

le périoste, dans les os courts, dans la peau, où ils prennent souvent la forme papillaire.

Aspect. — Les myxomes se présentent sous l'aspect de tumeurs gélatiniformes, tremblotantes, parcourues par de nombreux vaisseaux; quand on les racle, on obtient un liquide semblable à une solution de gomme arabique.



Fig. 15. — Myxome hydatiforme du placenta (d'après Virchow)

tremblotant résultant de la dégénérescence des éléments muqueux;

6° Les *myxomes mixtes* (1), c'est-à-dire renfermant soit du tissu embryonnaire (*myxo-sarcome*), ce sont les plus communs, soit du tissu cartilagineux (*myxo-chondrome*), soit du tissu glandulaire (*adéno-myxome*).

Symptômes. — Les myxomes se présentent sous l'aspect de tumeurs gélatineuses à forme polypeuse (ex. : polypes muqueux des fosses nasales, môles hydatiques du placenta).

(1) Ces tumeurs mixtes sont les plus connues; il est certains organes, surtout le testicule, dont les tumeurs sont très habituellement mixtes.

Texture. — Ils sont formés par du tissu muqueux, c'est-à-dire par des cellules plasmatiques isolées ou anastomosées et plongées dans une substance fondamentale donnant de la *mucine* par la coction.

Variétés. — Les myxomes présentent au point de vue histologique certaines variétés :

- 1° Le *myxome pur*, c'est celui que nous venons de décrire;
- 2° Le *myxome lipomateux*, remarquable par le grand nombre de vésicules adipeuses qu'il renferme;
- 3° Le *myxome* contenant des fibres élastiques.

Des variétés plus rares comprennent :

- 4° Le *myxome hémorrhagique* remarquable par le nombre et la fragilité des vaisseaux qu'il renferme;
- 5° Le *myxome kystique*, renfermant des cavités pleines d'un liquide

Ces tumeurs seront aisément confondues, soit avec les kystes, soit avec les lipomes; d'autant mieux qu'elles peuvent, lorsqu'elles se sont développées dans le panicule graisseux et dans les membres inférieurs, etc., acquérir des dimensions énormes : une ponction exploratrice révélera l'existence d'un kyste; quant à la confusion avec un lipome, elle serait sans importance.

Pronostic. — Les myxomes sont des tumeurs bénignes, ne récidivant pas après une extirpation complète (1), ne se généralisant pas (2).

Traitement. — Il consiste à enlever le myxome, et, dans le cas où l'on conserverait des doutes au sujet de son extirpation complète, à cautériser son point d'implantation. (Voy. *Polypes des fosses nasales*, in *Pathologie chirurgicale* t. 1, p. 572.)

SARCOMES (σάρξ, chair).

Tumeurs fibro-plastiques, — embryoplastiques, à myéloplaxes ou à médulloecelles.

Les sarcomes sont des tumeurs formées par du tissu embryonnaire pur ou subissant une des premières modifications qu'il présente pour devenir tissu adulte (Ranvier et Cornil) (3).

Étiologie. — On ignore la cause des sarcomes, comme celle de la plupart des tumeurs. Faut-il accorder une certaine influence au traumatisme, aux pressions répétées ?

Ces tumeurs se manifestent plus particulièrement pendant

(1) Pourvu que cette extirpation soit complète, car la récurrence si fréquente des polypes muqueux des fosses nasales tient à une destruction imparfaite de leur pédicule.

(2) Cependant Virchow a cité plusieurs faits de généralisation des myxomes; mais, dans ces cas, le myxome contenait du tissu embryonnaire, et la tumeur était, en réalité, plutôt un sarcome qu'un myxome.

(3) Le tissu inflammatoire, les bourgeons charnus, par exemple, sont également formés par du tissu embryonnaire; la seule différence qu'ils présentent avec le sarcome, c'est d'abord leur point de départ qui procède d'une plaie, puis leur terminaison qui est la résorption ou la constitution à l'état de tissu permanent, tandis que le sarcome progresse sans cesse.

l'enfance et l'adolescence; exemples : sarcomes ou tumeurs à myélopaxes des maxillaires, des os, sarcomes des testicules, de l'œil, longtemps confondus avec le carcinome.

Anatomie pathologique. — *Siège.* — Le sarcome se développe, soit dans le *tissu cellulaire*, soit dans les *os* (moelle et périoste), soit dans les *glandes* (parotide, mamelle, testicule), et sa physionomie est influencée par le tissu ou l'organe qui en est le point de départ.

Aspect. — L'aspect des sarcomes est extrêmement variable : ce sont des tumeurs arrondies, bosselées, dont les dimensions n'ont rien de fixe; ces tumeurs sont tantôt aussi dures que les fibromes, tantôt molles et presque fluctuantes comme les myxomes ou les carcinomes ramollis; leur *coupe* présente souvent un aspect comparable à celui de la chair, d'où le nom de sarcome, c'est-à-dire une couleur rosée et parfois blanchâtre ou jaunâtre; le raclage donne, dans certains cas, un suc comparable à celui du carcinome (*sarcome encéphaloïde*); mais en général la surface de la coupe est absolument sèche.

