

matia alba dolens, etc., et les autres s'expliquent par la présence du néoplasme dans tel ou tel viscère, dont la destruction ou la compression engendre sur un point des accidents qui ne sont pas ceux qu'on observe dans le cancer d'une région différente.

Quelquefois le cancer existe avec d'autres maladies, telles que l'entérite, les phlegmasies pulmonaires, le muguet et d'autres productions morbides; mais la plupart de ces maladies sont secondaires, et, comme il arrive dans toutes les cachexies, quelle que soit leur nature, elles se produisent à une époque assez avancée du mal primitif, dont elles activent les progrès ultérieurs.

Parmi les productions morbides, il en est une, le tubercule, dont Bayle a indiqué la présence comme incompatible avec le tissu cancéreux; mais cette règle générale souffre quelques exceptions. Lebert a plusieurs fois rencontré des tubercules crétacés anciens et des tubercules de formation récente chez des individus cancéreux; mais il incline à penser que cette tuberculisation est secondaire, car on la trouve plus souvent dans le cours de l'évolution cancéreuse qu'on ne rencontre le cancer venant compliquer l'affection tuberculeuse. Sous ce rapport, il y aurait donc encore une sorte d'incompatibilité entre les deux maladies.

La fréquence du cancer dans les organes ne peut être déterminée que d'après une étude parfaite de la structure du tissu, et personne autre que Lebert ne pouvait mieux faire une statistique de ce genre. Bien que, selon lui, elle laisse quelque chose à désirer, il n'y en a point d'autre dans la science, et je vais la reproduire. On verra qu'elle indique le cancer des voies digestives, de l'utérus et de ses annexes, y compris la mamelle, comme étant deux à trois fois plus nombreux que les autres.

Sein	63	Report.....	378
Estomac.....	57	Péritoine.....	10
Utérus.....	52	OEsophage.....	9
Cerveau et ses enveloppes.....	48	Glande thyroïde.....	7
Os.....	35	Moelle épinière.....	7
Intestins.....	24	Vessie.....	
Oeil.....	23	Langue.....	
Peau.....	20	Palais, amygdales.....	6
Testicule.....	18	Voies respiratoires.....	6
Foie.....	15	Ovaires.....	4
Ganglions lymphatiques.....	12	Tissu cellulaire sous-cutané.....	4
Reins.....	12	Glande parotide.....	3
<i>A reporter</i>	378	TOTAL.....	447

Le cancer est une maladie essentiellement chronique, dont la durée varie selon le degré de force vitale ou de résistance des malades et selon le siège de l'organe attaqué. Au début, la maladie semble locale et limitée, quoique déjà il existe dans l'économie un état diathésique latent fort grave. Mais bientôt elle s'étend sur place, s'accroît et se vascularise; elle produit des accidents de douleur, de compression, ou engendre des troubles fonctionnels intérieurs; elle amoindrit les forces et détruit la santé; elle envahit les ganglions lymphatiques voisins, ceux du

cou dans les cas de cancer de la bouche et de la langue, ceux de l'aisselle dans les cancers du sein, etc.; elle infecte l'organisme, et la diathèse cancéreuse éclate en caractères impossibles à méconnaître. Ce résultat arrive chez les uns en deux ou trois mois de maladie, et chez d'autres il faut quinze à vingt mois et plusieurs années, comme j'en ai vu des exemples. Presque toujours la mort en est la conséquence; mais, par exception, il y a des guérisons naturelles dues à l'atrophie des tumeurs, à la gangrène ou à l'extirpation par le chirurgien.

Dans ce cas, la diathèse est peu caractérisée, elle repasse à l'état latent, de même qu'on voit des tubercules guérir en laissant sommeiller la diathèse scrofuleuse.

On a quelquefois vanté certains remèdes comme ayant une action fondante, résolutive des cancers; mais ce sont là des méprises qui reposent sur des erreurs de diagnostic. Jamais aucune substance administrée à l'intérieur ou à l'extérieur n'a fait disparaître de production cancéreuse, et toutes les tentatives faites sur des cas bien évidents ont échoué.

