

au point de vue de l'intervention opératoire. D'une façon générale, les néoplasmes qui sont mobiles sur les parties environnantes sont bénins ; leur fusion avec les parties voisines est, au contraire, un signe de malignité. Nous avons déjà parlé de l'adhérence du carcinome à la peau dont l'aspect déprimé, capitonné rappelle celui de la peau d'orange. Les rapports d'une tumeur avec les muscles et les aponévroses sont indiqués par sa mobilité ou sa fixité, lorsqu'on fait passer les muscles et les aponévroses de l'état de relâchement à l'état de tension ou de contraction ; quant aux connexions vasculaires et nerveuses, elles sont prévues et indiquées par les rapports anatomiques de la région. Enfin, l'immobilité absolue d'un néoplasme est un signe d'adhérence au squelette, à moins qu'il ne soit bridé par le périoste ou fortement enclavé dans une cavité (exostoses des sinus de la face, etc.) (1).

IX. Pronostic.

Au point de vue clinique, il convient de conserver l'ancienne division des tumeurs en *bénignes* et en *malignes*, à condition de ne pas lui donner une rigueur absolue. En effet, la même espèce histologique, bénigne,

(1) L'examen du sang, d'après les recherches de Hayem (*Soc. de Biologie*, 1886) et de son élève Alexandre (Th. de Paris, 1886), donnerait d'utiles renseignements pour le diagnostic, la récurrence et la généralisation des néoplasmes. Le cancer (squirrhe et encéphaloïde), les ostéo-sarcomes et les lympho-sarcomes surtout s'accompagnent d'une *leucocytose* assez accusée, tandis que les épithéliomes non ulcérés ne détermineraient pas de leucémie.

lésion peu importante, dans un cas déterminé, peut au contraire avec un siège différent, des conditions d'âge et d'état général mauvaises, devenir d'un pronostic très grave, et entraîner la mort par des perturbations apportées dans des fonctions essentielles.

Nous avons déjà eu occasion de désigner comme tumeurs franchement bénignes, le lipome, le fibrome pur, le chondrome, l'adénome, etc., mais il ne faut pas oublier que sous l'influence d'un choc, d'une contusion, ou bien spontanément, ces néoplasmes peuvent se métamorphoser en tumeurs malignes ; quelques-unes même, sans avoir subi de transformation, se sont généralisées ; il convient donc de faire des réserves.

Parmi les sarcomes et les épithéliomes, on trouve des tumeurs d'un pronostic très variable. L'épulis et l'épithélioma calcifié sont bénins, tandis que le sarcome encéphaloïde et la plupart des épithéliomes sont très graves. Enfin, les tumeurs malignes par excellence sont les carcinomes et les sarcomes mélaniques qui s'accroissent, s'ulcèrent, se généralisent, et récidivent d'autant plus rapidement qu'ils sont plus vasculaires et que leurs éléments anatomiques se rapprochent davantage de l'état embryonnaire. Rappelons toutefois qu'opérés tôt, ils peuvent ou bien ne pas récidiver ou ne récidiver que très tardivement.

X. Traitement.

La médication interne dirigée contre les véritables

tumeurs n'est plus guère en honneur que chez les malades pusillanimes ou trop crédules et les empiriques qui les exploitent. Les préparations de ciguë, d'arsenic (1), d'or et d'autres sels métalliques ne sauraient, en effet, réussir que dans certains engorgements des ganglions ou des organes, mais dont la nature néoplasique est loin d'être démontrée. Nous verrons, par contre, que dans le cas de tumeurs inopérables, la médication palliative ne doit pas être négligée et qu'elle rend de grands services. Le traitement des tumeurs est donc presque exclusivement chirurgical. Mais la ligne de conduite du chirurgien sera absolument différente suivant qu'il aura affaire : 1° à une tumeur bénigne, de petit volume et stationnaire dans sa marche ; 2° à une tumeur de diagnostic douteux, et prenant un accroissement rapide ; 3° à une tumeur manifestement maligne, n'ayant pas encore atteint, parcourant ou ayant dépassé le stade de généralisation.