Histologie. — Les sarcomes ont une texture qui rappelle complètement celle du tissu embryonnaire; ils sont formés par des *cellules* (1) et par une *substance fondamentale*; il n'est pas de tumeur qui présente une texture aussi simple.

1° Les *cellules* du sarcome ont des formes et des dimensions très variées et très peu caractéristiques par elles-mêmes, les unes sont sphériques, les autres allongées en fuseau (éléments fibro-plastiques de Lebert), d'autres encore sont plates ou très irrégulières, leurs dimensions varient de 5 à 50 millièmes de millimètre. Ces cellules n'ont pas de membrane enveloppante, elles sont constituées par un ou plusieurs *noyaux* (de 1 à 50) arrondis ou allongés, pourvus de nucléoles, et par une *substance granuleuse* albuminoïde.

2° La *substance fondamentale* est molle et si peu abondante, que les cellules sont presque juxtaposées (2).

3° Les sarcomes possèdent des *vaisseaux*, toujours difficiles à isoler, malgré leur nombre parfois considérable, en raison

(1) Les cellules sont en général beaucoup plus nombreuses que la substance fondamentale.

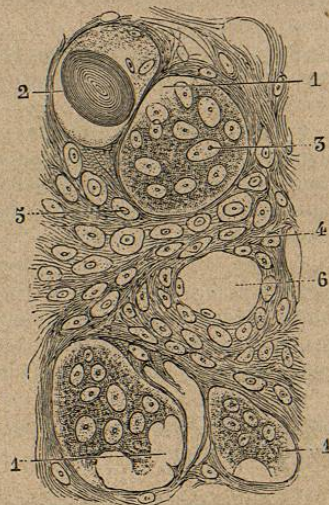
(2) Par exception cette substance fondamentale est fibrillaire, muqueuse ou gélatineuse, ce qui rend difficile le diagnostic du sarcome.

de la texture de leurs parois formées aussi par du tissu embryonnaire.

Variétés. — La grande diversité des cellules du sarcome a conduit à en multiplier les espèces ou variétés; de plus, on a remarqué que la forme des cellules était en grande partie déterminée par l'état de la substance fondamentale. Est-elle semi-fluide, les cellules peu pressées prennent une forme arrondie; est-elle solide, les cellules deviennent fusiformes ou aplaties. De plus si certains sarcomes sont formés par du tissu

FIG. 16. — Tissu inflammatoire dont la composition histologique est semblable à celle des sarcomes.

- 1, 1, 1. Cellules embryonnaires occupant la place de cellules adipeuses; une de ces cellules (2) renferme encore une gouttelette graisseuse.
2. Gouttelette graisseuse.
3. Cellules embryonnaires.
- 4, 5. Tissu embryonnaire composé de cellules et d'une substance fondamentale.
6. Coupe d'un vaisseau; on voit que sa paroi est formée par du tissu embryonnaire.



embryonnaire pur, il en est d'autres dans lesquels ce tissu présente quelques-unes des modifications par lesquelles il passe pour devenir tissu adulte.

Se basant sur ces diverses particularités, Ranvier et Cornil ont distingué *six espèces de sarcomes* :

1° Le *sarcome encéphaloïde*, dans lequel la substance fondamentale étant molle et peu abondante, les cellules sont arrondies et presque juxtaposées, et les vaisseaux volumineux : ce sarcome représente le tissu embryonnaire pur ;

2° Le *sarcome fasciculé* (tumeur *fibro-plastique* de Lebert),

dans lequel la substance fondamentale étant plus abondante, plus solide, les cellules deviennent fusiformes: ce sarcome représente la première modification par laquelle passe le tissu embryonnaire pour devenir tissu conjonctif.

3° Le *sarcome myéloïde* (*tumeurs à médullocelles et à myéloplaxes* de Robin), dans lequel les cellules sont plates et renferment un grand nombre de noyaux: ce sarcome représente la moelle osseuse embryonnaire, on l'observe surtout dans les os;

4° Le *sarcome ossifiant*, c'est-à-dire celui formé par du tissu embryonnaire présentant les modifications par lesquelles il passe pour devenir tissu osseux.

5° Le *sarcome névroglie* (1) (*gliome* de Virchow) formé par de la névroglie, c'est-à-dire par le tissu conjonctif du tissu nerveux;

6° Le *sarcome angiolithique* (*psammomes*, grains de sable, Virchow). Il ne s'observe que dans les méninges, et il est caractérisé par la présence de bourgeonnements et de granulations calcaires semblables à celles qui existent normalement dans les plexus choroïdes.

