

TRAITEMENT DES TUMEURS

La révolution qui s'est accomplie dans la thérapeutique chirurgicale depuis l'introduction de la méthode antiseptique a considérablement simplifié le traitement des tumeurs.

De tous temps et jusqu'à l'époque contemporaine, les chirurgiens, redoutant à juste titre les interventions sanglantes, s'efforçaient de trouver des méthodes et des procédés de traitement des tumeurs ayant pour but soit de suppléer l'emploi du bistouri, soit de lutter avec avantage contre l'hémorragie au cours des opérations sanglantes ou de préserver les opérés des accidents si fréquents et si graves qui suivaient l'ablation des tumeurs par l'instrument tranchant. Aujourd'hui, grâce aux procédés d'hémostase temporaire dont nous disposons, grâce aux pratiques de l'antisepsie et de l'asepsie, nous pouvons procéder à l'ablation des tumeurs avec une sécurité à peu près complète et avec la presque certitude du résultat opératoire. Aussi peut-on dire qu'à l'heure actuelle l'unique traitement des tumeurs consiste dans l'ablation par l'instrument tranchant.

Il y a pourtant lieu de faire quelques rares exceptions et, pour certaines tumeurs, il est permis de recourir à d'autres méthodes opératoires qui, pour des raisons spéciales, fournissent d'excellents résultats ; telle est, par exemple, la ponction suivie d'injection irritante dans certains kystes séreux ; telle est encore la cautérisation interstitielle dans certains angiomes. Mais, même dans ces cas particuliers, l'ablation par le bistouri, lorsqu'elle est praticable, n'en reste pas moins le procédé curatif le plus sûr et le plus rapide.

Est-ce à dire, cependant, que toute tumeur, de quelque

nature qu'elle soit, doive être immédiatement enlevée dès que sa présence a été constatée ? Cette formule qui, pour certains chirurgiens, résume tout le traitement des tumeurs, ne saurait pourtant être acceptée sans quelques restrictions. Parmi les tumeurs, en effet, il en est que l'on peut à la rigueur ne pas opérer, ou pour lesquelles on peut différer l'opération ; il en est d'autres que l'on ne doit pas opérer. En d'autres termes, même à l'heure présente, pour le chirurgien qui ne veut pas rabaisser son rôle à celui d'un opérateur aveugle, il existe des indications et des contre-indications pour l'intervention sanglante dans le traitement des tumeurs.

Pour exposer ces indications et contre-indications, il est nécessaire de rappeler les trois divisions que nous avons admises parmi les tumeurs, d'après leur nature et leur degré de gravité. Nous avons vu qu'entre les tumeurs franchement et constamment bénignes, et les tumeurs franchement et constamment malignes, il existe un troisième groupe intermédiaire de tumeurs qui, après avoir présenté pendant un temps variable les caractères de la bénignité, sont susceptibles de se transformer et de revêtir les allures des néoplasmes malins.

Les indications opératoires varient suivant que l'on se trouve en présence d'une tumeur appartenant à l'un de ces trois groupes.

Pour les tumeurs du premier groupe, c'est-à-dire pour celles qui jouissent d'une bénignité constante et absolue, il y aurait évidemment exagération à appliquer, dans tous les cas et de parti pris, la formule énoncée plus haut. Dans un grand nombre de circonstances, le chirurgien peut différer l'opération et même conseiller l'abstention. Par exemple, un lipome non apparent, de petit volume, ne déterminant aucune gêne, peut être respecté, attendu qu'il n'est pas rare de voir de telles tumeurs persister dans les mêmes conditions, sans augmentation de volume sensible, pendant de longues années.

Dans ces cas, l'ablation de la tumeur rentrerait dans la catégorie de ces opérations que l'on appelait jadis des *opérations de complaisance*, et le chirurgien n'a pas le droit de l'imposer au malade. Toutefois, s'il est permis de conseiller la tempora-

tion, il ne faudrait pas la pousser trop loin et la règle, à notre avis, dans les cas analogues à celui que nous venons de supposer, est de prescrire l'ablation de la tumeur, dès que celle-ci augmente de volume, sans attendre qu'elle ait atteint des dimensions considérables, car l'opération deviendrait alors plus importante, sinon même plus grave.

Contrairement à ce que nous venons de dire de la temporisation ou même de l'abstention opératoire pour certaines tumeurs franchement bénignes, il importe de savoir que d'autres tumeurs également bénignes doivent être enlevées dès qu'elles sont reconnues; telles sont, par exemple, celles dont la présence constitue une difformité apparente à l'extérieur et surtout celles qui déterminent des troubles fonctionnels plus ou moins graves par compression de viscères importants. Alors même que ces troubles fonctionnels n'existent pas encore, on doit néanmoins prescrire l'ablation de la tumeur dont le développement ultérieur amènerait à peu près fatalement des accidents de compression. Nous citerons comme exemple les fibromes utérins.