Lorsqu'il s'agit d'une petite tumeur bénigne, on peut conseiller l'expectation et l'emploi des fondants et des résolutifs, si l'on est convaincu de leur utilité ; mais,

(1) D'après les observations d'Esmarch et de Billroth, l'arsenic donné à haute dose aurait une influence incontestable sur la marche du carcinome. D'autres praticiens accordent confiance aux préparations *iodées*, dans le traitement des petits adénomes et des fibrômes du sein, au *chlorate de potasse* contre les cancroïdes de la peau et surtout de la face, à marche lente. En solution sursaturée (6 %) ou en poudre fine, le chlorate de potasse appliqué deux ou trois fois par jour sur l'ulcération débarrassée de croûtes, aurait donné 32 guérisons et 15 améliorations sur 63 cas (Hyvernaud, *Du traitement des cancroïdes*, Th. de Paris, 1887). Enfin, le mélange de poudre de sabine et d'alun guérirait les cancroïdes de la peau comme les végétations (Lucae).

souvent, dans ce cas, les malades en désirent l'ablation, à cause de la gêne, de la difformité (chalazions, loupes de cuir chevelu), ou des douleurs (tubercules sous-cutanés) qu'elle détermine. D'autres fois, au contraire, l'opération est nécessaire, parce que la tumeur bénigne s'accroît rapidement et menace de dégénérer en tumeur maligne, ou bien parce qu'elle donne lieu à des hémorragies inquiétantes (polypes du rectum et de l'utérus) ; ou bien encore, parce qu'elle menace plus immédiatement l'existence (papillome du larynx). Enfin, l'inquiétude qu'éprouvent certains malades est telle qu'il ne faut pas hésiter à pratiquer l'ablation d'un néoplasme, quand même il ne serait ni douloureux, ni gênant, ni dangereux. Quant aux tumeurs douteuses et à accroissement rapide il faut les considérer comme des tumeurs malignes et les traiter comme telles.

Le temps n'est plus où l'abstention systématique était un précepte adopté et suivi, quand il s'agissait du carcinome, à cause des récidives ; les statistiques modernes ont en effet démontré que l'intervention chirurgicale non seulement arrête l'infection, prolonge l'existence des malades et les empêche de souffrir, mais donne des guérisons durables, dans la proportion de 5 à 10 pour 100 (Landsberger, 2^e congrès des chirurgiens allemands, 1882).

Il est toutefois des limites à l'intervention, et des contre indications qu'il faut rigoureusement observer.

On devra absolument s'abstenir (à moins d'hémorragies inquiétantes, de douleurs intolérables, de compression d'organes essentiels à la vie) : 1° Lorsque

l'extirpation ne pourra être totale, soit que les noyaux existent dans la peau grenue, épaissie autour de la tumeur (carcinome diffus), soit que celle-ci offre des prolongements, des adhérences inaccessibles (cou, abdomen, thorax); 2° lorsqu'il y a des ganglions très nombreux et immobiles, ou bien des foyers métastatiques dans les viscères; 3° lorsque l'état général est très affaibli, ou compliqué d'affections viscérales graves; 4° lorsque les malades très âgés sont porteurs de squirrhe atrophique indolent et à marche lente; 5° lorsqu'il s'agit de cancers à marche galopante (encéphaloïdes, mélaniques).

A ces cas inopérables convient le traitement palliatif. Relever les forces du malade par les différents toniques; calmer les douleurs par les anesthésiques et les narcotiques locaux et généraux; arrêter les hémorrhagies par les moyens appropriés; masquer et modifier la fétidité de l'écoulement sanieux par des désinfectants; améliorer, par une intervention à distance (colotomie, trachéotomie, œsophagotomie, gastrotomie, des fonctions compromises par la tumeur, tels seront le but et le rôle du chirurgien.

Les moyens chirurgicaux proprement dits peuvent se diviser en trois catégories, suivant qu'ils ont pour but :
A. de résoudre la tumeur; B. de la détruire sur place;
C. de l'extirper.

