

la matière amorphe gélatineuse prédomine, la tumeur offre les caractères des tumeurs dites *colloïdes*; on observe surtout cette variété au testicule, dans la mamelle, le corps thyroïde.

Etiologie. On observe ces tumeurs dans les deux sexes; de préférence vers l'âge de trente-cinq à quarante ans. On les a vues se montrer à la suite de contusions lentes et répétées, d'un état inflammatoire; dans ces cas, elles sont généralement bénignes, et ont une tendance prononcée à la transformation fibroïde définitive. Celles qui se développent spontanément sont plus dangereuses; outre une tendance bien marquée à un accroissement considérable, elles sont sujettes à récidiver non-seulement sur place, mais dans d'autres points de l'organisme. On a signalé quelques faits de transmission des tumeurs fibro-plastiques par *voie d'hérédité*.

Symptomatologie. Les tumeurs fibro-plastiques se présentent sous forme de masses plus ou moins considérables, qui atteignent parfois un volume énorme, arrondies ou lobulées, bien limitées de toutes parts, molles ou dures, élastiques. Elles ont une marche souvent très-lente; ainsi on les voit persister quelquefois pendant vingt ans et au delà sans occasionner d'autres troubles que ceux qui sont dus à la compression qu'elles exercent sur les parties voisines. D'autres fois, après avoir acquis un certain volume, ou quand elles récidivent, ou bien encore à la suite d'une contusion à laquelle elles ont été soumises, elles prennent, en fort peu de temps, un développement considérable. Elles peuvent se ramollir, s'ulcérer, devenir le siège de kystes, d'hémorragies ou être frappées de gangrène; elles ne sont en général le siège d'aucune douleur spontanée ou développée par la pression, à moins qu'elles ne se développent dans le tissu osseux. L'engorgement consécutif des ganglions s'observe assez fréquemment. Lebert considérait ces tumeurs comme extrêmement bénignes et comme n'ayant aucune tendance à la généralisation. L'observation clinique est venue modifier ces idées, et démontrer que ces productions morbides peuvent récidiver, non-seulement sur place, mais encore à distance. J'ai pratiqué l'amputation de la cuisse pour une tumeur fibro-plastique de l'extrémité supérieure du tibia à une malade âgée de cinquante-quatre ans; la plaie guérit dans l'espace d'un mois; mais environ huit ou neuf mois plus tard, il se développa une tumeur fibro-plastique d'un volume monstrueux dans l'extrémité supérieure de l'humérus, et la malade succomba aux progrès de cette affection. E. Godard, Voillez, H. Larrey ont publié des faits de généralisation de ces tumeurs dans plusieurs points de l'économie.

Diagnostic. Ces tumeurs se distinguent en général du cancer par la marche lente, l'absence de douleurs, l'intégrité de la santé générale, l'infection tardive des ganglions. Dans les cas où le diagnostic est douteux, on peut recourir à un procédé d'exploration que l'on a décrit sous le nom d'*akidopeirostique*, et qui est applicable au diagnostic de toutes les tumeurs en général. Il consiste à pratiquer une ponction exploratrice dans la tumeur avec certains instruments particuliers, construits de telle façon qu'on peut attirer au dehors quelques fragments du tissu dans lequel on

les fait pénétrer. Cette méthode, qui ne présente aucun danger, est due au professeur Küss (de Strasbourg). Les instruments que l'on emploie pour pratiquer cette ponction sont: le *trocart à harpon*, de Küss; le *kélectome*, de Bouisson (de Montpellier); le *trocart à pinces*, de Middeldorff. A l'aide de l'un de ces instruments, on extrait de petits fragments des tumeurs, que l'on soumet ensuite à l'examen microscopique.

Pronostic. Il est moins grave que celui des tumeurs cancéreuses; mais comme la récidive est possible, il devra toujours être réservé.