Quand le cancer encore récent est accessible à la main, les injections interstitielles d'acide acétique ou de chlorure de zinc, la compression et l'extirpation sont les seuls moyens auxquels il faille recourir. La compression a produit de bons résultats entre les mains de Récamier, mais elle n'est applicable que dans les cas de cancer très-superficiels, comme ceux de la peau et de la mamelle.

L'extirpation s'accomplit par les caustiques ou par le bistouri, et, sans entrer dans les détails qui peuvent faire choisir l'un ou l'autre de ces deux modes opératoires, nous dirons que si la tumeur n'est pas très-volumineuse, il est préférable de l'enlever par le caustique de Canquoin en faisant une assez grande perte de substance.

La cautérisation ou l'extirpation réussissent d'autant mieux que la tumeur est plus petite, plus superficielle et moins vasculaire. Elle a plus de chances d'amener un bon résultat dans le squirrhe que dans les autres formes anatomiques de cancer; mais malheureusement c'est là un traitement palliatif. Presque toujours la maladie récidive sur place au bout de quelques mois, ou de plusieurs années seulement, si la tumeur est peu vasculaire, et il faut opérer de nouveau, en attendant peut-être une nouvelle récidive. On fait ainsi très-souvent plusieurs opérations à la même personne; mais, de récidive en récidive, la maladie s'étend, et gagne les ganglions lymphatiques voisins; bientôt elle se généralise et se dissémine dans les viscères en produisant une diathèse et une cachexie cancéreuse mortelles. Dès que le cancer s'est étendu de son siège primitif aux glandes voisines, il n'y faut pas toucher, car les opérations ne font que hâter la mort des malades.

ARTICLE III

DES KYSTES ET DES TUMEURS ENKYSTÉES.

On rencontre souvent des néoplasies morbides, liquides ou solides, isolées des parties voisines par une membrane d'enveloppe formant une vessie ou *kyste*. Dans certains cas, la membrane d'enveloppe, entièrement indépendante du produit accidentel, paraît être une barrière opposée par la nature à ses progrès :

exemple, les hydatides, certains abcès froids, etc.; mais, chez d'autres individus, en même temps que cette membrane sert de moyen protecteur, elle jouit d'une activité fonctionnelle spéciale, et elle sécrète à l'intérieur des produits morbides particuliers: exemple, les kystes graisseux et athéromateux de l'ovaire, certains kystes séreux du péritoine, etc.

Les kystes des néoplasies sont formés d'un sac membraneux clos de toutes parts et d'un contenu dont la nature est variable.

Ils se développent sous des influences très-différentes, soit au milieu de cavités préexistantes dans les tissus, soit comme productions de formation nouvelle. Lebert les désigne sous le nom de kystes *deutérogènes* et de kystes *autogènes*.

Quelques kystes ont pour origine l'obstruction d'un canal glandulaire ou d'un conduit excréteur de glande par la compression d'un organe voisin ou par la présence d'un corps étranger extérieur ou intérieur. Au-dessus de la partie comprimée les liquides s'amassent, irritent les tissus ambiants, engendrent un blastème qui s'organise en kystes cellulo-fibreux, et la tumeur s'accroît de sa vie propre au moyen des capillaires de nouvelle formation formés dans les parois. Elle est ronde ou ramifiée dans les glandes en grappe, selon qu'elle est limitée au conduit principal ou qu'elle s'étend à une foule de culs-de-sac glandulaires qui contribuent à son accroissement: exemple, les kystes de la mamelle, des ovaires, des follicules isolés, etc.

D'autres résultent d'une exsudation morbide faite dans les mailles et dans les lacunes des tissus, où elles restent en provoquant un certain degré d'irritation qui organise à la circonférence une membrane d'enveloppe isolante: exemple, les kystes du tissu cellulaire ou connectif.

Enfin, d'après Frerichs et Rokitansky, certains kystes de nouvelle formation seraient le résultat d'une transformation de cellule ou de noyau cellulaire. Les parois de la cellule ou du noyau, tout à coup animées d'une vie plus active, viendraient à s'étendre en produisant un contenu spécial et une couche d'épithélium pour la surface interne. C'est un mode de développement possible et dont il sera pendant longtemps difficile de fournir la preuve.