Le tissu sarcomateux peut présenter diverses *altérations*: tantôt ses cellules ont subi la dégénérescence muqueuse (*sarcome muqueux*), tantôt elles sont infiltrées de vésicules graisseuses (*sarcome lipomateux*), tantôt enfin elles sont imprégnées de granulations pigmentaires (*sarcome mélanique*).

Le sarcome peut encore se creuser de *kystes sanguins* ou *séreux* (cysto-sarcome); il peut *s'enflammer* et suppurer, se *mortifier* par places, etc.

L'**accroissement** du sarcome se fait de deux manières, soit par l'envahissement progressif des tissus voisins, soit par la prolifération des éléments mêmes du sarcome: la première forme est plus grave que la seconde.

Symptômes. — Les sarcomes se présentent sous l'aspect de tumeurs dont le siège, le volume, la forme, les caractères présentent les plus grandes variétés.

Ces tumeurs sont tantôt molles, élastiques, presque fluctuantes, tantôt très dures. Au début, elles sont peu volumi-

(1) Ne s'observe que dans les centres nerveux.

neuses, libres d'adhérences et en général indolentes, à moins qu'elles ne compriment des nerfs ou des organes sensibles; en un mot, dans cette première période de leur évolution, les sarcomes présentent les caractères des tumeurs bénignes; la santé générale est conservée, les ganglions restent intacts.

La *marque* des sarcomes est très variable: les uns conservent presque indéfiniment leurs premiers caractères, d'autres progressent d'une façon lente et régulière ou d'une manière très rapide.

On les voit alors adhérer à la peau, se ramollir, s'ulcérer et donner lieu à des hémorragies et à un écoulement ichoreux qui est bien rarement abondant et infect comme celui du cancer; c'est alors aussi que l'on observe l'*engorgement ganglionnaire* et l'*infection viscérale*, c'est-à-dire la production d'autres sarcomes dans divers viscères.

Pronostic. — Les sarcomes dont l'organisation se rapproche le plus de celle du tissu embryonnaire (*sarcome encéphaloïde*) sont les plus graves; ils se généralisent et récidivent sur place comme des tumeurs malignes.

Les sarcomes à grandes cellules (*tumeurs à myéloplaxes*) présentent moins de gravité; leur évolution est lente, et en général ils ne récidivent pas après l'extirpation.

Il est enfin des sarcomes qui se comportent comme les tumeurs bénignes: tels sont les *épulis*, les *exostoses sous-unguéales*.

Les sarcomes doivent donc être rangés dans la classe des tumeurs à pronostic variable.

Diagnostic. — Voy. *Diagnostic général des tumeurs*.

Traitement. — Les sarcomes doivent être extirpés par le bistouri ou détruits par les caustiques.

LYMPHADÉNOME. — LYMPHO-SARCOME. — ADÉNO-LYMPHOME

On donne ces différents noms à des tumeurs formées par du tissu lymphatique (1) (*tissu adénoïde* de His).

Lorsque la tumeur est constituée par un tissu absolument

(1) De nouvelle formation, d'après Cornil et Ranvier.

semblable à celui qui compose les glandes lymphatiques, elle porte le nom de *lymphadénome*.

Si la tumeur est constituée par des éléments lymphatiques jeunes et par des cellules embryonnaires, le nom de *lympho-sarcome* lui est plutôt applicable (1).

Bien qu'une lumière complète ne soit pas encore faite à cet égard, on tend de plus en plus à admettre que les maladies désignées sous les noms de *leucocythémie* ou *leucémie*, *d'adénie*, de *lymphadénome* et de *lympho-sarcome*, sont les expressions variées d'une seule et même unité morbide, qu'on pourrait, avec l'auteur, nommer *lymphadénie*.

Cette unité morbide présente, au point de vue anatomique, deux variétés : 1° Dans l'une, les tumeurs lymphatiques coexistent avec une surabondance de globules blancs dans le sang : c'est la *leucocythémie* de Bennett et de Virchow.

2° Dans l'autre, les tumeurs lymphatiques existent seules, le sang ne renferme pas de globules blancs en excès : c'est l'*adénie* de Trousseau (2).

Au point de vue clinique, elle présente également deux variétés : 1° Dans certains cas, la prolifération des éléments glandulaires se localise dans un seul groupe de ganglions (la tumeur est ordinairement bénigne).

2° Dans d'autres cas, qui sont les plus communs, elle se généralise à tous les organes lymphoïdes (la tumeur est alors maligne) (3).

Étiologie. — Les causes du lymphadénome sont complètement inconnues; on ne s'accorde même pas sur sa fréquence relative aux divers âges, car, en France, il paraît avoir été observé surtout dans l'âge adulte, tandis qu'en Allemagne il serait plus commun dans la jeunesse (4).

Anatomie pathologique. — *Siège.* — Les lymphadénomes ou lympho-sarcomes frappent de préférence les *ganglions*

(1) Le lympho-sarcome a une évolution plus rapide et plus maligne que le lymphadénome.

(2) Voy. *Leucocythémie* dans mon *Manuel de pathologie interne*, 2^e édition, p. 644.