Les tumeurs de notre seconde classe, c'est-à-dire franchement et constamment malignes, sont absolument justiciables de la formule thérapeutique énoncée plus haut. Elles doivent être enlevées sans retard dès qu'on a constaté leur présence et reconnu leur nature. Cette règle absolue souffre néanmoins un certain nombre d'exceptions que nous indiquerons bientôt, à propos des contre-indications à l'intervention sanglante dans le traitement des tumeurs.

Enfin, en ce qui concerne les tumeurs intermédiaires à celles qui sont franchement bénignes et à celles qui sont essentiellement malignes, s'il est permis, dans un certain nombre de cas et à la période de début, de temporiser et de retarder quelque temps l'opération, c'est à la condition expresse que cette temporisation ne soit pas trop prolongée et ne dépasse pas la période pendant laquelle le néoplasme présente encore les apparences de la bénignité. Aussi, le chirurgien devra-t-il exiger l'ablation de la tumeur dès qu'il constatera que celle-ci augmente de volume d'une manière continue,

sans attendre, comme on le fait trop souvent encore en pareil cas, que l'évolution soit assez avancée et que la transformation en tumeur maligne soit devenue évidente.

En somme, on voit, d'après ce qui précède, que les cas dans lesquels il est permis de différer l'opération, pour les tumeurs bénignes ou intermédiaires entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes, sont extrêmement rares et constituent plutôt des exceptions.

Cependant, même pour les néoplasmes les plus malins, il existe un certain nombre de contre-indications opératoires que nous devons maintenant faire connaître.

Tout d'abord il est évident que l'ablation d'une tumeur bénigne ou maligne est soumise aux contre-indications générales que l'on admet pour toute opération sanglante. C'est ainsi que l'on est convenu de s'abstenir de toute intervention opératoire chez des sujets atteints d'une maladie grave et devant entraîner la mort à échéance plus ou moins brève, comme par exemple chez un phtisique avancé.

Le diabète, l'albuminurie, l'hémophilie étaient jadis considérés, à juste titre, comme devant contre-indiquer les opérations même les plus bénignes. Bien que l'emploi des méthodes antiseptiques ait certainement atténué les dangers de l'intervention sanglante chez les individus atteints d'albuminurie, de diabète, il n'est pas moins vrai que, chez de tels sujets, on doit toujours se montrer plus réservé dans l'usage du bistouri. Aussi devra-t-on, chez eux, retarder autant que possible l'ablation des tumeurs bénignes. Et même dans certains cas de tumeurs malignes, l'existence du diabète ou de l'albuminurie devra contre-indiquer l'opération, au même titre que les affections générales dont nous parlions précédemment.

Nous arrivons maintenant à une catégorie de contre-indications s'appliquant plus particulièrement à l'ablation des néoplasmes, contre-indications tirées des conditions dans lesquelles la tumeur se présente.

Si l'on excepte quelques cas particuliers que nous examinerons plus tard et dans lesquels l'opération n'est que palliative, il est de règle, même pour les tumeurs les plus malignes, d'in-

tervenir seulement lorsqu'on a la certitude de pouvoir enlever la totalité des tissus néoplasiques. On devra même le plus souvent s'abstenir dans certains cas de cancers très étendus et dont les limites sont parfois si difficiles à préciser, comme dans les épithéliomes des cavités bucco-pharyngiennes. Il est plus humain, en pareil cas, d'épargner aux malades une opération grave et parfois une horrible mutilation, qui serait presque fatalement suivie de récurrence à très bref délai.

Il est encore formellement contre-indiqué d'intervenir, lorsqu'il existe un commencement de généralisation. Cette règle ne vise pas, cependant, les cas dans lesquels les ganglions lymphatiques voisins de la tumeur sont envahis par la dégénérescence néoplasique, si l'on peut être assuré d'enlever la totalité des ganglions dégénérés, en même temps que la tumeur; c'est ainsi que l'on pratique, dans une même séance, l'ablation d'une tumeur maligne du sein et celle des ganglions de l'aisselle atteints de dégénérescence.

La contre-indication dont il s'agit ici s'applique aux cas où la généralisation se traduit par l'apparition du tissu néoplasique dans des viscères ou dans des régions plus ou moins éloignées du siège de la tumeur (foie, poumon, rachis, etc.).

Malheureusement, il est d'ordinaire très difficile, même par un examen des plus minutieux, de reconnaître cliniquement la présence de ces noyaux cancéreux métastatiques. Néanmoins, on devra toujours, lorsqu'on se propose d'intervenir dans un cas de tumeur maligne, soumettre le malade à une exploration complète, inspecter avec soin tous les viscères, et relever les moindres symptômes propres à faire reconnaître la généralisation; si celle-ci peut être démontrée, il faudra s'abstenir et renoncer à une opération qui n'aurait aucune chance d'être suivie de guérison.

