintement séro-sanguinolent des adénomes de la mamelle.

Ces tumeurs peuvent s'ulcérer, la tumeur devient bosselée et se creuse d'anfractuosités où séjourne le pus. La suppuration abondante et fétide peut épuiser les malades. Parfois il peut y avoir inflammation gangréneuse et élimination d'une partie de la tumeur. On n'a pas observé d'élimination totale (Broca). Leur marche est ordinairement très-lente, cependant ils peuvent rester stationnaires pendant fort longtemps, puis tout à coup prendre un accroissement très-rapide.

L'adénome peut-il se résoudre spontanément? M. Broca l'admet sans l'avoir jamais observé.

Pronostic. — Assez bénin : dans un seul cas il y a eu engorgement spécifique des ganglions correspondants (Robin et Lorain) Ce pronostic varie d'ailleurs avec la position de la tumeur, son volume, les parties qu'elle peut comprimer, etc. L'adénome peut récidiver, non par *continuation*, car son énucléation est très-facile, mais par véritable *repullulation* (Broca). D'ailleurs ces récidives ne sont pas le résultat d'une diathèse, mais bien d'une prédisposition toute locale.

Diagnostic. — Le siége variable des adénomes rend leur diagnostic assez difficile; ainsi dans la parotide on pourra les confondre avec des tumeurs ganglionnaires, au voile du palais avec des tumeurs gommeuses, etc. Nous étudierons plus loin ce diagnostic différentiel, alors que nous nous occuperons des affections des diverses régions. Nous ne ferons ici que le diagnostic différentiel de l'adénome avec le cancer, squirrhe ou encéphaloïde. Le plus souvent la marche de l'adénome est lente, ce qui le différencie déjà des tumeurs malignes. Cependant quelques cancers peuvent s'accroître avec une telle lenteur qu'une erreur de diagnostic soit très-possible (Broca).

Les difficultés du diagnostic sont plus grandes dès le début de la tumeur qu'ultérieurement; c'est surtout alors qu'on l'a confondue avec un squirrhe ou un encéphaloïde à l'état de crudité.

Cependant le squirrhe offre des contours plus irréguliers, il est plus adhérent aux tissus voisins que l'adénome, qui, ordinairement, est nettement circonscrit sans adhérences et roulant sous le doigt.

L'encéphaloïde à l'état de crudité est souvent mobile, enkysté et limité par des surfaces nettes comme l'adénome dont il présente aussi la consistance. L'erreur est d'autant plus facile que ces deux espèces de tumeurs se ramollissent ensemble et à peu près également. Cependant l'adénome offre une certaine élasticité qu'on ne perçoit pas en

touchant un encéphaloïde cru. En outre, les bosselures régulières, mamelonnées de l'adénome diffèrent assez sensiblement des bosses inégales et ramollies de l'encéphaloïde. S'il restait des doutes, il faudrait tenir grand compte de l'âge des malades, l'adénome étant très-rare au delà de trente-cinq à quarante ans.

Quand l'adénome est volumineux, ramolli, la confusion avec l'encéphaloïde n'est plus possible. En effet, à cette période, l'adénome est resté circonscrit, peu adhérent; il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire, ni de retentissement sur l'organisme; phénomènes qui le différencient tout à fait du cancer.

L'ulcération de l'adénome reste nette, limitée souvent à la peau et à bords non indurés; elle ne s'accompagne pas d'engorgement des ganglions.

Faut-il tenir compte de l'écoulement sanguinolant par le mamelon chez les femmes atteintes d'anémone de la mamelle? Ce signe est-il caractéristique, comme l'indique M. A. Richard. Il arrive rarement dans le cancer; cependant on l'a observé (Follin et Guérin).

Traitement. — Le traitement interne, aidé d'applications de topiques, a eu du succès dans un certain nombre d'adénomes de la mamelle, mais seulement pour ces tumeurs (V. ADÉNOME DE LA MAMELLE). On a aussi employé avec succès, et toujours pour la mamelle, la compression.

Les adénomes du voile palatin, des joues, des lèvres, doivent être enlevés, ainsi que ceux de la parotide, surtout au début de leur apparition.

Quant aux adénomes du sein, nous verrons plus loin quelles sont les circonstances dans lesquelles le chirurgien doit s'abstenir ou agir.

II. — Polyadénomes. — Adénomes multiglandulaires.

Cette affection est caractérisée par une hypertrophie irrégulière de glandules voisines, mais distinctes au point de vue anatomique et physiologique.