(3) Cette différence d'évolution nous a conduit à placer les lymphadénomes dans le groupe des tumeurs à pronostic variable.

(4) Comme complément à l'étude du lymphadénome, consultez l'article consacré à la LEUCOCYTHÉMIE, dans ma *Pathologie interne*, 2^e édition, p. 644.

lymphatiques et plus particulièrement les ganglions du cou, de l'aîne, de l'aisselle; on les observe également dans *tous les organes lymphoïdes*, rate, thymus, amygdales, estomac, intestin (dont la muqueuse renferme des follicules clos).

Dans leur période de généralisation, ils envahissent la plupart des organes ou tissus, le foie, les reins, les poumons, le cœur, les os, etc. (1).

Aspect. — Le *volume* de ces tumeurs est extrêmement variable : dans les *ganglions*, elles forment des masses volumineuses, arrondies, bosselées, et semblent être une simple hypertrophie de ces organes; dans les muqueuses stomacale ou intestinale, tantôt elles sont fort petites et ressemblent à un follicule clos hypertrophié; tantôt elles forment des tumeurs bosselées, grisâtres, souvent très étendues et pouvant mesurer jusqu'à 3 ou 4 centimètres d'épaisseur.

Leur *couleur* est tantôt grisâtre, tantôt rosée, offrant une teinte uniforme ou tachetée de points rouges, noirs, jaunes, provenant de petites hémorrhagies; à la coupe on constate que leur tissu est tantôt mou, tantôt dur (d'où leur distinction en *lymphadénomes mous* et *durs*); en raclant la surface sectionnée on obtient un suc laiteux dont l'aspect est celui du suc cancéreux (2).

Histologie. — *Ces tumeurs sont formées par du tissu adénoïde* (3).

Le tissu adénoïde ou réticulé se compose d'un *réseau de fibrilles conjonctives*, réseau dont les mailles renferment des *cellules lymphatiques* : ce tissu forme aux *capillaires* qui le traversent une couche condensée d'où se détachent les fibrilles, et dans les points d'intersection de ces fibrilles se remarquent des *nœuds*.

Lorsque ce tissu adénoïde ressemble au tissu normal, la tumeur porte le nom de *lymphadénome*; si ce tissu renferme des cellules embryonnaires, c'est le *lympho-sarcome*, qui est

(1) La maladie de peau connue sous le nom de *mycosis fongoïde* serait une lymphadénie cutanée.

(2) Les lymphadénomes présentent donc un aspect assez semblable à celui d'un cancer encéphaloïde.

(3) C'est-à-dire par le tissu qui forme les organes lymphoïdes, ganglions, rate, thymus, etc.

mou ou dur, suivant le développement plus ou moins grand du réseau conjonctif.

Pour Virchow, ces tumeurs procèdent d'une simple prolifération du tissu conjonctif; pour Ranvier et Cornil, elles sont précédées d'une néo-formation de tissu embryonnaire.

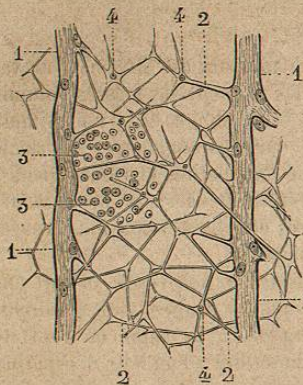


Fig. 17. — Tissu réticulé ou adénoïde d'un follicule lymphatique de l'intestin (d'après Frey).

- 1, 1. Vaisseaux capillaires parsemés de noyaux et dont on voit se détacher les fibrilles conjonctives.
- 2, 2, 2. Réseau de fibrilles conjonctives.
- 3, 3. Cellules lymphatiques occupant les mailles du réseau formé par les fibrilles conjonctives.
- 4, 4. Nœuds placés au niveau du point d'entre-croisement de ces fibrilles.

Altérations. — Ces tumeurs sont parfois le siège d'hémorragies diffuses, mais elles subissent rarement les transformations caséuses ou calcaires.

Symptômes. — Au point de vue clinique, les lymphadénomes présentent deux variétés :

- A. L'affection se localise dans un groupe de ganglions.
- B. Elle se généralise non seulement aux organes lymphoïdes, mais encore aux autres tissus.

A. La première variété présente tous les caractères de l'*hypertrophie ganglionnaire simple*, dont elle se distingue facilement; elle ressemble pour l'aspect et la marche aux adénites scrofuleuses, reste comme elles localisée dans les ganglions du cou, plus rarement dans ceux de l'aîne ou de l'aisselle; mais, contrairement aux adénites scrofuleuses, elle ne suppure pas.

B. La deuxième variété se rapporte aux maladies décrites sous les noms de *leucocythémie* et d'*adénie*.

En voici les principaux caractères : un homme, en général dans la période moyenne de la vie, voit, sans cause appré-

ciable, se développer un certain nombre de tumeurs au niveau du cou, de l'aisselle ou de l'aîne.

