

fluctuation véritable, sont néanmoins rénitentes et paraissent fluctuantes ; elles sont, comme l'on dit, *pseudo-fluctuantes* ; tels sont les lipomes, les myxomes, les sarcomes mous, certains encéphaloïdes, etc.

Cette distinction des tumeurs solides en un certain nombre de groupes, établie d'après le degré de leur consistance, est, dans un grand nombre de cas, très aisée à faire et facile singulièrement, comme nous l'avons dit, le diagnostic de la nature de la tumeur que l'on examine. Mais nous devons nous presser de reconnaître qu'il n'en est pas toujours ainsi. Bien souvent, parmi les tumeurs molles de notre quatrième groupe, on en rencontre qui présentent une apparence de fluctuation telle que, même après un examen très consciencieux et plusieurs fois répété, on est contraint de rester dans le doute sur la consistance vraie de la tumeur et on n'ose se prononcer sur sa nature solide ou liquide ; et l'hésitation est d'autant plus légitime que ces tumeurs ne paraissent pas seulement fluctuantes, mais encore sont plus ou moins rénitentes.

D'autre part, il importe de savoir que certaines tumeurs, bien que réellement liquides, ne présentent pas de fluctuation ou sont pour le moins vaguement fluctuantes, en sorte qu'elles risquent d'être considérées comme des tumeurs solides ; tels sont certains kystes renfermant un liquide très dense ou plutôt encore formés de parois très dures et très épaisses, et ayant parfois subi la transformation crétaçée.

Enfin nous devons rappeler l'existence de ces tumeurs dont la consistance est loin d'être uniforme et variée dans leurs diverses parties, en sorte qu'elles sont à la fois solides et liquides. Souvent même on observe dans leurs parties solides de très grandes différences dans le degré de leur consistance : certains points offrent une dureté osseuse ou calcaire, d'autres une consistance fibreuse ou cartilagineuse, d'autres enfin une mollesse plus ou moins grande ; telles sont les sarcomes et les myxosarcomes renfermant des kystes ou des collections sanguines, telles sont surtout les *tumeurs mixtes* de la parotide et du testicule.

On voit donc, d'après ce que nous venons de dire, que la

détermination de la consistance vraie et par conséquent de la nature solide ou liquide d'une tumeur peut offrir pour le chirurgien de sérieuses difficultés, et de fait, dans un certain nombre de cas, en s'en tenant à l'exploration physique de la tumeur, il doit hésiter et rester dans le doute.

En règle générale, on n'affirmera la nature liquide d'une tumeur que lorsqu'on aura pu percevoir la fluctuation d'une manière absolument certaine et surtout lorsque cette fluctuation se transmettra d'une extrémité de la tumeur à l'autre extrémité.

Dans les cas douteux dont nous venons de parler, on pourra recourir à un moyen qui, sans être infaillible, rend parfois un réel service. Ce moyen d'ailleurs n'est applicable que lorsqu'il s'agit d'une tumeur assez volumineuse. Il consiste à faire placer le bord cubital de la main d'un aide sur le milieu de la tumeur et à faire exercer avec cette main une pression modérée, puis à rechercher la fluctuation dans ces conditions. Si la tumeur est vraiment liquide, la fluctuation sera perçue, malgré l'interposition du bord de la main, car le liquide passera au-dessous de cette barrière incomplète ; mais si la tumeur n'est pas réellement liquide et si la pseudo-fluctuation est due à ce que cette tumeur est constituée par un tissu mollassé, colloïde, susceptible de se déplacer en masse, il suffira de la pression exercée par le bord cubital de la main pour empêcher ce déplacement et par suite la fausse sensation de fluctuation.

Mais le moyen le plus généralement employé, dans les cas où l'on hésite sur la nature solide ou liquide d'une tumeur, c'est la ponction exploratrice, pratiquée avec les appareils aspirateurs (à l'aide de l'aiguille fine ou du petit trocart des aspirateurs de DIEULAFOY ou de POTAIN). On tend même à considérer cette ponction comme un moyen absolument certain de décider si une tumeur est solide ou liquide. Bien que, dans nombre de cas, la ponction exploratrice rende de réels services et fournisse les résultats qu'on en attend, il ne faudrait pas pourtant exagérer son utilité et surtout croire à son infaillibilité ; il importe, au contraire, de savoir qu'elle peut

laisser persister le doute et l'incertitude et, ce qui est plus grave, fournir des renseignements inexacts et propres à induire le chirurgien en erreur.