Traitement. Si la tumeur est superficielle et peu volumineuse, on peut l'attaquer par les caustiques. Le plus souvent, il faut en pratiquer l'extirpation. L'amputation des membres ou la résection, à la condition que la dernière permet d'enlever tout le mal, est formellement indiquée dans les tumeurs fibro-plastiques qui naissent des os, ou qui envoient des prolongements dans des parties difficiles à disséquer. Dans ces cas, il est préférable de mutiler le sujet, plutôt que de l'exposer à la récidive et à l'infection générale.

ARTICLE XIII.

Tumeurs épithéliales.

Ces tumeurs, désignées sous les noms de *cancroïde*, *noli me tangere*, *cancer verruqueux*, *ulcère chancreux*, *ulcère rongeur*, *chancre malin*, *épithélioma*, sont formées par un dépôt successif de cellules analogues à celles de l'épithélium pavimenteux normal. On les rencontre surtout aux lèvres, sur la langue, les joues, le grand angle de l'œil, le scrotum, l'anus, la vulve, etc., plus particulièrement dans les régions du corps où la peau se continue avec une membrane muqueuse. On a eu aussi l'occasion d'observer le cancroïde dans des régions normalement dépourvues d'épithélium; ainsi, Virchow l'a vu se développer dans l'épaisseur du tibia, d'où il ne se propagea aux parties voisines qu'à la suite d'une fracture de l'os au niveau du point affecté. Le plus souvent, l'épithélioma pénètre dans le corps des os en suivant le trajet des vaisseaux et des nerfs; c'est ainsi que l'on voit la maladie arriver dans l'épaisseur du maxillaire inférieur par le trou mentonnier.

Anatomie pathologique. Les éléments anatomiques constituant le cancroïde sont: 1° des cellules se rapprochant par leurs formes générales de celles de l'épithélium pavimenteux normal (*c, c, c*, fig. 31; p. 186); elles sont aplaties, de forme variable, rarement sphériques ou prismatiques, à noyau (*n, n*) le plus souvent peu volumineux, quelquefois très-développé, ou bien au contraire manquant complètement. Dans quelques cas, le nucléole est très-brillant. Ces cellules sont quelquefois munies de prolongements, à formes variables, et semblent creusées d'excavations (voy. la figure 31). 2° Dans l'intervalle intercellulaire, on trouve des amas de granulations élémentaires amorphes. 3° Dans certains cancroïdes, on trouve des corpuscules ovoïdes ou sphériques, résultant de l'emboîtement de feuillets épidermiques les uns dans les autres, que l'on désigne sous le nom de *globes épidermiques* (*ea*, fig. 31). Ils mesurent généralement de 1/100 à 2/3 de millimètre, et présentent à leur centre des amas de granulations élémentaires amorphes. Comme parties acces-

soires constituantes de ces tumeurs, on rencontre parfois des éléments fibro-plastiques fusiformes ou ovoïdes, du tissu cellulaire, de la graisse, de la cholestérine; ces derniers éléments indiquent que les parties de la tumeur dans lesquelles on les rencontre sont de formation ancienne, qu'elles ont achevé leur stade d'évolution, et qu'elles entrent même dans une voie de régression, leurs éléments étant déjà frappés de mort.

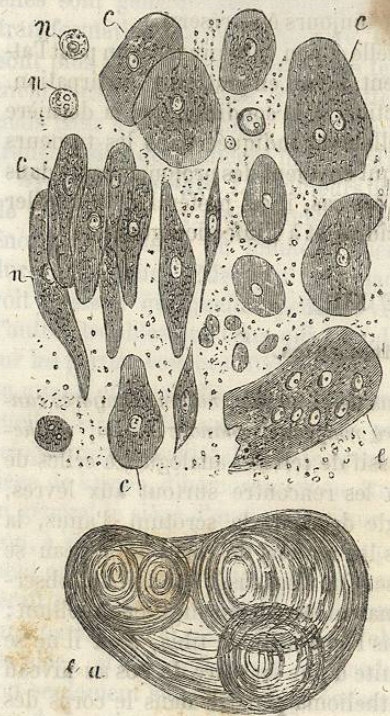


Fig. 31.