Ces tumeurs, arrondies, indolentes, élastiques, sans adhérences à la peau, sont formées par le développement des ganglions de ces régions.

Leurs progrès sont plus ou moins rapides, mais constants; non seulement les tumeurs primitives s'accroissent, se fusionnent de manière à former d'énormes masses lobulées, mais encore des tumeurs semblables se développent aux dépens de tous les organes lymphoïdes (rate, amygdales, etc.), il s'en développe même dans des organes dépourvus de tissu lymphatique et dans le tissu cellulaire sous-cutané.

A cette époque on peut noter : 1° Que les tumeurs ganglionnaires sont *indolentes* par elles-mêmes et qu'elles n'ont *aucune tendance à suppurer*, contrairement à ce qui a lieu pour les adénites ordinaires : très souvent la *rate* est en même temps gonflée;

2° Que ces tumeurs déterminent des *phénomènes de compression* sur les vaisseaux, les nerfs et les organes voisins (1);

3° Que *l'état du sang n'est pas toujours le même* : tantôt il présente une augmentation considérable dans le nombre des globules blancs (*leucocythémie*), tantôt, au contraire, le chiffre des globules blancs reste normal (*adénie*).

Période de cachexie. — Après un certain temps, en général quelques mois, le malade présente des symptômes de cachexie; il pâlit, maigrit, est atteint de diarrhée, de vomissements, d'hémorragies par les diverses muqueuses, souvent les urines sont albumineuses, la fièvre hectique s'allume et il succombe (2).

La *marche* de la maladie est constamment progressive et elle se termine par la *mort*, après un laps de temps qui ne dépasse guère deux années (Potain).

Diagnostic. — Les lymphadénomes peuvent être confondus avec :

- 1° Les *adénites scrofuleuses*, qui s'en distinguent par la

(1) Phénomènes extrêmement variés, puisque ces tumeurs peuvent occuper le cou, le thorax, l'abdomen, le bassin, etc.

(2) A côté de ces symptômes généraux, qui se rattachent au développement de lymphosarcomes dans la plupart des organes, il faut noter les accidents locaux souvent assez graves pour entraîner par eux-mêmes la mort.

jeunesse du sujet, la présence d'autres manifestations scrofuleuses et surtout par la tendance à la suppuration;

2° Les *adénites syphilitiques*, mais elles se rattachent directement à des lésions cutanées et ne présentent dans leur volume et dans leur évolution rien qui rappelle le lymphosarcome.

3° Les *adénites* consécutives au carcinome, à l'épithéliome, au sarcome, sont si nettement sous la dépendance de ces tumeurs, que la confusion avec un lympho-sarcome n'est pas possible.

Pronostic. — La première forme est bénigne, la seconde presque constamment mortelle.

Traitement. — Il doit être médical et chirurgical.

Le *traitement médical* consiste à chercher à modifier par les toniques, l'iode, le phosphore, l'arsenic, etc., l'état spécial et inconnu de l'organisme.

Le *traitement chirurgical* n'est applicable que dans des circonstances assez rares, lorsque la maladie est encore localisée dans un groupe de ganglions, que la rate n'est pas développée, que le sang ne renferme pas un excès de globules blancs (Verneuil). Certains chirurgiens (Trélat) repoussent toute intervention chirurgicale, par ce motif qu'on ne saurait dire si la lésion est encore locale ou si elle est généralisée.

C. — TUMEURS MALIGNES

ÉPITHÉLIOMES. — CANCROÏDES

Les épithéliomes sont des tumeurs formées par du tissu épithélial (1).

Or, il existe deux espèces principales d'épithéliums normaux : 1° l'épithélium pavimenteux stratifié; 2° l'épithélium cylindrique. — A chacun d'eux correspond une variété d'épithéliome; il y aura donc : A. un *épithéliome pavimenteux*; B. un *épithéliome à cellules cylindriques*, et en tenant compte

(1) On les désigne assez fréquemment sous les noms de *cancroïde*, *cancer épithélial*, *épithélioma*.

des variétés présentées par l'épithéliome pavimenteux, on peut établir la classification suivante :

A. <i>Épithéliome pavimenteux</i>	{ Épithéliome pavimenteux lobulé. Épithéliome perlé. Épithéliome tubulé.
B. <i>Épithéliome à cellules cylindriques</i>	
	{ Ne présentant pas de sous-variétés (1).

Anatomie pathologique. — *Siège.* — L'*épithéliome ordinaire* ou *pavimenteux* se rencontre plus particulièrement dans les points où la peau se continue avec une muqueuse : tels sont les *lèvres*, l'*anus*, les *paupières*, le *prépuce*, le *scrotum*, le *col de l'utérus*; d'une manière générale on peut dire qu'il est plus fréquent sur la face qu'en tout autre lieu.

L'*épithéliome à cellules cylindriques* siège de préférence dans l'*intestin*, l'*estomac*, le *rectum*; on l'a observé dans les *fosses nasales* et dans l'*ovaire*.