C'est ainsi que, dans une foule de circonstances, la ponction aspiratrice pratiquée dans une tumeur liquide peut donner des résultats négatifs, par exemple, lorsque le liquide est trop épais et trop visqueux pour pouvoir s'écouler à travers l'aiguille ou le trocart, et surtout lorsque la lumière de l'instrument vient à être oblitérée par quelques corpuscules solides, nageant dans le liquide. Dans de telles conditions, on pourrait donc conclure, d'après le résultat nul de la ponction, qu'il s'agit d'une tumeur solide.

La même erreur pourrait être commise, dans le cas de tumeur liquide présentant des parois très épaisses, la pointe du trocart ou de l'aiguille n'ayant pas pénétré assez profondément et n'ayant pas atteint la couche liquide.

Connaissant ces diverses causes d'erreurs, on devra toujours pour les ponctions aspiratrices se servir d'une aiguille ou d'un trocart d'un calibre moyen et, si l'on soupçonne que l'instrument a été oblitéré par quelque corpuscule solide, passer à plusieurs reprises un mandrin dans son intérieur, afin de le déboucher.

D'autre part il faudra toujours enfoncer l'aiguille jusqu'au centre de la tumeur, afin d'être sûr de pénétrer jusqu'au liquide s'il en existe. Il peut, enfin, être utile parfois de ponctionner la tumeur successivement sur plusieurs points, avant de déclarer définitivement qu'elle n'est pas de nature liquide.

La ponction est encore susceptible d'induire en erreur le chirurgien, mais d'une façon différente, en faisant croire à l'existence d'une tumeur liquide alors qu'il s'agit en réalité d'une tumeur solide.

Il se peut, par exemple, que le trocart donne issue à un liquide séreux ou sanguinolent ou même à du sang pur et plus ou moins altéré, ce liquide provenant d'un kyste ou d'un hématome formé dans l'épaisseur d'un sarcome, d'un encéphaloïde ou de tout autre néoplasme solide. D'après ce résultat de la ponction on serait donc tenté de conclure au diagnos-

tic de kyste ou d'hématome simple, alors que l'on est en présence d'une tumeur de nature bien différente.

D'ailleurs, cette erreur sera généralement assez facile à éviter, si l'on se conforme à ce précepte d'évacuer complètement la poche liquide, car dans les cas auxquels nous venons de faire allusion, après que tout le liquide aura été extrait, on pourra s'assurer par le palper que la tumeur n'a pas complètement disparu et n'est pas réduite à l'enveloppe d'une cavité kystique, mais qu'il persiste une portion plus ou moins considérable du néoplasme constituant la partie solide de la masse totale.

On voit, d'après ce qui précède, que même la ponction exploratrice sera incapable, dans certains cas, de faire connaître d'une façon absolument certaine la nature solide ou liquide d'une tumeur et que parfois le chirurgien devra rester dans le doute.

Il n'y a alors qu'un seul moyen de trancher définitivement la question, c'est l'ouverture plus ou moins large de la tumeur.

Nous ajouterons, à l'occasion de la ponction exploratrice, que, dans les cas où elle donne un résultat positif, elle ne sert pas seulement à démontrer que la tumeur est liquide, mais qu'elle permet souvent aussi de compléter le diagnostic, grâce à l'examen chimique, micrographique et bactériologique de ce liquide.

Enfin pour terminer nous rappellerons qu'on a fait usage, pour les tumeurs solides, de trocarts spéciaux (trocarts de DUCHENNE de Boulogne par exemple) construits de manière à ramener, après avoir été enfoncés dans la masse néoplasique, une parcelle du tissu de celle-ci que l'on soumet ensuite à l'examen microscopique. Mais cette pratique n'a pas donné les résultats qu'on en attendait, la parcelle de la tumeur détachée par l'instrument étant trop petite pour pouvoir être utilisée avec fruit.

Lorsqu'on a déterminé exactement le siège anatomique d'une tumeur, lorsqu'on a pu établir que celle-ci est liquide ou solide, on a déjà fait un grand pas dans la voie du diagnostic.