A. Parmi les agents modificateurs et résolutifs des néoplasmes, nous ne citerons que la compression, l'électricité et l'injection de substances diverses dans la masse néoplasique. Le froid et la ligature des vais-

seaux afférents ont bien été mis en usage dans le même but, mais la réfrigération n'a jamais réussi qu'à calmer les douleurs; quant à la ligature des artères, si elle a donné quelques résultats dans le cas de tumeurs vasculaires des os, d'angiomes de l'orbite (Verneuil, Richet, etc.); on n'y a plus recours aujourd'hui que comme moyen palliatif ou comme opération préliminaire pour certaines tumeurs du cou, de la langue, etc.

Une compression permanente et prolongée peut par ischémie et par pression directe déterminer l'atrophie de certains éléments néoplasiques. Cette méthode ne doit être employée que contre les lésions susceptibles de résolution; les adénomes et les fibromes du sein, les tumeurs érectiles, les adénites chroniques, les seins douloureux. Dans tous les cas, le néoplasme devra être de petit volume, et siéger dans une région qui se prête à l'application d'un appareil compressif.

Quant au traitement par l'électricité, malgré les travaux et les succès publiés par Crussel, Duchesne de Boulogne, Chéron, Neffel, Semmola, Bœckel, Tripier, et tout récemment Everett (1), il n'est guère usité que dans quelques tumeurs érectiles ou anévrysmales.

Si les injections modificatrices dans la masse néoplasique de liquides variés (acide acétique, nitrate acide de mercure, perchlorure de fer (2) papaine, suc gastrique du chien, etc.) ont donné quelques résultats

(1) Everett (*Soc. méd. de New-York, in New-York méd. Journal*, avril 1885).

(2) Le perchlorure de fer est souvent utilisé avec succès dans le traitement des angiomes non réductibles.

(Thiersch, Nusbaum, etc.), leur expérimentation est loin de s'être généralisée ; ils n'agissent, du reste, qu'à la façon des caustiques que nous allons examiner.

B. La cautérisation qui compte un grand nombre de partisans a pour but la désorganisation ou destruction du tissu néoplasique, à l'aide de caustiques chimiques (cautérisation potentielle), ou du calorique (cautérisation actuelle). La première méthode est douloureuse, incertaine, lente et ne met nullement, ainsi qu'on l'a avancé, à l'abri des complications et des récidives (1). L'autre procédé de cautérisation se pratique généralement à l'aide du thermo-cautère Paquelin ou du galvano-cautère et est utilisé pour détruire une petite tumeur, ou encore des parties de cette dernière (quand on n'a pu l'enlever complètement par le bistouri (polypes naso-pharyngiens, tumeur du maxillaire supérieur, etc.).

Parmi les caustiques le plus souvent employés nous citerons l'*acide arsénieux* et le *chlorure de zinc*. Les pâtes arsenicales (de Rousselot, de frère Come, etc.) ont été appliquées et vantées par quelques chirurgiens, en particulier par Manec, qui leur attribuait une action élective de destruction sur les éléments cancéreux (épithéliomas). L'usage de ce caustique n'est pas sans danger, à cause des accidents d'intoxication ou de réaction phlegmasique locale des plus énergiques.

La puissance caustique du chlorure de zinc est des

(1) Toutefois lorsqu'il s'agit d'un petit néoplasme chez un malade anémique, pusillanime ou très âgé, on peut utilement recourir aux caustiques.

plus grandes ; on s'en sert en solution concentrée ou sous forme de pâtes (mélange de chlorure de zinc et de farine (Canquoin), de gomme arabique pulvérisée, de gutta-percha (Maunoury et Robiquet), de chlorure d'antimoine) ; il n'agit que sur la peau dénudée, et donne lieu à des douleurs vives, parfois prolongées. Girouard, Stanley, Maunoury et Salmon, Maisonneuve, Von Bruns, etc. l'ont beaucoup conseillé contre les tumeurs peu accessibles. Actuellement, on réserve la solution concentrée de chlorure du zinc, pour achever de détruire des portions de tumeurs qu'a laissées en place une ablation incomplète.

On extirpe une tumeur de plus en plus exceptionnellement au moyen de la ligature en masse, de l'écraseur linéaire, de l'anse galvanique et du thermo-cautère, et le plus habituellement à l'aide du bistouri et des ciseaux.