Aspect. — L'*épithéliome pavimenteux* se présente, dans les régions indiquées, sous l'aspect de tumeurs irrégulières et granuleuses, ici très friables, ailleurs plus denses; sa coupe, d'un gris rosé, est marbrée de points opaques, translucides ou de tractus fibreux; par le raclage on obtient une substance grumeleuse et opaque qui ne se mêle pas à l'eau comme le suc du cancer.

L'*épithéliome à cellules cylindriques* forme sur l'estomac ou l'intestin des saillies arrondies, nummulaires, ulcérées à leur centre; elles sont molles, donnent du suc par le raclage et présentent une physionomie semblable à celle du cancer encéphaloïde ou colloïde avec lequel elles ont été longtemps confondues.

Histologie. — La texture assez variée des épithéliomes nécessite les distinctions que nous avons primitivement établies dans notre petit tableau.

A. **Épithéliomes pavimenteux** (2).

1° *Épithéliome pavimenteux lobulé.* — Sa structure est

(1) Ces variétés offrent plus d'intérêt au point de vue anatomo-pathologique que sous le rapport clinique.

(2) On sait que la peau est revêtue d'un épithélium pavimenteux formé de plusieurs couches superposées ou stratifiées : la première couche, placée sur les papilles, est formée de cellules cylindriques; dans la deuxième couche, les cellules sont plus volumineuses et elles présentent des dentelures par lesquelles

absolument celle de l'épiderme, avec cette différence que les cellules cornées sont les plus profondes et les cellules cylindriques les plus superficielles; de plus, ces tumeurs sont disposées sous forme de lobules et, l'évolution épidermique ressemblant à celle de la peau, il en résulte que les cellules cornées, aplaties, desséchées, s'accumulent au centre des lobules et forment ce que l'on a désigné sous le nom de *globes épidermiques*.

Tous ces lobules sont séparés les uns des autres par un *stroma* ou charpente qui est tantôt composé de tissu embryon-

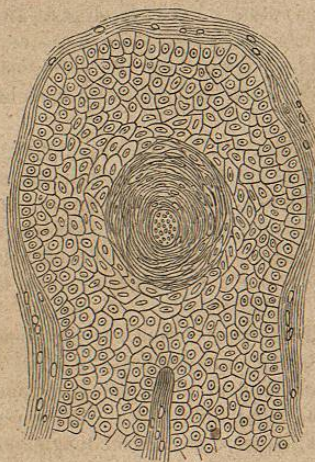


FIG. 18. — Section du lobule d'un épithéliome lobulé. — Grossissement de 250 diamètres, d'après Ranvier et Cornil.

Son centre est formé par un *globe épidermique*, c'est-à-dire par une accumulation de cellules cornées, aplaties et desséchées. Sa périphérie est composée de cellules cylindriques.

Enfin, sur son pourtour, on aperçoit les traces du *stroma* fibreux qui sépare les lobules les uns des autres.

naire pur avec de nombreux vaisseaux, tantôt de tissu muqueux, tantôt de tissu fibreux. Les épithéliomes les plus graves sont ceux dont le *stroma* est formé par du tissu embryonnaire, car cela indique une grande vitalité (1).

elles adhèrent entre elles (Max Schultze); enfin, dans la couche la plus superficielle, les cellules sont aplaties, desséchées, et forment la couche cornée de l'épiderme, couche qui s'use incessamment et se trouve renouvelée par les cellules plus profondes.

(1) Cependant il faut remarquer que leur malignité est surtout en rapport avec leur siège; ainsi les épithéliomes des lèvres, de la langue, des paupières, du col de l'utérus, ont une évolution beaucoup plus rapide que ceux du nez, de la joue, qui peuvent rester dix et vingt ans stationnaires, bien que présentant exactement la même texture. Cela tient probablement à la plus grande richesse lymphatique et aux causes d'irritation bien plus nombreuses.

2° *Épithéliome perlé*. — Cette forme, assez rare, correspond aux *tumeurs perlées* de Cruveilhier: ce sont de petites tumeurs arrondies, desséchées, dont la coupe est miroitante comme celle de la cholestérine; en la raclant on obtient de petites perles visibles à l'œil nu.

Essentiellement formées par des globes épidermiques revêtus d'une seule couche de cellules aplaties et n'ayant pour *stroma* qu'un tissu fibreux presque dépourvu de vaisseaux, ces tumeurs, très bénignes, paraissent être des lobules d'épithéliomes lobulés, lobules arrêtés dans leur évolution et momifiés (Ranvier et Cornil).