Les éléments anatomiques que nous venons de signaler s'infiltrent dans les tissus, les envahissent progressivement, s'y multiplient à l'infini, se substituent peu à peu aux éléments anatomiques normaux, gagnent les parties voisines dans lesquelles ils s'irradient en tous sens, envahissant surtout le tissu cellulaire, et finissent par atteindre les ganglions lymphatiques. On a eu occasion d'observer la généralisation de ce genre de tumeur, c'est-à-dire la production de tumeurs semblables dans divers viscères après l'ablation de la tumeur primitive.

Les diverses parties de l'appareil tégumentaire peuvent être toutes envahies primitivement par la maladie : quand celle-ci se montre d'abord dans les papilles, elle porte le nom d'*épithélioma papillaire*. Elle est alors formée par les papilles de la peau hypertrophiées, et entourées de couches concentriques d'épiderme. Dans l'intérieur des papilles se distribuent les vaisseaux sanguins, entourés de cellules épidermiques qui remplissent toute la cavité intérieure. Ces vaisseaux, ainsi comprimés par les cellules, ne tardent pas à s'atrophier, pendant que les vaisseaux capillaires qui se distribuent à l'extérieur de la production morbide présentent une augmentation dans le nombre et le volume, ce qui explique la tendance aux hémorragies que l'on a si souvent occasion d'observer dans certains cancroïdes, notamment celui des lèvres.

Dans d'autres tumeurs cancroïdales, c'est surtout la couche superficielle épidermique qui est épaissie. On désigne cette variété sous le nom d'*épithélioma dermique*. L'épiderme est notablement épaissi; le derme est hypertrophié et transformé en une substance amorphe remplie de granulations; quelquefois il s'infiltré de gouttelettes de graisse. Dans d'autres cas enfin, le derme tout entier est infiltré de cellules épidermiques à tous les degrés de développement.

Dans une troisième variété de tumeurs épithéliales, la maladie envahit d'abord les glandes de la peau : c'est l'*épithélioma glandulaire*. Des cellules épidermiques se développent sur la paroi interne de la glande, s'y multiplient, distendent cette glande qu'elles perforent, et se répandent alors dans tous les tissus ambiants, qu'elles finissent par infiltrer peu à peu complètement.

Ces différentes variétés ne sont guère faciles à distinguer qu'au début de la maladie. Plus tard, toutes revêtent une forme identique; on voit alors dans le derme une tuméfaction diffuse ou une ulcération à base indurée.

Symptômes. Le cancroïde débute en général par une saillie de la peau en forme de verrue : à la surface de cette petite tumeur se forment des écailles que le malade arrache ou qui tombent spontanément, pour être bientôt remplacées par d'autres écailles. Au bout d'un certain temps, la petite tumeur se fendille, ou bien encore elle augmente de volume, rougit, devient inégale ou lobulée. Bientôt les malades y éprouvent des démangeaisons qui les portent à se gratter; il se forme à la surface de la production morbide des croûtes de pus et d'épiderme, qui tombent de temps en temps pour reparaître de nouveau; sous ces croûtes, on rencontre une surface excoriée, rouge, qui est une véritable ulcération.

Les *ulcérations cancroïdales* se présentent avec une surface inégale, surmontée de granulations semblables à celles de la pulpe d'une figue, fournissant un liquide sanieux, ichoreux, ténu. La marche en est la plupart du temps très-lente; quelquefois même l'ulcère reste à l'état stationnaire. A mesure que la maladie fait des progrès, la sécrétion de l'ulcération devient plus abondante et plus fétide. L'ulcère est en général plus étendu en largeur qu'en profondeur; le plus souvent, l'épiderme s'infiltré peu à peu dans les tissus sous-jacents, et détruit les muscles, les cartilages, les os. En général, dans ces cas, le malade accuse de très-vives douleurs.