Cette hypertrophie n'est pas nettement limitée comme pour l'adénome proprement dit; les glandes malades et les glandes saines présentent une transition insensible; il n'y a pas de ligne de démarcation tranchée entre elles. La tumeur paraît, il est vrai, circonscrite; cependant elle n'est jamais isolée par une membrane celluleuse comme dans le monadénome.

Les glandes sont plus ou moins altérées selon les endroits où on les examine, et cette altération tend à s'étendre aux glandes voisines encore saines. Ces tumeurs se trouvent donc dans des conditions excellentes pour se propager aux tissus voisins, ce qui leur donne un caractère de gravité qui les distingue des adénomes proprement dits. Ces derniers, en effet, comme nous l'avons vu, se propagent très-rarement et sont toujours bien circonscrits par une membrane kys-

tique assez développée. Cependant il faut ajouter que beaucoup de polyadénomes peuvent rester stationnaires, et que parfois des monadénomes peuvent s'étendre par continuité (Broca).

Indépendamment de ces caractères, l'hypertrophie des glandes dans le polyadénome présente un mode spécial qui la différencie de celle des monadénomes et lui donne un caractère de *malignité* tout spécial. Elle est beaucoup moins régulière, les éléments épithéliaux sont produits en grande quantité, de là une dilatation des tubes glandulaires, des culs-de-sac, leur multiplication, leur transformation en cavités plus ou moins vastes remplies d'épithélium, et formation de cavités ampullaires.

Puis, sous l'influence de cette production exagérée d'épithélium les parois des glandes peuvent se rompre, et l'épithélium s'extravase, s'infiltre dans le tissu conjonctif voisin. Le *polyadénome* transformé devient *épithéliome;* à une affection peu grave, qui aurait pu rester stationnaire, succède une maladie grave, un cancer.

Les boutons charnus du visage, qui presque toujours sont des polyadénomes, peuvent se transformer ainsi en épithéliomes.

Le pronostic est donc plus grave que dans l'adénome, et les récidives par continuation plus fréquentes, vu la difficulté d'enlever totalement toute la tumeur.

Bibliographie. — Abernethy, *An attempt to form a classification of tumours*, London, 1804. — A. Cooper, *Œuvres chirurgicales*, traduction française, 1837, p. 519 et suiv. — Velpeau, *Dictionnaire* en 30 volumes, art. Mamelle, t. XIX, p. 59, 1839, et Bulletin de l'Académie Roy. de médecine, t. IX, p. 360, 1844. — Cruveilhier, *Mémoire sur les corps fibreux de la mamelle*, in Bulletin de l'Académie Roy. de médecine, t. IX, p. 330, 1844. — Lebert, *Physiologie pathologique*, t. II, p. 189, 1845, et *Anatomie pathologique générale et spéciale*, t. I, p. 102 et 111, 1857. — Paget, *Lectures on Surgical Pathology*, t. II, p. 248, London, 1853. — Follin, *Traité élém. de path. externe*, t. I, p. 190, 1861.—Broca, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article Adénomes, t. I, p. 718. Paris, 1864.

CHAPITRE XIII.

TUMEURS HÉTÉRADÉNIQUES (Ch. Robin).

Ces tumeurs qui offrent tous les caractères des parenchymes glandulaires, se développent dans des régions souvent dépourvues de glandes.

Elles sont formées de masses lobulées, aplaties, entourées d'une trame celluleuse et vasculaire. Leur coupe offre à l'œil nu l'aspect glandulaire ; quant à leur structure microscopique, parfaitement exposée par M. le professeur Robin, c'est celle des glandes en grappes, il en distingue trois variétés.

La *première variété* est formée de filaments offrant des subdivisions terminées en cæcum, chaque tube se composant d'une gangue homogène, granuleuse, transparente, et d'une couche épithéliale stratifiée à un ou deux rangs.

La *deuxième variété* diffère de la précédente par la longueur plus grande des filaments ; leurs prolongements sont disposés en cæcum ou en grains pyriformes, en outre le tube est rempli par l'épithélium. Il contient aussi des corps spéciaux arrondis, azotés, dits *corps oviformes* (Robin).

La *troisième variété* est caractérisée par l'absence presque totale de tissu cellulo-vasculaire ; les cylindres sont pleins d'épithélium nucléaire ou pavimenteux ; une matière amorphe granuleuse les entoure ; ils n'ont pas de parois propres.

Ces tumeurs sont rares, M. Robin en a observé huit cas ; presque toujours elles se développent à la tête (sinus-maxillaire, cellules de l'ethmoïde, orbite, parotide, etc.). M. Follin en a observé une au cou, entre les deux lobes de la thyroïde. dernièrement on a signalé leur développement au col de l'utérus (Cornil.)