Il existe encore une contre-indication tirée de la nature du néoplasme et de la connaissance de son évolution habituelle. C'est ainsi que, dans certaines formes de cancer à marche extrêmement rapide et que pour cette raison on a dénommées *cancers aigus*, l'intervention est reconnue plutôt nuisible qu'utile, la récurrence suivant immédiatement l'opéra-

tion et la généralisation semblaient même accélérée par le fait de celle-ci. C'est ce que l'on observe par exemple pour certains cancers aigus du sein.

On serait également tenté de prescrire l'abstention vis-à-vis d'autres tumeurs à marche moins rapide, mais dont la récurrence est pour ainsi dire fatale, ou qui se généralisent très rapidement après l'opération; les faits ont même démontré que celle-ci hâte notablement la récurrence ou la généralisation du néoplasme.

Il en est ainsi le plus souvent pour les tumeurs mixtes du testicule, pour le cancer mélanique et celui de l'œil, en particulier. Toutefois, nous ne voudrions pas donner cette contre-indication comme absolue, car parmi ces mêmes tumeurs dont il vient d'être question, on en observe parfois quelques-unes qui ne récidivent pas après l'opération, sans qu'on puisse établir à l'avance qu'elles feront exception à la règle ordinaire. On ne saurait donc proscrire d'une manière absolue l'intervention, puisque l'on peut toujours espérer que l'on se trouve en présence de l'une de ces exceptions heureuses.

En opposition avec les cas dont nous venons de parler et dans lesquels la contre-indication opératoire se fonde sur l'évolution rapide, la certitude de la récurrence et de la généralisation à brève échéance après l'opération, il existe certains néoplasmes qui, bien que de nature maligne, présentent une marche d'une extrême lenteur et laissent vivre les malades pendant de longues années, sans provoquer par leur présence aucun symptôme pénible. Telle est, en particulier, cette variété de squirrhe du sein, désignée sous le nom de *squirrhe atrophique*. En pareil cas, l'opération est souvent contre-indiquée, à cause de la remarquable lenteur de l'évolution du néoplasme; l'observation a même montré que, dans certains cas de cancer atrophique et à marche lente, l'abstention semble donner une survie plus longue que l'opération.

Après avoir exposé brièvement les principales contre-indications opératoires qui doivent régler le traitement curatif des tumeurs, il nous faut montrer que parfois, dans la pratique, il se présente des cas dans lesquels le chirurgien, négligeant les

règles que nous venons d'établir, sera autorisé à intervenir. Seulement, dans la plupart de ces cas, il sera bien entendu que l'opération n'aura plus la prétention d'être curative et sera simplement palliative.

Nous voulons parler de certains néoplasmes qui sont le point de départ d'accidents particulièrement graves, susceptibles d'empoisonner moralement et physiquement les derniers temps de la vie des malades et souvent même d'abrèger la durée de la survie. Dans ces cas, alors même que toute opération serait contre-indiquée, en se conformant aux règles que nous avons précédemment établies, alors même que l'ablation de la totalité du néoplasme serait impraticable ou qu'il existerait un commencement de généralisation bien avérée, le chirurgien devra néanmoins intervenir pour parer aux accidents graves dont il s'agit.

Ces accidents sont : la *douleur excessive*, les *hémorragies*, l'*infection septique* et les *troubles de certaines fonctions importantes*.

On observe parfois des néoplasmes dont l'évolution s'accompagne de douleurs extrêmement vives, qui résistent à tous les remèdes usités en pareil cas, et rendent la vie insupportable aux malades. Dans ces conditions, le chirurgien est autorisé à supprimer la cause de ces douleurs par une ablation de la tumeur, alors même que cette ablation ne pourrait être complète et que l'opération serait contre-indiquée dans des conditions ordinaires.

Une conduite analogue devra être suivie, lorsqu'un néoplasme ulcéré donne lieu à des hémorragies abondantes et répétées qui épouvantent les malades et, par l'affaiblissement qu'elles provoquent, précipitent le terme fatal. Dans ces cas, le chirurgien devra par une intervention aussi étendue que possible, à l'aide du bistouri ou du thermocautère, arrêter ces pertes de sang, sans tenir compte des contre-indications opératoires qui ont été exposées précédemment.

Enfin, certaines tumeurs malignes largement ulcérées, fongueuses et bourgeonnantes, sont le point de départ d'écoulements sanieus et parfois horriblement fétides qui sont pour le

malade et pour son entourage une cause de dégoût; en outre, dans ces conditions, les surfaces ulcérées absorbent ces produits septiques et il en résulte une infection générale qui s'accompagne de fièvre et aggrave encore l'état cachectique dans lequel se trouve le malade. Il faut ajouter à cela que très fréquemment ces néoplasmes ulcérés donnent lieu à des hémorragies plus ou moins graves et répétées, qui augmentent l'épuisement des malades. On conçoit que, dans de telles conditions, le chirurgien devra, par une intervention aussi complète que possible, délivrer les malades de cette source d'infection et d'hémorragie.