Les kystes sont simples, *solitaires*, à cavité unique; au contraire, agglomérés les uns sur les autres et *multiloculaires*. Leur paroi fibro-celluleuse et vasculaire s'organise chaque jour davantage et s'épaissit. On y trouve beaucoup de tissu fibreux mélangé à des éléments de tissu fibro-plastique, un revêtement interne d'épithélium lisse, ou garni de végétations fibro-plastiques ou papillaires plus ou moins saillantes, et un contenu variable solide ou liquide dans lequel existent des éléments morbides particuliers, ordinairement semblables à ceux des tissus où le kyste a son point de départ. Quelquefois le contenu renferme des éléments hétéromorphes, produits de formation nouvelle dont la cause est inconnue.

Les kystes restent rarement stationnaires; ils se développent d'une manière lente et successive, et peuvent acquérir un volume considérable. Leur paroi peut se rompre ou s'enflammer et produire du pus. Dans quelques cas, elle se transforme en tissu fibreux résistant infiltré de matière calcaire, ce qui arrête pour toujours les progrès de la tumeur en l'empêchant de s'accroître.

Il y a des kystes de toute espèce. On peut les distinguer, d'après leur contenu,

en kystes *séreux*, *sanguins*, *spermatiques*, *laiteux*, *colloïdes*, *graisseux*, *hydatiques*, *dermoïdes*, etc. Ils se développent partout, dans les reins, dans la parotide, dans le foie, dans le testicule et dans la mamelle, dans la glande thyroïde, dans les glandes lymphatiques, dans les follicules sébacés et mucipares, dans l'ovaire, dans le placenta, dans les bourses séreuses et synoviales, dans les os, dans le tissu cellulaire, etc.

Les kystes *séreux*, *muqueux* et *sanguins* présentent une membrane d'enveloppe plus ou moins épaisse formée de tissu fibreux, unie aux parties voisines par du tissu cellulaire ou connectif. Son intérieur est lisse, blanc, brillant, souvent revêtu d'une couche d'épithélium pavimenteux. On y trouve, soit de l'eau tenant en dissolution de l'albumine, des sels et une quantité variable de matières animales, soit de l'eau mêlée à du mucus, du pus et du sang. Ces kystes sont uniloculaires ou multiloculaires, et ils ont ordinairement pour origine un conduit excréteur oblitéré comme l'uretère, le canal de Wharton, etc., ou une cavité close comme les vésicules de de Graaf, les mailles du tissu connectif, les vésicules des glandes sanguines, etc. La sérosité, jointe à des produits variables, se dépose dans l'espace resté libre, le kyste s'organise et s'accroît, et il peut atteindre des proportions considérables. Ailleurs ils résultent d'un exsudat morbide solide ou liquide déposé dans les tissus. Du sang épanché dans le cerveau se coagule, la partie solide se résorbe, et il reste une partie séro-sanguinolente fluide qui demeure enfermée dans un kyste dont les dimensions sont variables. Des corps étrangers, des balles, des parasites, produisent au sein des tissus une irritation permanente, souvent suivie de sécrétion séreuse qui s'enveloppe d'un tissu fibro-celluleux, et il en résulte un kyste.

Les kystes séreux, muqueux et sanguins, peuvent rester stationnaires ou s'accroître par suite d'une abondante sécrétion intérieure; mais, dans quelques circonstances, leur paroi durcit, passe à l'état crétaqué, et ils ne peuvent plus augmenter de volume. Chez quelques individus, l'inflammation s'en empare, et ils se détruisent en produisant la suppuration des tissus voisins. C'est là un moyen de guérison naturelle malheureusement trop rare.

Les kystes *colloïdes* ne se distinguent des kystes séreux que par leur contenu, qui est formé de matière gélatineuse, amorphe, transparente, jaunâtre, mêlée à du sang et à des cellules épithéliales. C'est le tissu colloïde. Produit de nouvelle formation sécrété par la membrane d'enveloppe, il se rencontre dans les kystes de l'ovaire, du péritoine, des reins, des tumeurs cancéreuses, fibro-plastiques, etc.

Les kystes *graisseux* renferment du tissu adipeux ou de la matière caséiforme et des concrétions calcaires unies à de l'épithélium. Ils se rencontrent dans le tissu connectif et dans l'ovaire.