Leurs symptômes varient selon le lieu de leur développement, cependant on doit noter leur tendance à l'envahissement et à la reproduction. Enfin elles donnent souvent lieu à des accidents analogues, sinon identiques avec ceux du cancer (Follin-Cornil.)

Le traitement le plus logique consiste donc à les enlever le plus tôt possible.

Bibliographie. — Ch. Robin et Laboulbène, *Mém. sur trois product. morbides* in Mémoires de la Société de Biologie, 1re série, t. V, p. 185. — Ch. Robin, *Mémoire sur deux nouvelles observations de tumeurs hétéradéniques, etc.*, in Mémoires de la Société de Biologie, 2e série, t. I, p. 208. — Marcé et Ch. Robin, *Note sur un nouveau cas de tumeur hétéradénique*, in Mémoire de la Société de Biologie, 2e série, t. I, p. 222. — Ch. Robin, *Mémoire sur la production accidentelle, etc.* in Mémoires de la Société de Biologie, 2e série, t. II, p. 72. — Littré et Ch. Robin, *Dictionnaire de médecine de Nysten*, 12e édition, art. Hétéradénique. 1865. — Cornil, *Mémoire sur les tumeurs épithéliales du col de l'utérus*, in Journ. de l'Anat. et de la Physiolog. de Ch. Robin, nos 5-6, 1864, mois de septembre et novembre.

CHAPITRE XIV.

ENCHONDROME.

Cette affection longtemps confondue avec le cancer et désignée sous des noms divers (*spina ventosa*, *atheroma nodosum*), a été distinguée pour la première fois par M. Cruveilhier, en 1828 (*ostreo-chondrophytes*).

Müller le premier en fit une description assez exacte (1838), et les travaux ultérieurs de Fichte, Paget, Nélaton, Lebret, Dolbeau, ont permis d'en tracer l'histoire d'une façon complète.

Anatomie pathologique. —L'enchondrome est formé par du tissu cartilagineux plus ou moins modifié ; il peut être distingué en deux

espèces, selon qu'il apparaît dans les os ou dans les parties molles.

Dans les os, où il se rencontre le plus souvent, il se développe surtout aux doigts, aux orteils, aux métarcarpiens et métatarsiens. Il n'est pas rare à la mâchoire inférieure, aux membres supérieurs et inférieurs. Les os du crâne et du tronc en sont exceptionnellement atteints.

Les enchondromes des parties molles sont plus rares, on les rencontre principalement dans la parotide, dans le testicule, dans le poumon. On en a signalé dans les glandes sébacées (Dolbeau),

La forme, le volume de ces tumeurs, varient beaucoup. Les unes sont arrondies, d'autres bosselées, etc. Quelques enchondromes peuvent acquérir d'énormes dimensions, jusqu'à deux mètres de circonférence (Crampton).

Il existe deux formes d'enchondrome des os : tantôt la maladie prend naissance dans l'intérieur de l'os lui-même, c'est l'*enchondrome proprement dit ;* tantôt elle débute par la face externe de l'os ou par le périoste, c'est le *chondrophyte* ou *périchondrome.*

Enchondrome proprement dit. — Il se développe dans le tissu spongieux des os, sous la forme de petites masses opalines, fermes, offrant tous les caractères du tissu cartilagineux. Le volume de ces noyaux est d'abord très-petit leur forme plus ou moins arrondie; ils sont entourés de tissu osseux généralement rougeâtre. Cette première période est donc caractérisée par l'apparition de points cartilagineux enfermés dans le tissu spongieux des os, avec augmentation de vascularité de ce tissu.

Ces noyaux augmentent peu à peu, et le tissu adjacent peut s'hypertrophier ou céder à la pression excentrique qui s'exerce sur lui. Dans le premier cas, les masses cartilagineuses sont logées dans des anfractuosités formés de tissu osseux ; dans le second, la tumeur cartilagineuse est entourée d'un coque osseuse, mince, qui finit par se perforer.

Arrivées à cet état, les tumeurs ne subissent pas la transformation osseuse, comme le pensait Ast. Cooper. Quelquefois elles deviennent vasculaires, et sont le siége d'épanchements sanguins, d'où leur transformation en une masse ressemblant aux tumeurs encéphaloïdes. Dans d'autres circonstances, elles subissent la transformation kystique, c'est-à-dire qu'elles se convertissent en vastes poches à parois cartilagineuses, contenant un liquide transparent, assez analogue à une solution étendue de gélatine. Ces kystes peuvent acquérir un volume énorme et contenir jusqu'à 15, 20, 30 litres de liquide.