L'intervention parfois ne devra pas se borner à l'ablation avec le bistouri de la plus grande portion possible du néoplasme, il sera parfois nécessaire de détruire aussi profondément qu'on le pourra les fongosités exubérantes, à l'aide de la curette, ou avec le fer rouge ou les caustiques. L'un de nous a montré, l'un des premiers, les services considérables que cette opération palliative peut rendre aux malades dans certains cancers non justiciables d'une opération curative et notamment dans le cancer de l'utérus inopérable.

Nous devons encore, pour terminer, mentionner certaines opérations palliatives, qui peuvent être très utiles et prolonger la vie des malades atteints de tumeurs dont la présence détermine des troubles fonctionnels graves; telles sont les tumeurs qui compriment et obstruent les voies respiratoires, digestives, urinaires, etc. Dans ces conditions, alors même qu'une opération curative serait contre-indiquée, le chirurgien pourra être conduit à pratiquer une ablation incomplète, pour permettre le rétablissement de la perméabilité des canaux comprimés ou obstrués.

Cependant, dans la majorité de ces cas, il sera préférable de recourir à une intervention opératoire qui, laissant de côté la tumeur elle-même, s'attaque directement à l'organe dont les fonctions se trouvent compromises. La chirurgie contemporaine s'est enrichie d'un assez grand nombre d'opérations de cette nature, dont l'étude complète nous entraînerait à de très longs développements. Aussi nous bornerons-nous à cette

simple indication générale en fournissant quelques exemples de ces sortes d'interventions. C'est ainsi que, depuis longtemps déjà, les chirurgiens pratiquent la trachéotomie dans les cas de tumeurs inopérables comprimant ou obstruant les voies respiratoires, ou l'opération de l'anus artificiel dans les obstructions intestinales dues à la présence d'une tumeur intra-abdominale non justiciable d'une ablation complète.

Mais plus récemment on a imaginé et pratiqué surtout pour les tumeurs des voies digestives diverses opérations très ingénieuses, comme la gastrostomie contre les tumeurs de l'œsophage, la gastro-entérostomie et la jéjunostomie contre le cancer du pylore, les divers procédés d'entéro-anastomoses, contre les tumeurs obstruant l'intestin.

Ces opérations rendent de grands services et assurent parfois aux malades une survie plus longue que certaines tentatives opératoires prétendues curatives qui, si elles ne causent pas la mort immédiate, sont suivies de récurrences tellement rapides que les opérés ont à peine le temps de jouir du bénéfice de l'intervention.

Nous devons dire maintenant quelques mots de certaines méthodes de traitement non sanglant qui ont été proposées pour le cancer et qui, sans pouvoir être considérées comme ayant une valeur curative, n'en ont pas moins donné dans quelques cas des résultats palliatifs assez intéressants à connaître.

A priori il semble bien que le cancer, véritable maladie générale, devrait être du ressort de la thérapeutique médicale, et l'on conçoit parfaitement que l'on ait demandé la guérison des affections cancéreuses aux moyens les plus divers, empruntés souvent même aux théories les moins justifiées. Dès qu'il est appliqué de bonne foi et qu'il a son point de départ dans une donnée scientifique, tout essai peut en principe paraître légitime, en matière de cancer, puisqu'on cherche à combattre un mal jusqu'ici incurable, en dehors de l'intervention chirurgicale faite avant la diffusion néoplasique, sans que d'ailleurs on puisse jamais avoir la moindre certitude à ce sujet.

Aussi que n'a-t-on pas encore proposé comme méthode générale de traitement médical du cancer. Partant de ce principe, d'ailleurs souvent inexact, de l'antagonisme qui peut exister entre les agents infectieux de certaines maladies, on a cherché à enrayer l'évolution des néoplasmes malins par l'inoculation de différents microbes, tels que le streptocoque de l'érysipèle ou même le bacille de Koch; on a également, dans le même ordre d'idées, songé à faire intervenir le parasite de la malaria en l'inoculant aux cancéreux.

C'est surtout l'érysipèle dont on a cherché à utiliser l'action au point de vue du traitement des cancers. Depuis longtemps, en effet, de nombreux auteurs ont rapporté des observations dans lesquelles des tumeurs avaient guéri ou s'étaient modifiées d'une façon très notable à la suite d'un érysipèle accidentel.

Après la découverte du streptocoque pathogène de l'érysipèle, FEHLEISEN inocula à des cancéreux, avec NEISSER, des cultures vivantes de son microbe, et il fut bientôt suivi dans cette voie par JÖNICKE, COLEY, FEICHENFELD. Les résultats ne semblent pas avoir été satisfaisants; on nota quelques améliorations, surtout dans des cas de sarcome, mais plusieurs malades moururent des suites de l'inoculation.