On devra maintenant se demander si la tumeur est *benigne*

ou *maligne* et encore la question ne se pose-t-elle que pour les tumeurs solides ou pour les tumeurs mixtes, car les tumeurs exclusivement liquides sont généralement bénignes.

La connaissance de la bénignité ou de la malignité d'une tumeur a une importance considérable, et lorsqu'on l'a acquise, on est bien près d'atteindre le but final. Cette connaissance se fonde sur des considérations multiples que nous allons passer en revue.

Tumeurs bénignes. — Si l'on excepte, bien entendu, les tumeurs cutanées proprement dites, les tumeurs bénignes sont caractérisées par l'intégrité des téguments qui les recouvrent. Il n'existe généralement ni changement de couleur, ni vascularisation anormale de la peau, qui est dénuée de toute adhérence, en sorte qu'on peut la faire glisser dans tous les sens, la plisser au-devant du néoplasme. Parfois, lorsque la tumeur est très volumineuse, la peau est amincie, distendue à l'extrême, mais elle reste exempte d'adhérences. Il faut bien savoir, néanmoins, que cette intégrité de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané s'observe parfois avec certaines tumeurs qui évoluent à la façon des tumeurs malignes, comme les sarcomes, les myxo-sarcomes, les tumeurs mixtes. Cette remarque a donc une grande importance, et on devra bien se garder de considérer comme absolument bénigne toute tumeur recouverte par des téguments intacts et sans adhérences.

D'autre part, si l'on fait naturellement exception des tumeurs ayant leur origine dans les muscles ou dans les os, le défaut d'adhérences profondes constitue également un bon signe de bénignité, et l'on est en droit de considérer comme bénigne toute tumeur susceptible d'être mobilisée dans tous les sens sur les plans profonds. Ici encore nous ferons remarquer que ce signe n'est pas absolument constant, car on rencontre des tumeurs, même complètement bénignes, qui présentent quelques adhérences avec l'aponévrose sous-jacente (certains lipomes, ou fibro-lipomes, par exemple); mais ces adhérences sont d'ordinaire peu serrées et leur existence pourrait même échapper à l'examen, si l'on n'avait pas le soin, comme nous

l'avons dit précédemment, de pratiquer l'examen pendant la contraction des muscles.

L'étude des caractères objectifs ne fournit pas de renseignements très importants relativement à la bénignité d'une tumeur.

Le volume est extrêmement variable et l'on observe des tumeurs bénignes très petites, tandis que d'autres sont extrêmement volumineuses et pour ainsi dire monstrueuses, comme certains lipomes ou fibrom s.

La forme offre également de grandes variations : d'une manière générale, on peut dire que la forme des tumeurs bénignes est d'ordinaire régulière dans son ensemble et qu'il n'existe pas de bosselures; cependant quelques tumeurs bénignes présentent parfois des bosselures, comme certains fibromes ou fibro-adénomes. Enfin, pour ce qui concerne la consistance des tumeurs bénignes, elle est généralement uniforme, dans tous les points de la masse néoplasique, soit qu'elle se caractérise par une très grande mollesse, comme dans les lipomes, soit qu'elle se montre plus ou moins dure, comme dans les fibromes, les exostoses, etc. Toutefois cette uniformité de la consistance n'est pas encore un caractère absolu et constant, car on peut rencontrer des tumeurs bénignes qui offrent une consistance inégale, dure en certains points, molle et même fluctuante en d'autres points: tels sont certains fibro-adénomes avec kystes, certains fibromes dégénérés renfermant desavit s kystiques ou des épanchements sanguins.

Nous insisterons néanmoins sur ce fait que les tumeurs à consistance très irrégulière appartiennent au groupe des *tumeurs mixtes* (parotide, testicule), généralement de nature maligne ou du moins susceptibles de devenir malignes à une certaine période de leur évolution.

Les tumeurs bénignes sont le plus souvent indolores, soit spontanément, soit à la pression. Cependant, il existe à cet égard de très fréquentes exceptions, et nombre de tumeurs essentiellement bénignes sont le siège de douleurs plus ou moins vives, soit que cette sensibilité dépende des rapports de la

tumeur avec quelque filet nerveux qui se trouve comprimé, soit qu'elle résulte d'une constitution névropathique des malades; telles sont, en particulier, les tumeurs dites *irritables* de la mamelle.