Périchondrome. — Il est fréquent dans les os du crâne, des côtes, du bassin. Les tumeurs sont souvent mêlées à du tissu fibreux, elles ont l'apparence d'une masse lobuleuse, mamelonnée, creusée de sillons variables en profondeur. Chaque mamelon se fixe à la manière d'un

chou-fleur sur un pédicule commun plus ou moins étendu, d'où la la distinction des tumeurs en sessiles ou pédiculées.

L'enchondrome des parties molles ne diffère pas beaucoup des tumeurs précédentes quant à sa disposition ; il est entouré d'une coque fibreuse et offre des noyaux cartilagineux multiples. Il n'est pas nécessairement en rapport avec du tissu osseux, comme on l'avait cru tout d'abord.

Les tissus qui environnent la tumeur ne sont pas envahis par la dégénérescence, mais déplacés et repoussés. Les vaisseaux et les nerfs creusent des sillons à la surface du tissu morbide ; enfin les surfaces articulaires ne sont point altérées ; on n'observe pas d'ankylose.

L'examen microscopique de ces tumeurs montre des cavités de cartilage, à bords quelquefois rameux (Lebert), renfermant au début un noyau et des nucléoles. Ces cavités sont entourées d'une masse amorphe finement granulée.

Par suite du développement de la tumeur, les cellules cartilagineuses deviennent granuleuses (graisse), et leurs parois s'épaississent ; enfin, quand l'enchondrome se ramollit, les cavités de cartilage augmentent beaucoup.

La substance intermédiaire amorphe présente une disposition fibreuse, et la tumeur offre la structure du fibro-cartilage.

L'analyse de ces tumeurs y démontre la présence de la chondrine (Müller).

Symptômes. — Au début, les tumeurs sont assez régulières, dures, élastiques, quelquefois transparentes. Cette transparence se constate surtout aux tumeurs des doigts. Le plus ordinairement elles sont indolores.

Leur marche est très-lente, cependant, sous l'influence d'une contusion, l'accroissement de ces tumeurs devient plus rapide, et elles peuvent donner lieu à des douleurs assez intenses. Quant elles se ramollissent, soit par suite d'une vascularité plus grande, soit qu'elles subissent la transformation kystique ; elles peuvent augmenter de volume en très-peu de temps. La tumeur d'abord dure devient fluctuante ; quelquefois, lorsqu'elle est enveloppée d'une coque osseuse fort mince, on peut par la pression sentir un bruit de parchemin sec dû à la dépression de la mince couche osseuse.

Les tumeurs ramollies peuvent s'ulcérer et même se gangrener, ce qui peut amener soit des accidents généraux graves, soit l'expulsion de l'enchondrome et la guérison du malade.

Pendant longtemps, cette affection a été regardée comme locale, c'est-à-dire n'ayant aucune tendance à récidiver soit sur place, soit dans l'économie. Mais des faits sont venus prouver que non-seulement l'enchondrome pouvait récidiver, mais encore qu'il pouvait infecter l'organisme (Paget, Richet).

Causes. — Elles sont obscures. Les contusions, des pressions violentes (Larrey), ont été invoquées comme causes de l'enchondrome. En outre, nous devons signaler l'hérédité.

Diagnostic. — Sa difficulté varie beaucoup selon le siége de la maladie. L'enchondrome des doigts est facile à reconnaître, mais il n'en est plus de même pour les tumeurs qui se développent dans la profondeur des os des membres ou au tronc. Dans ces cas, on les confond avec des tumeurs fibreuses, osseuses, squirrheuses, des hydatides des os, etc.

Dans l'enchondrome des parties molles, le diagnostic est aussi difficile, cependant on arrive plus facilement à les distinguer du cancer ou de l'adénome.

Pronostic. — L'enchondrome est une affection grave, moins grave que le cancer, mais pouvant récidiver et se généraliser.

Traitement. — L'extirpation est le seul moyen d'obtenir la guérison. On doit donc enlever totalement la tumeur, ce qui est plus facile quand elle s'est développée dans les parties molles.

Quand l'enchondrome a pris naissance dans les parties dures, il est quelquefois possible de l'enlever sans extirper l'os lui-même, c'est surtout lorsqu'il s'est développé à la surface de l'os sur le périoste (périchondrome).

Dans le cas d'enchondrome proprement dit, est-il possible d'enlever la tumeur en respectant l'os ?

M. Voillemier l'a fait à l'aide de caustiques, mais à cette méthode il vaut mieux substituer l'*évidement* préconisé par M. Sédillot.