Pour conserver les avantages que pouvait présenter la méthode, tout en supprimant ses inconvénients, on substitua aux cultures virulentes des cultures filtrées et stérilisées, de façon à faire agir seulement les toxines du microbe de l'érysipèle (LASSAR, SPRONCK, FRIEDRICH, CZERNY, RÉPIN). COLEY modifia la méthode en exaltant la virulence du streptocoque érysipélateux par son association avec le micrococcus prodigiosus et il eut recours aux injections de toxines mixtes stérilisées.

La méthode de COLEY, qui a été employée par de nombreux expérimentateurs, ne paraît pas avoir exercé une action très certaine sur les cancers épithéliaux; en revanche elle aurait donné une amélioration réelle dans un certain nombre de cas de sarcomes.

EMMERICH et SCHOLL ont essayé de traiter les tumeurs malignes, non plus par des injections de cultures stérilisées, mais avec du sérum stérilisé de moutons soumis pendant six à huit

semaines à des injections de cultures de streptocoques de l'érysipèle. Les résultats publiés par ces auteurs ont été fortement discutés et l'efficacité de cette méthode n'a pas été confirmée.

Dans un autre ordre d'idées, il convient de mentionner toute une série d'essais de sérothérapie anticancéreuse, inaugurée en 1895 par RICHET et HÉRICOURT, qui ont essayé de guérir le cancer au moyen de sérum d'ânes, de chevaux, de chiens, traités par des injections intraveineuses de suc sarcomateux ou carcinomateux, obtenu par le broiement et la filtration de tumeurs fraîches provenant des services de chirurgie. Malgré l'échec de cette méthode au point de vue curatif, on ne peut nier l'action palliative qu'elle semble exercer sur l'état local et général de certains cancéreux. Malheureusement il est difficile d'apprécier la valeur du procédé de préparation du sérum, attendu que, d'après les expériences d'ARLOING et COURMONT, le sérum normal de l'âne produit les mêmes effets que celui d'un âne inoculé suivant la technique de RICHET et HÉRICOURT.

De nouveaux essais de sérothérapie ont été dirigés contre le cancer dans le but bien déterminé de faire agir sur la cellule cancéreuse les propriétés cytolytiques électives et spécifiques que peut conférer au sang d'un animal l'inoculation d'une espèce cellulaire donnée. En 1899, DUXGERS se proposait d'utiliser dans la thérapeutique des tumeurs malignes ce pouvoir cytolytique qu'il avait étudié expérimentalement chez les animaux. C'est aussi dans ce sens qu'ont été orientées les recherches faites à la même époque par DOR (de Lyon), pour essayer d'exagérer la cytolyse du sérum d'animaux vis-à-vis des cellules cancéreuses de l'homme, en injectant à ces animaux des produits cancéreux et en traitant ensuite des tumeurs malignes à l'aide de ce sérum. DOR a obtenu ainsi une amélioration chez deux malades atteints de sarcome mélanique, à l'aide du sérum d'une chèvre à laquelle on avait injecté antérieurement du suc sarcomateux provenant d'un sarcome mélanique. Plus récemment des expériences analogues ont été faites à l'institut Pasteur par J. CHARCOT, mais elles ne paraissent pas avoir

donné jusqu'ici des résultats susceptibles d'être utilisés pratiquement au point de vue du traitement des néoplasmes malins.

Nous devons nous borner à rappeler les expériences, également très récentes, de von LEYDEN et BLUMENTHAL qui, après avoir constaté les effets favorables que produisaient sur le cancer d'un chien des injections de suc carcinomateux de provenance canine, ont été amenés à instituer sur l'homme des essais du même genre. Ils ont donc traité trois cancéreuses par des injections sous-cutanées de suc obtenu par trituration et expression de néoplasmes de provenance humaine. Ces injections, qui n'ont d'ailleurs pas donné lieu au moindre accident, auraient exercé une influence avantageuse sur l'état des trois malades et auraient, en outre, déterminé la disparition des adénopathies. Deux des malades ont, il est vrai, succombé malgré le traitement, mais à leur autopsie on a constaté l'absence de généralisation.

S'inspirant de ce fait que les cancers épithéliaux sont exceptionnels chez les jeunes sujets, on a cherché à traiter les épithéliomes par le sérum sanguin de jeunes animaux, employé soit en injections sous-cutanées, soit par ingestion, le sérum étant prélevé chez des animaux appartenant, comme le mouton et le porc, à des espèces qui semblent n'offrir au cancer qu'un terrain peu favorable. A. KORBSCHE (de Krapitz) dit avoir guéri des épithéliomes ulcérés de la face au moyen de cette sérothérapie, en pansant également les ulcérations avec le même sérum ou simplement avec une solution physiologique de chlorure de sodium; il aurait également obtenu une amélioration notable, au point de vue de la déglutition, dans un cas de cancer de l'œsophage, avec des injections sous-cutanées de sérum de jeune porc.