3° *Épithéliome tubulé*. — Ce sont des tumeurs composées de cylindres pleins d'un épithélium pavimenteux, à bords dentelés

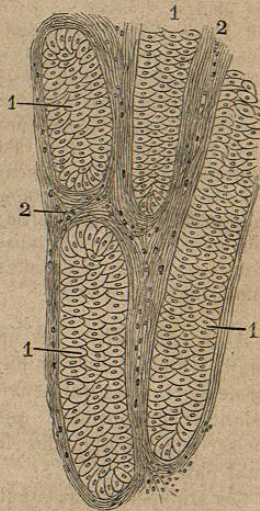


FIG. 19. — Coupe pratiquée sur un épithélioma tubulé.

1, 1, 1. Cylindres remplis de cellules épithéliales pavimenteuses.

2, 2. *Stroma* séparant ces cylindres les uns des autres.

et ne subissant pas d'évolution épidermique; ces cylindres sont anastomosés les uns aux autres et sont logés au milieu d'un *stroma* formé de tissu embryonnaire, muqueux ou fibreux (Ranvier et Cornil) (1).

(1) Ces auteurs rangent sous le nom d'épithéliome tubulé les *cylindroma* de Billroth, les *polyadénomes* de Broca, les *tumeurs hétéradéniques* de Robin, et les *épithéliomes des glandes sudoripares* décrits par Verneuil.

Le stroma et les cellules épithéliales peuvent subir quelques altérations: ce sont tantôt de petits *kystes* se formant dans le stroma, tantôt une dégénérescence *colloïde* ou même *cornée* des cellules épithéliales, ce qui rapproche ces tumeurs de l'épithéliome lobulé.

Évolution. — Les trois variétés d'épithéliomes pavimenteux présentent dans leur évolution et leur accroissement quelques différences:

1° L'*épithéliome pavimenteux lobulé* débute soit par une extension du corps muqueux de Malpighi, soit par la multiplication des cellules épithéliales des follicules pileux, sébacés ou sudoripares; les bourgeons épithéliaux de formation nouvelle s'enfoncent dans le derme et s'étranglent de distance en distance, de manière à former des lobules.

2° L'*épithéliome perlé* a probablement la même évolution et l'on ignore pourquoi ses éléments s'atrophient et restent si bénins.

3° L'*épithéliome tubulé* se développe habituellement dans les glandes sudoripares, ainsi que Verneuil l'a depuis longtemps constaté, et il y reste enfermé; lorsqu'il progresse, les bourgeons épithéliaux perforent la membrane de la glande sudoripare et l'évolution est la même que celle de l'épithéliome lobulé.

D'ailleurs l'épithéliome tubulé peut naître dans les glandes acineuses et en tubes, puisqu'on l'a rencontré au col de l'utérus, au voile du palais, dans les sinus maxillaires et même dans la mamelle; et dans ces dernières régions son évolution est aussi rapide que celle d'un épithéliome lobulé.

Accroissement. — Les épithéliomes ont une tendance presque constante à envahir les parties voisines; ils le font sous forme de traînées qui peuvent s'irradier très loin de la tumeur primitive, circonstance que l'opérateur doit connaître pour inciser bien au delà des limites appréciables de la tumeur qu'il enlève.

Ces traînées progressent surtout dans le système lymphatique, aussi les *ganglions se prennent-ils presque constamment*, et dans le tissu cellulaire, elles envahissent aussi les muscles, les vaisseaux, les nerfs, le périoste, les os, en un mot tous les tissus voisins (1).

Dans quelques cas l'*épithéliome se généralise*, et après avoir

(1) Cet envahissement des tissus voisins par les tumeurs de mauvaise nature explique les adhérences et, par suite, le défaut de mobilité et d'enkystement que l'on observe en général dans ces tumeurs.

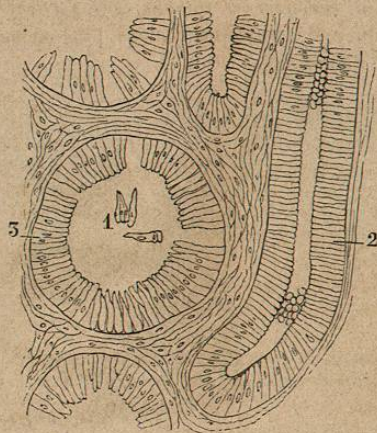
envahi les ganglions il se multiplie dans les *viscères* (foie, rate, poumons, pancréas, etc.), sous forme de tumeurs épithéliales semblables à la tumeur primitive.

Épithéliomes à cellules cylindriques. — Il est formé de tubes allongés dont les parois sont tapissées de cellules cylindriques toujours implantées perpendiculairement à cette paroi;

FIG. 20. — Section pratiquée sur un épithéliome à cellules cylindriques (intestin).

1. Tube coupé en travers; ses parois sont tapissées de cellules épithéliales cylindriques; quelques-unes de ces cellules se sont détachées de la paroi et flottent dans la cavité du tube.

2. Tube coupé suivant sa longueur (Ranvier et Cornil).



de plus, il possède un stroma embryonnaire, muqueux ou fibreux: cette variété, observée surtout dans l'intestin, subit fréquemment la transformation colloïde.