Les kystes *dermoïdes*, ainsi nommés par Lebert, sont composés d'éléments fort curieux. On y trouve une paroi fibro-celluleuse plus ou moins épaisse, présentant çà et là quelques-uns des caractères du derme, avec épithélium pavimenteux, follicules pileux isolés, glandes sébacées, etc., et le contenu de formation nouvelle est constitué tantôt par un liquide de composition variable, tantôt par des matières grasses athéromateuses renfermant des fragments osseux, des dents ou des cheveux roulés en masses considérables. Ces kystes se rencontrent principa-

lement dans l'ovaire. Longtemps considérés, en raison de leur siège, comme le résultat de monstruosités par inclusion, ils paraissent, dans quelques cas, devoir être rapportés à un état morbide accidentel donnant lieu à cette hypersécrétion.

Assez souvent les kystes se développent en grand nombre sur un même point du corps, et ils se rapprochent de manière à former des agglomérations, ou *kystes multiloculaires*, en forme de grappes libres, dans le tissu cellulaire : exemple, les kystes du cou chez les enfants; ou enveloppés dans une poche fibreuse générale. Leur contenu est le même que dans les kystes simples, car il peut être séreux, colloïde ou dermoïde, et il varie dans chacune des loges de la tumeur. L'accroissement des kystes multiloculaires ne se fait pas d'une manière uniforme, et porte toujours plus spécialement sur plusieurs vacuoles qui s'étendent outre mesure, laissant les autres à l'état d'enfance. On les trouve dans les ovaires, dans les reins, dans le scrotum, dans le tissu cellulaire, etc. Leur marche ne présente pas de différence avec celle des kystes à cavité unique.

ARTICLE IV.

DE LA DÉGÉNÉRESCENCE AMYLOÏDE.

La dégénérescence amyloïde, mot créé par Virchow, n'est autre que ce que l'école de Vienne a désigné sous le nom de *dégénérescence lardacée* ou *cireuse*. C'est une forme d'induration. Elle se produit dans tous les tissus atteints de phleg-

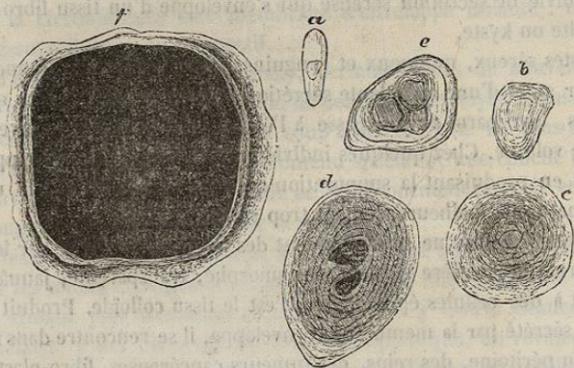


FIG. 145. — Corps amyloïdes stratifiés provenant de la prostate (concrétions prostatiques) (*).

masie chronique, dans le foie, dans la rate, dans les ganglions, dans le poumon, dans les reins, etc.

Le tissu lardacé, cireux ou amyloïde (fig. 145) est dur, mat, luisant comme un fruit confit au sucre; il est grisâtre, pâle, demi-transparent, traversé par de petits vaisseaux plus ou moins apparents. Cet aspect est le résultat d'une infiltra-

(*) a, corpuscule allongé, décoloré, homogène, contenant un corps ressemblant à un noyau; b, corpuscule formé par des couches plus volumineuses; il possède un centre pâle; c, corpuscule encore plus volumineux, à plusieurs couches et à centre coloré; d, e, corpuscules avec deux et trois centres; d possède une coloration plus foncée; f, concrétion volumineuse, à centre volumineux, d'un brun noir. — Grossissement : 300 diamètres. (Virchow.)

tion du tissu par les corps amyloïdes normaux de l'économie, qui se déposent abondamment d'une façon anormale dans une partie malade.

En étudiant les parties atteintes de dégénérescence amyloïde, on voit qu'elles sont infiltrées de corpuscules particuliers analogues aux corpuscules de l'amidon



FIG. 146. — Corps amyloïdes de grossiers différents (*).