D'autres méthodes de sérothérapie cancéreuse ont été publiées dans ces dernières années, et trop souvent on s'est hâté d'annoncer prématurément des résultats merveilleux dont la valeur réelle n'a pu être confirmée; il serait long et peu utile d'énumérer ces tentatives aussi infructueuses les unes que les autres, au point de vue de la guérison du cancer.

De même il ne nous est guère possible d'apprécier les con-

clusions optimistes qui ont été formulées à diverses reprises au sujet de la *cancroïne* d'ADAMKIEWICZ, et qui ont d'ailleurs soulevé de nombreuses discussions en Allemagne.

Le traitement par la *quinine* est une conséquence de la théorie coccidienne du cancer. Etant donné l'efficacité de la quinine contre les hématozoaires du paludisme, il était tout indiqué d'essayer cette médication dans le traitement des tumeurs malignes où l'on croyait reconnaître l'existence de sporozoaires, et cela d'autant plus qu'on a considéré les affections cancéreuses comme étant relativement rares chez les paludiques, qui sont en quelque sorte à l'état d'imprégnation quinique. C'est ainsi que Jaboulay (de Lyon) a pensé à essayer l'emploi des sels de quinine dans le traitement du cancer. Il s'est servi du bromhydrate et du chlorhydrate, à la dose de 1,5 à 2 grammes par jour, par la voie stomacale en cachets de 50 centigrammes ou par injections hypodermiques ou intra-musculaires, en employant une solution aqueuse à 50 p. 100, concurremment avec des applications locales lorsque cela est possible. On peut faire alterner, de deux jours en deux jours, l'emploi des cachets et des injections, qui semblent plus efficaces, mais sont assez douloureuses.

D'après LAMBERT, les douleurs seraient atténuées ou supprimées dès le début du traitement de JABOULAY, la fétidité des suintements disparaîtrait, et les hémorragies se tariraient. D'autre part, on voit, sous l'influence de cette médication, les tissus cancéreux se déterger, les applications de quinine en poudre aidant à la désorganisation et à l'escharification de la plaie cancéreuse, en même temps que les adénopathies diminuent et que l'état général s'améliore. Pour que ce traitement produise de bons résultats, JABOULAY considère qu'il doit être précoce et longtemps continué, si l'on veut éviter les rechutes, et il pense qu'on ne devrait jamais opérer sans l'administration régulière de quinine, longtemps avant et après l'intervention.

Parmi les nouvelles méthodes de traitement local du cancer qui ont été proposées dans ces dernières années et qui, sous

forme d'applications ou d'injections interstitielles modificatrices, ont donné des résultats assez encourageants pour les épithéliomes cutanés, nous devons citer le méthode de von MOSETIG-MOORHOF, basée sur l'emploi du *bleu de méthylène*. Ce produit colore si facilement les noyaux des cellules normales et pathologiques qu'il était tout naturel de songer à utiliser cette propriété, en cherchant ainsi à détruire les éléments cancéreux par une sorte de nécrose chimique de leurs noyaux. On a également employé dans le même but le violet de méthyle et la pyocanine, en solutions de 1 à 5 p. 500 pour les injections interstitielles, et de 1 p. 20 pour les applications et les pansements.

Après MOSETIG, NANU (de Bucharest), DARIER, COPPEZ (de Bruxelles), DOMEQ, DUCASTEL, MAZET, CLAVELIER et LANDREIRE, etc., ont publié de nombreuses observations qui ont contribué à vulgariser le traitement des épithéliomes de la face par les couleurs d'aniline et par le bleu de méthylène principalement.

DARIER a modifié la méthode de MOSETIG en combinant aux applications de bleu de méthylène des attouchements à l'acide chromique à 1/5, après cautérisation au galvanocautère ; le traitement des épithéliomes cutanés de la face consiste alors, d'après DOMEQ, à détruire d'abord au galvanocautère, après anesthésie locale par la cocaïne, la presque totalité du tissu néoplasique, en portant la plus grande attention sur le bourrelet périphérique, qui correspond à la zone envahissante du processus épithéliomateux, ce bourrelet devant être détruit le plus complètement possible en ménageant, autant que faire se peut, la surface épidermique, ce qu'on réalise en portant obliquement la pointe du galvanocautère au-dessous du bourrelet.

« Si l'on procède avec patience en insensibilisant couche par couche le tissu que l'on cautérise, on parvient à faire le traitement presque sans douleur.

« Cette cautérisation ignée terminée, pour être bien certain de détruire la totalité du tissu morbide, on touche alors très légèrement à l'acide chromique à 1/5 toute la surface ulcérée.

« Il ne reste plus qu'à imprégner la plaie avec de la poudre de bleu de méthyle. La quantité de poudre doit être minime ; l'excédent sera enlevé à l'aide d'un petit tampon d'ouate

mouillé et comprimé, pour éviter un débordement de couleur sur la peau.

« Aucun pansement n'est nécessaire; il faut seulement recommander au malade d'humecter la plaie, quatre ou cinq fois par jour, avec un tampon d'ouate trempé dans une solution de sublimé à 4 p. 1000 (DOMEZ) ».