Étiologie. — Les causes de l'épithéliome sont inconnues; cependant on a remarqué qu'il est plus commun chez *les gens de la campagne*, et que peut-être les *irritations permanentes ou répétées ne sont pas sans influence, soit sur son développement, soit surtout sur la rapidité de sa marche*; ainsi on l'observe habituellement sur les lèvres, surtout sur la lèvre inférieure, et le cancer de la lèvre est beaucoup plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

Symptômes. — Le *début* de l'épithéliome est tout à fait insidieux; il se présente sous l'aspect de *papilles hypertrophiées*, d'un *dépôt squameux* plus ou moins épais, d'un *tuber-*

cule grisâtre ou *rosé* recouvert d'une *croûte sèche*; sur les muqueuses, la lésion a souvent l'aspect d'une *fissure* grisâtre ou rosée dont les bords indurés et taillés à pic n'ont nulle tendance à se cicatriser (1). Le cancroïde est ordinairement unique.

Période d'état (2). — La lésion, quelle que soit sa forme, est le siège de *petits picotements*, de *démangeaisons* qui portent le malade à se gratter et à enlever la petite pellicule qui recouvre la tumeur; ces excitations activent les progrès du mal, et après un temps plus ou moins long, l'épithéliome s'ulcère.

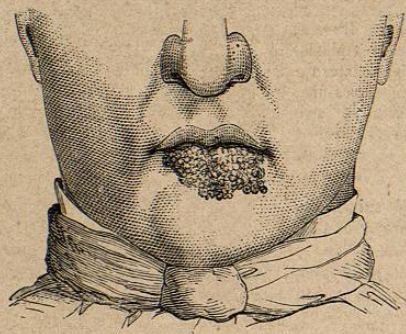


FIG. 21. — Épithéliome de la lèvre.

L'ulcération est d'abord très superficielle; elle laisse suinter un liquide citrin et clair qui se concrète sous forme d'une *croûte jaune, grisâtre*, parfois colorée en noir par le sang. Mais l'ulcération fait d'incessants progrès, elle s'étend en surface et en profondeur au point d'atteindre plusieurs centimètres.

Le *fond de l'ulcère* est très irrégulier: ici ce sont des excavations anfractueuses, ailleurs des bourgeons végétants sai-

(1) Ces fissures, fréquentes sur les lèvres et la langue, sont produites par les mouvements de ces régions.

(2) Bien que l'épithéliome se prête peu, en raison de ses progrès incessants, à l'admission d'une période d'état, cependant sa marche est souvent si lente, que, pendant des mois et des années, il conserve à peu près les mêmes caractères.

gnant au moindre contact (1); de toute la surface ulcérée, qui est sanieuse, grisâtre, s'écoule un *liquide à odeur fétide* absolument semblable à l'ichor cancéreux (2).

Les *bords* de l'ulcère sont durs, épais, mamelonnés, couverts de croûtes; au delà, la peau est sillonnée de stries vasculaires.

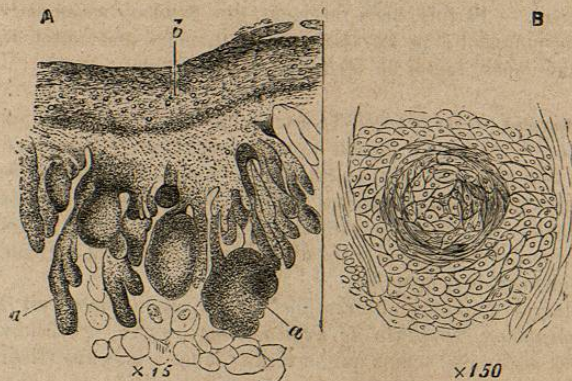


FIG. 22. — Épithéliome du pénis (Fenwick).

A. Vue générale de la section à un faible grossissement (15 diamètres). — a, a. Glandes sébacées volumineuses et gorgées de cellules épithéliales. b. Surface de l'épithéliome.

B. Section d'une des glandes sébacées; on peut voir à son centre un globe épidermique; il est entouré d'une masse de cellules. (Grossissement, 150 diamètres.)

Période de cachexie. — A mesure que l'ulcération détruit les parties centrales du cancroïde, la périphérie de la tumeur faisant d'incessants et rapides progrès, envahit tous les tissus qui l'entourent (muscles, vaisseaux, os), les *ganglions* qui reçoivent les lymphatiques de la partie malade s'infiltrent d'éléments épithéliaux et deviennent de nouveaux épithéliomes.

Les *douleurs* progressent de la même manière: le malheureux patient est torturé par des élancements aussi aigus que ceux du carcinome.

Épuisé par les douleurs, par le suintement ichoreux de

(1) Ces bourgeons sont formés par la prolifération du stroma de la tumeur (Rauvier et Cornil).

(2) Les excavations de l'ulcère renferment souvent une matière jaunâtre, pulpeuse, pelotonnée; elle est constituée par des masses épithéliales.