D'autre part, comme nous le verrons, beaucoup de tumeurs absolument malignes sont indolentes, au moins dans les premiers temps de leur évolution; en sorte que l'on s'exposerait à se tromper souvent si, comme on a tendance à le faire, on considérait une tumeur comme bénigne, par cette raison qu'elle est indolore, soit spontanément, soit à la pression.

Les tumeurs bénignes n'envahissent pas le système lymphatique; aussi les vaisseaux lymphatiques émanant de la tumeur et surtout les ganglions qui reçoivent ces vaisseaux restent-ils généralement indemnes, pendant toute la durée de l'évolution des néoplasmes bénins. Si l'on observe parfois des exceptions à cette loi générale, c'est d'ordinaire dans les cas où la tumeur a été irritée, enflammée, ou après son ulcération et son infection; il s'agit alors d'adénites infectieuses et non de dégénérescence néoplasique des ganglions.

Les tumeurs bénignes ne retentissent pas sur l'état général des malades, dont la santé peut rester florissante, alors même que le néoplasme a atteint d'énormes dimensions; c'est là un caractère assez important pour le diagnostic. Toutefois il existe quelques exceptions à cette règle, et certaines tumeurs bénignes peuvent compromettre la santé générale et même déterminer la mort, soit par suite des accidents de diverse nature qu'elles provoquent par elles-mêmes, comme par exemple les hémorragies dans les fibromes utérins, soit par suite de troubles fonctionnels plus ou moins graves qu'occasionne leur présence en comprimant des organes importants.

Le *mode d'évolution*, la *marche* des tumeurs bénignes peuvent fournir quelques données utiles pour le diagnostic.

En règle générale, les tumeurs bénignes ont une marche lente, régulière; il est rare de les voir augmenter rapidement de volume, sauf dans les cas où elles sont irritées par suite d'un traumatisme ou de toute autre cause, comme les injections interstitielles.

Leur ulcération peu fréquente ne résulte pas, comme pour les tumeurs malignes, d'un envahissement par le tissu néoplasique du tissu cellulaire et du tégument, mais d'une sorte de sphacèle de ceux-ci déterminé par un excès de distension et d'amincissement; c'est dire qu'elle se montrera à une période avancée de l'évolution du néoplasme, lorsque celui-ci aura acquis un volume énorme.

On observera encore l'ulcération des tumeurs bénignes dans les cas où une cause quelconque les aura enflammées et aura provoqué leur suppuration.

L'étude des *conditions étiologiques* qui ont pu présider au développement d'une tumeur ne fournira guère que des renseignements négatifs dans le cas de tumeur bénigne.

En général l'hérédité fait défaut. Quoique les tumeurs bénignes puissent se rencontrer à tous les âges et aussi bien dans l'un et l'autre sexe, cependant elles semblent plus fréquentes dans la jeunesse et l'âge moyen de la vie; en outre, il faut savoir que certaines tumeurs sont pour ainsi dire inconnues dans l'un ou l'autre sexe (par exemple, les polypes nasopharyngiens que l'on n'observe presque jamais chez la femme), tandis que d'autres sont beaucoup plus fréquentes dans un sexe que dans l'autre (par exemple les fibromes de la paroi abdominale que l'on rencontre infiniment plus souvent chez la femme que chez l'homme).

Cette notion étiologique, comme on le voit, peut avoir dans quelques cas une certaine valeur, au point de vue du diagnostic de la nature de la tumeur.

Quant aux causes déterminantes, comme les traumatismes, les irritations locales, etc., elles n'offrent rien de spécial aux tumeurs bénignes.

Tumeurs malignes. — On comprend qu'elles se distingueront des tumeurs bénignes par des caractères inverses de ceux que nous venons de mentionner comme propres à ces dernières. Nous pourrions donc les énumérer beaucoup plus brièvement, en insistant seulement sur quelques points particuliers, dont nous n'avons pas eu à parler à propos des tumeurs bénignes.