Ce traitement semble avoir donné, pour les épithéliomes de la face, des résultats assez satisfaisants; nous l'avons employé à plusieurs reprises à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, dans des cas d'épithéliomes très développés de la face, et nous avons obtenu, sinon des guérisons complètes, au moins des améliorations réelles, avec une cicatrisation partielle intéressant une étendue variable de la surface ulcérée.

Nous ne donnerons pas la liste des agents modificateurs dont on a préconisé l'emploi dans le traitement des cancers inopérables, sous forme d'applications locales ou d'injections interstitielles. Cette liste serait trop longue et n'offrirait pas un grand intérêt, car, en dehors des effets palliatifs plus ou moins passagers que certains d'entre eux semblent réellement produire, aucun de ces agents ne peut être considéré comme ayant une valeur curative. Nous nous bornerons donc à en mentionner quelques-uns, parmi ceux dont il a été surtout question dans ces dernières années.

Le *carbure de calcium*, recommandé par GUINARD, donne de bons résultats dans le traitement de certains cancers inopérables, notamment pour les épithéliomes de l'utérus et les carcinomes ulcérés du sein. Il arrête les hémorragies, tarit les écoulements fétides et atténue les douleurs.

La *chélidoine* a été préconisée par DENISENKO et employée à son instigation par un assez grand nombre de médecins, avec des résultats d'ailleurs fort variables, et peut-être plus souvent négatifs que positifs.

Les applications de feuilles de *phytolacca decandra* réduites en pulpe constituent depuis longtemps aux Etats-Unis un remède populaire qui aurait, d'après GOODMAN, une action destructive élective sur les tissus épithéliomateux; cette action

semble due à ce que la plante contient beaucoup de potasse et d'acide oxalique (LAMBERT).

Il nous reste à mentionner les caustiques chimiques dont on a préconisé l'emploi dans le traitement des cancers; nous ne saurions d'ailleurs que conseiller de n'y jamais avoir recours, attendu que la plupart des méthodes basées sur l'emploi des caustiques sont essentiellement douloureuses et laissent, à la suite de la chute des eschares, de vastes plaies suppurantes dont la réparation peut être fort longue et qui sont facilement le point de départ d'infections microbiennes secondaires ayant une fâcheuse influence sur l'état général des malades. C'est en général pour éviter les douleurs d'une opération qu'on propose ce traitement, alors qu'il n'est pas d'opération qui puisse exposer le patient à des souffrances aussi vives, et dans l'état actuel de la technique chirurgicale, nous ne voyons guère quelles peuvent être les indications de l'emploi de ces méthodes destructives, même lorsqu'il s'agit de cancers inopérables, pour lesquels le meilleur traitement palliatif, destiné à combattre la douleur, les hémorragies et les infections consécutives à l'ulcération, consiste dans la destruction des tissus néoplasiques par le bistouri ou la curette, ainsi que l'un de nous l'a conseillé pour le traitement des cancers de l'utérus inopérables, comme nous avons eu déjà l'occasion de le dire¹.

Tous les liquides caustiques ont été essayés, depuis l'acide azotique jusqu'à l'acide osmique, dont on a emprunté l'emploi à la technique histologique, en ayant recours au mélange chromico-acético-osmique ou liqueur de FLEMING, pour faciliter la pénétration des tissus par le liquide destructeur.

La pâte de Canquoin au chlorure de zinc, le caustique de Vienne, mélange de potasse et de chaux vive, sont heureusement délaissés, mais en revanche l'emploi de l'acide arsénieux a été préconisé dans ces dernières années comme une méthode nouvelle, bien que son usage remonte à des siècles lointains sous forme de pâtes ou poudres escharotiques, telles que la

¹ S. DUPLAY. Cliniques Chirurgicales de l'Hôtel-Dieu, recueillies et publiées, par M. Cazin et S. Clado, 1^{re} série, 1897.

poudre de frère Côme, la poudre de Dubois, etc. Après HUE (de Rouen) qui, en 1895, recommande de nouveau l'acide arsénieux, en poudre pour applications sur les cancroïdes de la face, en solution à 1 p. 100 pour injections interstitielles, CERNY et TRUNECEK (de Prague) ont cru pouvoir proposer les applications d'acide arsénieux comme une méthode de traitement radical des cancers épithéliaux, à la condition toutefois « que les ganglions ne soient pas indurés ».