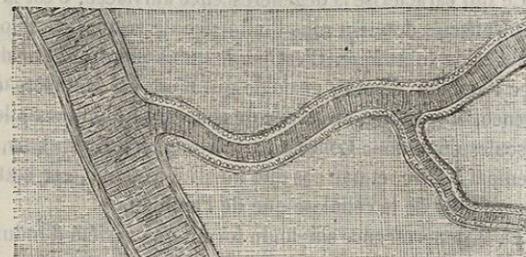


FIG. 147. — Dégénérescence amyloïde d'une petite artère de la membrane sous-muqueuse de l'intestin (**).

des plantes, comme eux arrondis ou ovales et comme eux composés de couches concentriques (fig. 146). Dans certains organes, comme la prostate, ils sont

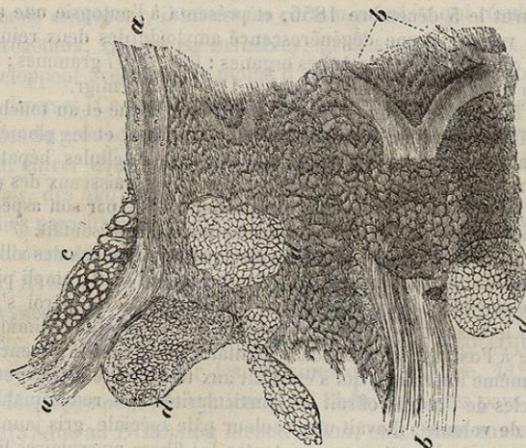


FIG. 148. — Dégénérescence amyloïde d'un ganglion lymphatique (**).

énormes et forment certaines concrétions prostatiques (fig. 145); quelquefois il y a deux de ces corps dans une même enveloppe (fig. 145 d, e). Leur point de départ, selon Virchow (1), paraît être dans les parois des artérioles qui s'épaississent en se rétrécissant, et c'est de là que l'infiltration s'étend au parenchyme voisin

(1) Virchow, *la Pathologie cellulaire*, 4^e édition. Paris, 1874.

(*) Quelques-uns sont brisés; ils proviennent du ganglion représenté figure 133. — Grossissement : 350 diamètres. (Virchow.)

(**) Le tronc principal est encore intact. — Grossissement : 300 diamètres. (Virchow.)

(***) a, b, b, vaisseaux dont la paroi est très-épaisse, brillante et infiltrée; c, couche de cellules graisseuses environnant la glande; d, d, follicules avec leurs fins réseaux et les corps amyloïdes. — Grossissement : 200 diamètres. (Virchow.)

(fig. 136 et 137). Partout il en est de même, et, d'après Virchow, cette altération est très-générale dans les vaisseaux, en même temps qu'elle se forme dans un tissu, et il la considère comme le résultat d'une dyscrasie. On dit même avoir vu le sang rempli de ces corpuscules en suspension, mais cela demande à être vérifié.

Ce qui caractérise la dégénérescence amyloïdée, c'est la réaction bleuâtre que les tissus affectés donnent sous l'influence de la teinture d'iode et d'une petite quantité d'acide sulfurique. C'est par là qu'ils montrent l'analogie de leurs corpuscules avec l'amidon végétal, analogie qui n'est pas complète cependant, et, en conséquence, il faut bien se garder de conclure qu'on a sous les yeux de véritables corpuscules d'amidon. Comme l'a très-bien établi Virchow, il n'y a là qu'un rapprochement à faire, et non pas une identité à établir, car cette substance se rapproche encore plus de la cellulose que de l'amidon.

La dégénérescence amyloïde forme une variété d'induration, et, à ce titre, elle mérite de figurer dans les conséquences de l'inflammation. On la trouve dans tous les tissus, et quelquefois très-marquée dans un grand nombre d'organes, comme on le verra dans le fait suivant, mais chez quelques individus elle est bornée à un seul organe.