Les téguments et le tissu cellulo-adipeux sous-cutané sont envahis de bonne heure par le tissu néoplasique, dans le cas de tumeur maligne ; aussi peut-on constater l'adhérence et même la fusion de la peau avec la tumeur sous-jacente ; en outre il est fréquent d'observer une vascularisation anormale de la peau, un développement des veines sous-cutanées.

De même la tumeur adhère plus ou moins fortement aux aponévroses, aux muscles sous-jacents et même au périoste des os voisins.

La forme des néoplasmes malins est souvent irrégulière, bosselée. Leur consistance très variable, depuis la dureté ligneuse du squirrhe jusqu'à la mollesse de l'encéphaloïde ramolli, est fréquemment inégale, présentant, à côté de parties extrêmement dures, d'autres parties molles et pseudo-fluctuantes (tumeurs mixtes, etc.).

De même que pour les tumeurs bénignes, on peut observer des tumeurs malignes de volume extrêmement variable, mais dans un grand nombre de cas le néoplasme malin se présente sous l'aspect d'une tumeur très petite, comme certains squirrhes, certaines tumeurs mélaniques.

L'absence de toute douleur spontanée ou même à la pression n'est pas rare dans le cas de tumeur maligne, du moins au début. Dans certaines régions, au sein par exemple, on peut presque affirmer que les tumeurs douloureuses sont plus souvent des tumeurs bénignes que des tumeurs malignes, contrairement à ce que sont disposés à croire les malades et même parfois les médecins. Mais, à une période avancée de l'évolution et surtout après l'ulcération du néoplasme malin, les douleurs s'éveillent et présentent souvent une intensité extrême. Cela tient à ce que les néoplasmes malins n'agissent pas, pour provoquer des douleurs, par simple compression, mais aussi par envahissement néoplasique des filets ou troncs nerveux, d'où résultent parfois de véritables névralgies ou des troubles moteurs plus ou moins marqués.

Par suite de cet envahissement des tissus et organes avoisinants, les néoplasmes malins s'accompagnent de très bonne heure de lésions des vaisseaux et ganglions lymphatiques.

Dans certaines régions, au sein par exemple, on peut parfois sentir des trainées de vaisseaux lymphatiques, sous forme de petits cordons indurés, se rendant à des ganglions plus ou moins altérés ; beaucoup plus souvent, il existe seulement une adénopathie, sans lésion apparente des vaisseaux lymphatiques, caractérisée par l'augmentation de volume et l'induration des ganglions, qui sont parfois agglomérés en masses plus ou moins considérables, adhérant les uns aux autres et bientôt aux tissus avoisinants.

Cette adénopathie maligne, bien différente de l'adénite simple par les caractères que nous venons d'indiquer, se développe souvent dès le début de l'évolution du néoplasme, et à une époque antérieure à son ulcération, ce qui constitue un signe presque pathognomonique de malignité.

Lorsque le néoplasme est ulcéré, il arrive souvent que, par suite de l'infection septique de l'ulcération, il se développe de véritables adénites infectieuses, et, dans ces cas, on peut être embarrassé pour faire la part exacte de ce qui appartient à la dégénérescence néoplasique et à l'infection septique des ganglions.

Bornons-nous encore à signaler comme propres aux tumeurs malignes la thrombose des veines voisines, d'où résultent des œdèmes persistants.

Enfin, comme conséquence de l'envahissement des tissus et organes avoisinants par les néoplasmes malins, on observe, ainsi que nous l'avons déjà dit, beaucoup plus souvent que dans les cas de néoplasmes bénins, qui agissent sur les nerfs seulement par compression, des névralgies rebelles et très douloureuses ou des paralysies.

La marche des tumeurs malignes est d'ordinaire assez rapide et c'est là un caractère important, si on le compare à la lenteur de l'évolution des tumeurs bénignes. Le développement peut être uniformément rapide ou se faire par poussées brusques. D'une manière générale, on devra suspecter la nature maligne d'une tumeur qui, après être restée stationnaire pendant un temps plus ou moins long, subit brusquement une augmentation de volume considérable. Il s'agit presque tou-

jours, en pareil cas, de ces tumeurs qui, primitivement bénignes, se transforment en tumeurs malignes; tels sont les fibro-adénomes évoluant vers le sarcome.