Malgré cette prudente réserve qui limite beaucoup les indications de la méthode dite « de Cerny et Trunecek », les résultats obtenus ne semblent pas supérieurs à ceux qu'ont pu donner d'autres procédés de destruction locale par les cautérisations ignées ou les divers agents modificateurs, tels que le bleu de méthylène, l'acide lactique ou le chlorate de potasse, employé avec succès par GAUCHER dans le traitement des épithéliomes cutanés; dans la plupart des cas, la guérison n'est pas radicale comme Cerny et Trunecek le prétendent, et, sous les téguments de nouvelle formation qui se produisent lors de la cicatrisation, il reste souvent des bourgeons épithéliomateux qui deviennent ultérieurement le point de départ d'une récurrence. Il suffit à notre avis, pour rejeter l'emploi de cette méthode, de tenir compte des douleurs intolérables qu'on observe à la suite des applications d'acide arsénieux; nous avons eu l'occasion d'entendre des patients déclarer, après avoir été soumis à ce traitement barbare, qu'ils avaient subi un véritable martyr jusqu'à la chute des eschares et qu'ils préféreraient la mort à la prolongation de leur supplice par de nouvelles applications.

En terminant, nous devons signaler les tentatives qui ont été faites dans ces dernières années, pour faire intervenir divers agents physiques dans la thérapeutique des affections cancéreuses.

Les uns ont songé à faire intervenir l'action du froid, d'autres ont eu recours aux rayons de RÖNTGEN; d'autres enfin, pénétrés de cette idée que les cancers épithéliaux sont le résultat de la désorientation des plans de division des cellules

épithéliales, se sont demandé si l'on ne pourrait pas utiliser l'électricité pour redresser l'orientation de ces plans de division et remettre en quelque sorte dans la bonne voie les cellules égarées (Fabre-Domergue).

HOWITZ (de Copenhague) aurait obtenu la guérison d'épithéliomes au moyen d'injections de chloréthyle dans les tissus néoplasiques, de façon à tuer les éléments cancéreux par réfrigération, en abaissant la température jusqu'à 60° au-dessous de zéro.

L'emploi des rayons de RÖNTGEN paraît avoir donné des résultats très satisfaisants dans le traitement des épithéliomes de la peau, et l'on a publié un certain nombre de travaux d'après lesquels la radiothérapie aurait une action curative sur ces néoplasmes. Tout récemment, FRANCIS MUNCH a rapporté à ce propos, dans la *Semaine Médicale*, les résultats obtenus par F. H. WILLIAMS à Boston, et par WILLIAM M. SWEET à Philadelphie :

« Le premier effet que l'on note habituellement au cours du traitement radiothérapique d'un cancroïde de la peau, souvent dès la première séance, est la diminution, puis la disparition de la douleur. Quand il s'agit d'une tumeur non ulcérée, elle ne tarde pas à se ramollir; ensuite la suppuration s'établit, la lésion diminue d'étendue, et finalement il ne reste qu'une cicatrice, fréquemment insignifiante en comparaison de la lésion initiale. Dans certains cas, la tumeur se présente, avant le traitement, sous la forme d'un ulcère à fond sanieux et d'odeur fétide: sous l'influence de la radiothérapie, la suppuration se régularise, l'odeur disparaît, et le résultat est le même que dans le cas précédent.

« Le champ d'action de la radiothérapie n'est pas limité aux cancroïdes de la peau. Tout cancer accessible serait justiciable de cette méthode, qu'il s'agisse d'un cancer de la langue, du larynx, du col utérin ou de toute autre région. Même dans le cancer du sein, WILLIAMS croit pouvoir enregistrer des succès, mais à ce sujet ses expériences sont encore trop récentes pour qu'il puisse donner des conclusions fermes. »

Comme F. MUNCH le fait observer, même en admettant l'efficacité du traitement radiothérapique, telle que l'envisa-

gent ses partisans, il n'est pas possible de juger si les résultats obtenus sont définitifs, car ils sont trop récemment acquis.

En résumé, à l'heure actuelle, l'ablation chirurgicale, aussi précoce que possible et largement étendue bien au delà des limites apparentes du mal, paraît seule capable de donner une guérison radicale du cancer. Quoi qu'en pensent certains esprits pessimistes, nous possédons tous des observations incontestables, où le diagnostic de cancer a été vérifié par l'examen histologique et dans lesquelles l'opération a été assez précoce et assez large pour donner une survie telle qu'il est permis de considérer la guérison comme définitive. C'est pourquoi, dès que le diagnostic de tumeur maligne est posé, ou même, d'une façon générale, dès qu'on ne peut répondre d'une façon formelle de la bénignité absolue d'une tumeur, l'ablation doit être proposée et pratiquée dans le plus bref délai.

000080



BIBLIOTECA

TABLE DES MATIÈRES

Définition et classification des tumeurs	1
Symptomatologie générale des tumeurs	18
Lipomes	23
Fibromes	37
Myxomes	50
Chondromes	59
Ostéomes	73
Myomes	85
Angiomes	99
Lymphangiomes	118
Névromes	127
Papillomes	141
Adénomes	153
Tératomes bénins	172
Sarcomes	197
Endothéliomes	231
Lymphadénomes	268
Cancers épithéliaux; épithéliomes et carcinomes	285
Déciduomes malins	388
Tumeurs mixtes; tératomes malins	401
Diagnostic des tumeurs en général	412
Traitement des tumeurs	444