Bibliographie. — J. Müller, *Ueber den feinern Bau und die formen der krankhaften Geschwulste*, 1838. — Fichte, *Ueber das Enchondrom*, Tubinge, 1850.—Paget, *Cartilaginous Tumours* in Lectures on Surg. patholog. t. II, p. 171, London, 1853. — Nelaton, *Note sur l'évolution des tumeurs cartilagineuses*, in Gazette des hôpitaux, janvier 1855. — Lebert, *Traité d'anatomie pathologique*, t. I, p. 207, 1855. — Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. III, p. 779, 1856. — Ol. Fayan, *Documents pour servir à l'histoire de l'enchondrome*, thèse de Paris, 1856.—E. Favenc, *Étude sur l'enchondrome*, thèse de Paris, 1857. — Dolbeau, *Mémoire sur les tumeurs cartilag. des doigts et des métacarpiens*, in Archives générales de médecine, octobre 1858. — Dolbeau, *Des tumeurs cartilagineuses, de la parotide, etc.*, in Gazette hebdomadaire, 1858, p. 687. — Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. I, p. 231, 1861.

CHAPITRE XV.

TUMEURS FIBREUSES.

Ces tumeurs désignées encore sous le nom de *fibromes*, sont formées par un tissu identique avec le tissu fibreux normal. Elles sont très-fréquentes et on les rencontre dans presque toutes les régions. On peut les distinguer en superficielles et profondes; les premières, développées dans le derme, le tissu cellulaire sous-cutané, etc., sont facilement accessibles; les autres placées dans la profondeur des organes, à la base du crâne, dans l'épaisseur des mâchoires, dans l'utérus, etc., ne peuvent être enlevées que dans certaines conditions, et offrent toujours une gravité plus considérable. (V. les *Tumeurs fibreuses de l'utérus*, les *Polypes naso-pharyngiens*, *etc.*)

De forme ordinairement arrondie, ces tumeurs sont sessiles ou pédiculées (polypes fibreux), dans certains cas elles présentent une disposition franchement lobulée (polypes naso-pharyngiens). Leur volume est très-variable, depuis la grosseur d'une lentille jusqu'à celle d'une tête d'adulte.

Leur consistance est plus ou moins grande, parfois la présence d'un liquide abondant dans leur tissu les rend molles et peu résistantes; d'autres fois des kystes développés dans leur trame peuvent les rendre fluctuantes en certains points de leur étendue. Leur coupe offre une couleur blanche nacrée quelquefois jaunâtre, leur tissu criant sous le scalpel est formé de fibres entrecroisées ou concentriques. Souvent ces tumeurs contiennent des lacunes, de véritables kystes renfermant soit de la sérosité, soit une matière gélatiniforme. Leur structure microscopique est celle du tissu fibreux : éléments lamineux, fusiformes avec de la graisse et souvent des sels calcaires.

Nous verrons plus loin, que d'après M. Lebert, cette structure ne serait pas la même pour les tumeurs dites fibreuses de l'utérus.

Les signes de ces tumeurs varient beaucoup selon les organes et les régions où elles se développent, ordinairement indolentes elles peuvent donner naissance à des douleurs intenses en comprimant des organes voisins. Elles peuvent se vasculariser, s'enflammer, s'ulcérer et même se gangrener, et dans ces circonstances produire des accidents très-graves pouvant entraîner la mort. Ordinairement uniques, elles peuvent se multiplier, mais cette multiplication n'est en aucune façon comparable à la généralisation des tumeurs dites cancéreuses. Leur marche est ordinairement très-lente.

L'étude complète de leurs symptômes et de leur diagnostic sera faite en exposant l'histoire des affections propres à chaque région et à chaque organe.

Bibliographie. — Dupuytren, *Leçons orales de clinique chirurgicale*, t. IV, p. 257 et 414, 1839. — Lebert, *Physiolog. patholog., Tum. fibreuses*, t. II, p. 160, 1845. — Paget, *Fibrous tumours*, in Lectures on Surg. Pathology, vol. II, p. 130, 1853. — Lebert, *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*, p. 149, 1855. — Verneuil, *Quelques prop. sur les fibromes, etc.*, in Mémoires de la Société de Biologie, 2e série, t. II, p. 183, 1855. — Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. III, p. 585, 1856.

Consulter aussi la bibliographie des *Tumeurs fibreuses de l'utérus*, des *Polypes naso-pharyngiens, etc.*

CHAPITRE XVI.

CANCER.

Le cancer est une altération qui, abandonnée à elle-même, fait des progrès incessants, entraîne infailliblement la perte du malade, et qui, malgré son extirpation complète, a la plus grande tendance à récidiver sur place et à se généraliser dans l'économie.