Bien que la rapidité de la marche soit un caractère habituel de malignité, il faut savoir que certaines tumeurs malignes ont une évolution très lente. Cette exception s'observe par exemple dans les cancers atrophiques du sein.

Tandis que l'ulcération des tumeurs bénignes est rare, ainsi que nous l'avons indiqué, elle est, au contraire, très fréquente dans le cas de tumeurs malignes et peut être pour ainsi dire considérée comme la dernière phase de leur évolution.

Elle ne résulte plus, comme dans le cas de tumeurs bénignes, de la destruction de la peau par distension, mais de l'envahissement progressif du tissu cellulo-adipeux sous-cutané et des téguments par les éléments néoplasiques; aussi observe-t-on parfois l'ulcération de néoplasmes malins de moyen ou même de petit volume, alors que, dans le cas de tumeurs bénignes, elle ne survient habituellement que lorsque ces tumeurs ont acquis un volume considérable ou lorsqu'elles ont été enflammées accidentellement.

La santé générale reste rarement indemne pendant l'évolution des tumeurs malignes; elle s'altère même assez souvent dès le début, ou du moins il est fréquent de noter un certain degré d'amaigrissement, en même temps qu'une diminution des forces et de l'activité physique. On pourrait sans doute, chez certains malades, expliquer cette altération rapide et précoce de la santé générale par la préoccupation morale qu'ils éprouvent et qui les prive de sommeil et d'appétit; toutefois on l'observe aussi chez des sujets qui n'attachent aucune importance à leur tumeur.

A une période plus avancée de l'évolution des tumeurs malignes, les troubles de la santé générale deviennent beaucoup plus marqués et se rapportent bien manifestement à la généralisation du néoplasme. Ils finissent par déterminer un véritable état cachectique, décrit dans tous les livres sous le nom de *cachexie cancéreuse*, et caractérisé principalement par une teinte jaune paille des téguments, un amaigrissement considérable, une

perte complète des forces, une anorexie absolue, de la diarrhée, etc.; en outre il n'est pas rare d'observer du côté des organes thoraciques ou abdominaux des troubles fonctionnels déterminés par la généralisation de la néoplasie et le dépôt de noyaux métastatiques dans le poumon et la plèvre, le foie et le péritoine, etc.

Aussi devra-t-on toujours, lorsqu'on soupçonne la nature maligne d'une tumeur, procéder à un examen complet de tous les viscères, afin de déceler, s'il est possible, la présence de ces néoplasies métastatiques qui, si elle était nettement reconnue, ne laisserait aucun doute sur le diagnostic.

Il importe, toutefois, de savoir que, dans la majorité des cas, l'existence de ces métastases viscérales échappe à l'exploration clinique; en sorte qu'il faudrait bien se garder de conclure dans un sens contraire à la malignité, si l'exploration des viscères ne donnait que des résultats négatifs.

Certains auteurs ont pensé que l'altération précoce de la santé générale et les troubles de la nutrition qui en sont la conséquence pouvaient se traduire par une modification dans la proportion de l'urée éliminée, et ROMMELAERE, après s'être livré à des recherches sur ce sujet, a annoncé que, chez les sujets atteints de cancer, la quantité d'urée excrétée chaque jour dans les urines devenait inférieure à 12 grammes, la moyenne normale généralement admise étant de 18 à 20 grammes.

Si le fait était exact, on aurait là un bon signe pour reconnaître, dans les cas douteux, la nature maligne d'un néoplasme. Mais l'opinion de ROMMELAERE a été contestée d'abord par ROBIN, puis par KIRMISSON.

Dans une série de recherches faites avec le Dr SAVOIRE¹, nous avons repris cette étude, non seulement au point de vue de l'urée, mais aussi au point de vue des *phosphates*, dont la diminution a été considérée par ROMMELAERE comme constante chez les cancéreux, et des *chlorures* dont cet auteur a noté également la diminution, quoique moins prononcée et non constante.

¹ DUPLAY, CAZIN et SAVOIRE. Recherches sur l'urologie des cancéreux. *Arch. génér. de médecine*, juillet 1895.