C'est surtout par l'intermédiaire du tissu cellulaire que l'épithélioma pénètre au sein des organes voisins. Le tissu fibreux ne se laisse envahir que lentement et difficilement. Pour pénétrer dans les os, le cancroïde suit les cordons cellululeux des nerfs et des vaisseaux; quelquefois ces organes eux-mêmes sont atteints par la dégénérescence cancroïdale; les parois des vaisseaux s'infiltré de cellules épidermiques, ce qui a pour conséquence de les rendre friables; le choc de l'ondée sanguine peut alors les rompre brusquement, d'où résultent parfois des hémorragies plus ou moins graves. On peut dire d'une manière générale, que, dans tous les organes atteints de cancroïde, on voit le tissu propre disparaître pour être remplacé par le produit accidentel; il y a là une véritable substitution de tissu.

Etiologie. L'épithélioma reconnaît parfois pour cause une irritation locale souvent répétée; c'est ainsi qu'on l'observe, dans certaines régions, chez les individus malpropres; le scrotum des ramoneurs, par exemple. Pott n'hésite pas à lui assigner pour cause l'irritation produite par la présence de la suie dans les plis de la peau de cette région. Ph.-J. Roux a signalé la fréquence du cancroïde de la verge chez les individus dont le prépuce étroit ne permet pas au gland d'être habituellement découvert, ce qui favorise le séjour et l'altération de la matière sébacée sécrétée par les glandes de la couronne du gland. Le même chirurgien a appelé l'attention sur la fréquence du cancroïde de la lèvre inférieure chez les fumeurs qui font usage de pipes très-courtes, appelées vulgairement *brûle-gueule*. Remarquons néanmoins que l'on a observé cette maladie chez des gens qui n'ont jamais

fumé. Rigal (de Gaillac) admet que souvent le cancroïde des lèvres est produit par la contusion souvent répétée de ces organes par quelques dents mal conformées. L'hérédité de l'affection, quoique non démontrée d'une manière positive, paraît pourtant assez probable.

Diagnostic. Les ulcères *cancroïdaux* peuvent être confondus avec les ulcères *sypilitiques*; c'est particulièrement pour les ulcères de la lèvre inférieure que cette erreur est commise. La forme et les caractères de l'ulcération, l'induration si différente du chancre et du cancroïde, les commémoratifs, éclairent le diagnostic. L'induration cancroïdale est diffuse, mal circonscrite; l'induration chancreuse est élastique, cartilagineuse, parfaitement limitée. Dans les cas douteux, il n'y a aucun inconvénient à temporiser. Le malade est soumis à un traitement antisypilitique dont on observe les effets, ou bien l'on attend l'apparition d'accidents secondaires. On peut enlever un petit fragment de la tumeur, pour le soumettre à l'analyse microscopique. (Voyez p. 184.)

Pronostic. Le cancroïde est une affection grave, mais à un degré moindre que le cancer. La maladie reste longtemps locale, sans exercer aucune influence fâcheuse sur la santé générale du sujet. Elle peut récidiver sur place, ou dans les ganglions voisins, après l'extirpation de la tumeur. Dans des circonstances plus fâcheuses, il se développe des produits morbides semblables dans d'autres points de l'économie, c'est-à-dire que l'affection se généralise. Le cancroïde n'est donc pas une affection aussi bénigne qu'on l'avait cru d'abord. Aussi le pronostic doit-il être toujours réservé.

Quand la récidive doit avoir lieu, elle se fait assez promptement, en général dans l'année qui suit l'opération. Pour se mettre à l'abri de cet accident, il est prudent d'opérer le plus tôt possible et d'enlever largement le mal, dût-on même dépasser les limites du tissu morbide.

Traitement. On peut attaquer le cancroïde par les *caustiques* ou par l'*instrument tranchant*; les premiers sont préférables, quand l'affection n'est pas étendue en profondeur; le second, quand l'ulcère a envahi une grande épaisseur de tissus. Les ganglions lymphatiques engorgés seront extirpés en même temps que le mal primitif. Parmi les caustiques, la pâte arsénicale du frère Côme a eu la plus grande vogue; mais les accidents d'intoxication produits par l'absorption de l'acide arsénieux en ont fait rejeter l'emploi. C'est la pâte de Canquoin, mélange de chlorure de zinc et de farine de froment, qui est généralement employée aujourd'hui. On coupe cette pâte de la forme de l'escarre qu'on veut obtenir et on l'applique sur la partie dénudée. L'escarre tombe du huitième au dixième jour; elle est très-blanche, très-dure et épaisse. (Voyez, pour plus de détails, le *Traitement des tumeurs cancéreuses*.)