La méthode antiseptique, en effet, a singulièrement réduit l'application des procédés qui avaient pour but de mettre les plaies opératoires à l'abri des complications provenant de l'action des germes.

Le fer rougi (rouge obscur) et laissé peu de temps au contact des tissus a certainement des avantages hémostatiques (hémorragies primitives), comme la ligature élastique et l'écrasement linéaire, mais il a l'inconvénient de ne pas permettre au chirurgien de savoir exactement ce qu'il détruit, et de s'opposer à la réunion immédiate. Ces méthodes exceptionnelles ne conviennent que dans le cas où il s'agit d'enlever un organe ou une tumeur vasculaire (la langue ou le

pénis, un angiome, des polypes, etc.). Aussi l'extirpation des tumeurs par le bistouri et les ciseaux reste-t-elle la méthode la plus importante et la plus généralement adoptée, parce que nulle autre ne permet avec le minimum de dégât une ablation aussi complète et aussi rapide du mal.

La principale préoccupation du chirurgien sera, nous le répétons, de dépasser très *largement*, c'est-à-dire, de plusieurs centimètres, les parties qui paraissent infiltrées, d'extirper aussi complètement que possible par une dissection minutieuse (Kirmisson) les ganglions, les lymphatiques qui vont de la tumeur à ces derniers (Heurtaux). (1) Toutes les fois qu'elle sera possible, la réunion cutanée complète sera faite selon les règles antiseptiques en laissant toutefois des boutonnières dans les points déclives pour l'écoulement des liquides. Lorsqu'elle est irréalisable ou prohibée comme dans le cas de tumeurs siégeant dans des cavités et récidivant pendant un certain temps (polypes naso-pharyngiens), on aura recours au pansement antiseptique ouvert de Verneuil, et l'autoplastie secondaire, si elle est nécessaire (tumeurs de la face) ne devra être tentée que lorsque le travail de rétraction inodulaire sera terminé (2). Enfin, si la récurrence locale ou ganglionnaire se produit, une nouvelle

(1) Dans des cas de carcinomes de la mamelle, Lengenbeck a extirpé ganglions, muscles, vaisseaux et nerfs de l'aisselle, et Esmarch a détaché le membre supérieur; la malade de ce dernier chirurgien a guéri sans récurrence.

(2) Métaxas Zani, *Des anaplasties secondaires; cure en deux temps de certaines tumeurs de la face*, Paris, 1887. — Castex, *Des tumeurs malignes de l'arrière-bouche* (*Revue de Chirurgie*, 1886).

intervention pratiquée selon les préceptes énoncés ci-dessus assure au malade une survie de plusieurs mois.

Un certain nombre de tumeurs qui siègent sur les membres nécessitent l'amputation rapide; ce sont, dans le jeune âge, les sarcomes à petites cellules et les sarcomes médullaires; on se gardera bien d'amputer dans la continuité de l'os, mais on aura recours à la désarticulation ou à l'amputation au dessus de l'article.

Les tumeurs carcinomateuses, les épithéliomas, les tumeurs mélaniques chez l'adulte sont aussi justiciables de l'amputation à une grande distance du point malade, tant qu'il n'y a pas généralisation viscérale, toute la question est de pouvoir diagnostiquer à coup sûr cette généralisation; or il est des cas dans lesquels le chirurgien le plus attentif et le plus exercé n'ayant pu saisir aucune manifestation a jugé utile d'intervenir et l'opération a donné ainsi un véritable coup de fouet à l'infection.

En cas d'envahissement ganglionnaire on peut opérer, si les ganglions épitrochléens, axillaires (tumeur de la main, par exemple) superficiels et très mobiles sont faciles à enlever, car en intervenant on a la chance sinon d'éviter la récurrence, du moins de prolonger les jours du malade.

Nous ne pouvons ici discuter les indications des diverses méthodes que nous venons d'énumérer; elles trouveront chacune leur application suivant la nature et le siège du néoplasme; c'est au lit du malade que ce choix sera déterminé par l'étude de chaque cas particulier.