Nous nous sommes principalement attachés à varier le régime de nos malades; nous avons pu ainsi nous convaincre que, pour l'urée, la diminution signalée chez les cancéreux dépend uniquement du régime auquel on les soumet, et que, sous l'influence d'un régime assurant l'alimentation d'une façon suffisante, le taux de l'urée ne s'éloigne pas sensiblement du chiffre normal.

L'hypoazoturie, par conséquent, ne doit pas être considérée comme un symptôme des affections cancéreuses, mais simplement comme une des manifestations que peut entraîner la cachexie cancéreuse, lorsque les malades ne peuvent plus s'alimenter.

De même l'hypophosphaturie et l'hypochlorurie n'ont rien de constant chez les cancéreux et ne constituent pas non plus des éléments de diagnostic.

On pourra parfois tirer quelques données utiles, pour le diagnostic de la malignité d'une tumeur, de la recherche des conditions étiologiques dans lesquelles elle s'est développée. L'hérédité, qui manque dans l'étiologie des néoplasmes bénins, est au contraire fréquente dans le cas de tumeurs malignes.

Au point de vue de l'âge, on peut dire que les cancers sont plutôt l'apanage de l'âge mûr et de la vieillesse; ils sont très rares chez les jeunes sujets. Cependant il y a des exceptions à cette loi générale; certains néoplasmes malins (cancer de l'œil, du testicule), se rencontrent assez fréquemment dans le jeune âge.

Relativement au sexe, il n'y a rien de particulier à noter, sauf que certains néoplasmes malins, très fréquents chez l'homme, sont d'une extrême rareté chez la femme, comme par exemple le cancer de la langue et des lèvres.

Dans le tableau ci-contre, nous avons résumé les caractères différentiels les plus marqués et les plus constants qui distinguent les tumeurs bénignes des tumeurs malignes. Mais nous avons vu que l'on observe assez fréquemment en clinique des cas dans lesquels certains de ces caractères se trouvent en défaut; nous avons signalé, par exemple, l'existence de tumeurs qui, bien que présentant tout d'abord les signes de la

bénignité, tels que le défaut d'adhérence de la peau et d'adhérences profondes, la marche lente, l'ulcération par surdistension et gangrène des téguments, etc., n'en suivent pas moins l'évolution des néoplasmes malins.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE LES TUMEURS BÉNIGNES
ET LES TUMEURS MALIGNES

	TUMEURS BÉNIGNES	TUMEURS MALIGNES
<i>Signes objectifs.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Pas d'adhérences de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Pas d'altérations des téguments. Pas d'adhérences profondes. Forme régulière. Consistance uniforme. 	<ul style="list-style-type: none"> Adhérences de la peau et du tissu cellulaire. Souvent altérations des téguments. Adhérences profondes. Forme irrégulière. Bosselures. Consistance souvent inégale.
<i>Signes subjectifs.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Au début parfois douloureuses (tumeurs irritables). 	<ul style="list-style-type: none"> Au début indolence; à une période avancée, après ulcération surtout, douleurs vives.
<i>Rapports prochains ou éloignés.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Pas d'envahissement de proche en proche. Pas de retentissement sur les vaisseaux et ganglions lymphatiques. 	<ul style="list-style-type: none"> Envahissement à la superficie et dans la profondeur. Retentissement précoce sur les vaisseaux et surtout les ganglions lymphatiques. Parfois envahissement des veines voisines.
<i>État général.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Intégrité de la santé, sauf dans les cas de troubles fonctionnels produits par compression de viscères importants. 	<ul style="list-style-type: none"> Altération de la santé. Cachexie cancéreuse.
<i>Marche. Evolution.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Évolution lente, graduellement progressive. Ulcération rare se produisant par surdistension, gangrène de la peau. 	<ul style="list-style-type: none"> Évolution rapide, souvent par poussées brusques. Ulcération presque fatale à une période plus ou moins avancée par envahissement néoplasique du tissu cellulaire et de la peau.
<i>Étiologie.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Pas d'hérédité. Jeunesse. 	<ul style="list-style-type: none"> Hérédité fréquente. Age moyen de la vie, sauf certains cancers très fréquents dans le jeune âge.