ARTICLE XIV.

Tumeurs cancéreuses.

Sous le nom de *tumeurs cancéreuses*, on désigne des produits de nouvelle formation, caractérisés par la présence de cellules en général volumi-

neuses, libres, polymorphes, et d'une trame fibreuse, ou *stroma*, formée de tissu conjonctif, servant de soutien à un système vasculaire plus ou moins développé. Ces tumeurs présentent des apparences diverses, selon la prédominance de tel ou tel élément anatomique constitutif fondamental, ou de certains éléments accessoires. *Leur caractère essentiel est une tendance très-marquée à la récidive sur place, à l'envahissement rapide des ganglions et à la formation de tumeurs secondaires désignées sous le nom de CANCERS PAR INFECTION.*

Anatomie pathologique. Le cancer est constitué par un tissu particulier, sans analogue dans l'économie, que l'on appelle *tissu cancéreux*. Ce tissu se présente avec certains caractères qui permettent, dans l'immense majorité des circonstances, de le reconnaître à l'œil nu, avec quelques différences toutefois, selon les cas; ce qui motive la classification du cancer en variétés distinctes les unes des autres, et désignées sous les noms de cancer *squirrheux* ou *dur*, de cancer *encéphaloïde* ou *mou*, de cancer *gélatiniforme* ou *colloïde*, de cancer *mélané*.

1° Le *cancer squirrheux* forme des masses irrégulières, plus ou moins volumineuses, dont le tissu crie sous le tranchant du scalpel, d'une consistance variable depuis celle de la couenne de lard jusqu'à la densité du fibrocartilage et même du cartilage, de couleur blanche bleuâtre ou grise, translucide quand il est coupé en tranches minces. Il est composé d'une matière homogène, grisâtre; d'un tissu fibreux, disposé tantôt sous forme de bandes irrégulières, tantôt sous forme de rayons qui se portent du centre à la circonférence, ce qui lui donne de la ressemblance avec la coupe d'un navet (*cancer napiforme*); tantôt sous forme d'un réseau dont les mailles interceptent des alvéoles (*cancer réticulaire*). Ce tissu fibreux, qui forme la charpente du cancer squirrheux, s'étend souvent dans les parties voisines. Le squirrhe est peu vasculaire, ainsi que le témoignent les recherches de Scarpa, de Rouzet et de Delpech; il passe par deux périodes, celle de *crudité*, dans laquelle la production morbide se présente avec les caractères qui viennent d'être énumérés; celle de *ramollissement*, dans laquelle elle offre l'aspect ou la consistance d'une gelée ou d'un sirop, et est creusée d'une ou de plusieurs cavités irrégulières, spongieuses, ou d'aréoles fibreuses remplies d'une gelée transparente (*cancer aréolaire*).

2° Le *cancer encéphaloïde* a été désigné ainsi par Laennec, à cause de sa ressemblance avec le tissu du cerveau. Au premier degré, il est formé d'un tissu dur, résistant, criant sous le scalpel comme le squirrhe, d'une couleur blanche opale ou bleuâtre, quelquefois d'un gris de perle ou jaune; la coupe en est irrégulière et ressemble à celle d'un morceau de lard cru. La production morbide est entourée d'une membrane mince et vasculaire qui la divise en lobes et en lobules. Plus tard, l'encéphaloïde forme une pulpe presque homogène, de couleur d'un blanc laiteux, parsemée d'un grand nombre de points rosés, dont la consistance rappelle celle de la matière cérébrale ramollie. Il est composé d'une matière blanche qui se durcit dans l'alcool et se délaye dans l'eau, d'un tissu cellulaire aréolaire qui forme des mailles propres à contenir la matière blanche, enfin de vaisseaux sanguins