L'association des caractères de la bénignité et de la malignité doit avoir sa signification pour le clinicien, car elle appartient à un groupe de néoplasmes intermédiaires entre

celui des tumeurs bénignes et celui des tumeurs franchement malignes ; ce groupe de tumeurs d'une gravité moyenne et pour ainsi dire intermédiaire, renferme les sarcomes, les myxomes, les enchondromes, les tumeurs mixtes, parmi lesquelles quelques-unes restent bénignes, ne récidivent pas, ne se généralisent pas, tandis que d'autres se comportent à une certaine période de leur évolution comme les cancers les plus graves, sans qu'il soit possible de dire à l'avance dans quel sens se fera l'évolution.

Après les développements dans lesquels nous sommes entrés relativement au diagnostic général des tumeurs, nous pensons qu'il ne sera pas inutile de résumer brièvement la marche que nous conseillons de suivre pour arriver à déterminer la nature d'une tumeur.

Le chirurgien, après avoir précisé le siège anatomique de la tumeur qu'il a sous les yeux et éliminé la possibilité d'une tumeur imaginaire, d'un corps étranger, d'un hématome, d'une tuméfaction inflammatoire simple ou plus souvent spécifique (tuberculeuse, syphilitique, actinomycosique, etc.), est arrivé à cette conclusion qu'il est bien en présence d'une tumeur vraie ou d'un néoplasme.

Cette tumeur est-elle liquide, il s'agit d'un kyste dont il devra chercher l'origine et la nature, s'aidant des commémoratifs (origine congénitale), du point de départ anatomique (glandes, bourses séreuses, etc.). Dans ce diagnostic il devra toujours songer au kyste hydatique.

La tumeur est-elle solide, le chirurgien recherchera si elle présente les caractères de la bénignité ou de la malignité ou de cette gravité intermédiaire dont nous avons parlé.

Lorsqu'on a reconnu qu'il s'agit d'une tumeur bénigne, on aura égard à sa consistance et à ses rapports anatomiques permettant de constater sa dureté osseuse et ses connexions avec le squelette (exostose), sa consistance moins dure, élastique, rappelant celle du cartilage, du tissu fibreux (enchondrome, fibrome, adénome), sa consistance molle, pseudo-fluctuante (lipome, etc.).

La tumeur est-elle maligne, d'après ses caractères physiques,

sa consistance surtout, d'après son évolution, on cherchera à déterminer la variété du cancer, (squirrhe, encéphaloïde). Les relations anatomiques de la tumeur permettront souvent de déterminer son point de départ habituellement glandulaire.

Enfin la tumeur présente-t-elle les caractères associés des tumeurs malignes et bénignes et appartient-elle au groupe des néoplasmes intermédiaires entre les tumeurs malignes et les néoplasmes bénins, on conclura d'après ses signes objectifs, d'après sa consistance notamment, en faveur d'un sarcome, d'un myxome, d'un myxo-sarcome, etc.

Il reste encore le cas où la tumeur offre les caractères des tumeurs à la fois solides et liquides. Elle peut se présenter avec les signes de la bénignité (fibrome kystique par exemple) ou de la malignité (épithéliome kystique, sarcome kystique, ou néoplasme composé d'éléments anatomiques divers). Dans ces conditions le diagnostic est parfois très difficile. Cependant on devra se méfier d'une manière générale de ces tumeurs qui, si elles sont parfois réellement bénignes, présentent souvent un caractère d'extrême malignité. D'ailleurs, ici comme pour d'autres tumeurs, le chirurgien devra faire appel à ses connaissances en pathologie qui lui apprendront que les tumeurs mixtes de certains organes présentent souvent une gravité exceptionnelle : telles sont, par exemple, les tumeurs mixtes du testicule.

Sous peine de pénétrer dans le diagnostic minutieux et détaillé de chaque variété de tumeur, nous sommes obligés de nous en tenir à ces indications générales, mais nous espérons qu'elles suffiront pour guider les débutants dans la recherche parfois si difficile du diagnostic d'une tumeur.

La marche que nous conseillons de suivre dans cette recherche et qui, comme on l'a vu, consiste à procéder par étapes successives et par larges éliminations, nous paraît plus scientifique et infiniment plus rapide que la méthode suivie par quelques cliniciens qui, à l'occasion d'une tumeur quelconque, passent en revue toutes les affections qui peuvent lui ressembler de près ou de loin.