OBSERVATION. — Une femme d'un certain âge, affectée de maladie de Bright avec hydropisie, mourut le 5 décembre 1856, et présenta à l'autopsie une augmentation considérable de volume et une dégénérescence amyloïde des deux reins, de la rate et du foie. Voici quel était le poids de ces organes : foie, 2687 grammes ; rate, 473 gr. 8 centigr. ; rein droit, 230 gr. ; rein gauche, 190 gr. 3 centigr.

La rate était dégénérée presque dans sa totalité. A la vue et au toucher, elle semblait congelée. Dans les reins, c'étaient les petites artères et les glomérules de Malpighi qui avaient subi la transformation amyloïde. Les cellules hépatiques étaient exemptes d'altération ; mais la lésion occupait les petits vaisseaux des acini du foie. En examinant l'intestin, on était frappé, au premier abord, par son aspect anémique, translucide, gris pâle, et par une faible tuméfaction qu'il présentait.

L'étude microchimique de cet organe montra que les vaisseaux des villosités étaient presque tous envahis, et que leur parenchyme lui-même était rempli par places par de la substance amyloïde. Dans les artères, l'infiltration de la paroi s'étendait profondément dans le tissu sous-muqueux, de sorte que la réaction chimique était très-évidente, même à l'œil nu. La muqueuse génitale, et surtout le parenchyme utérin, avaient subi la même altération, qui s'étendait aux trompes de Fallope et aux ovaires. L'état des muscles de l'utérus offrait des particularités très-remarquables : l'organe était augmenté de volume ; il avait une couleur pâle spéciale, gris jaunâtre et translucide. Au microscope, il se trouva que toutes les fibres musculaires lisses, réunies en faisceaux très-abondants, étaient infiltrées de substance amyloïde, tandis que les vaisseaux, à parois peu épaissies, et le tissu conjonctif intermusculaire, ne donnaient nullement lieu à la réaction caractéristique. « Il existe donc, continue M. Virchow, une forme de la prétendue hypertrophie de l'utérus, qui n'est autre chose que la dégénérescence amyloïde de cet organe. »

En outre, on trouva une semblable altération dans le cœur, dont les parois étaient également épaissies, brunâtres et un peu translucides. Toute la masse charnue présentait la réaction amyloïde ; mais la structure semblait peu altérée, attendu que l'intérieur seulement des faisceaux primitifs était plus homogène, plus brillant et plus cassant qu'à l'état normal. La fonction du cœur ne pouvait guère avoir été troublée notablement, car la rigidité cadavérique y était très-développée. Le péricarde et l'endocarde participaient eux-mêmes à la lésion, bien qu'à un moindre degré ; il y avait même de petits dépôts dans les nerfs ; mais les observations de l'auteur ne sont pas encore complètes à cet égard. Il a vu, en effet, de distance en distance, entre les

fibres nerveuses, de petits dépôts arrondis, translucides, qui donnaient lieu à la réaction amyloïde. Quelques nerfs de l'utérus et du plexus sacré présentaient le même caractère.

Enfin, l'infiltration fut rencontrée également dans le poumon, et cela non point sous forme de granulations éparses, mais bien sous celle de dépôts cireux et homogènes dans les petits vaisseaux et dans le canevas aréolaire. Dans aucun point, cependant, la dégénérescence n'avait atteint un degré considérable.

Dans tous ces organes, les caractères chimiques étaient des plus manifestes, soit qu'on se servit de l'iode seul, soit qu'on eût recours à l'acide sulfurique et à l'iode. Ce dernier moyen, employé avec lenteur, donna lieu à une coloration bleue qui se maintint intacte pendant six semaines (1).

La dégénérescence amyloïde est une lésion à peu près incurable et qui entraîne presque certainement la mort. Toutefois elle est encore si peu connue qu'on ne peut rien dire de précis à cet égard.

CHAPITRE XI

DU PARASITISME.

S'il y a des maladies dont on ne connaisse pas encore la cause matérielle et qui résultent de la réaction des organes et des tissus contre les influences physiques et morales qui nous entourent, il en est un certain nombre qui résultent de germes animaux ou végétaux, visibles ou invisibles, greffés sur un point de l'organisme où ils se développent avec plus ou moins d'activité, de façon à produire les maladies les plus diverses. Ce sont les *maladies parasitaires* et les *maladies zymotiques*, détachées du groupe des maladies virulentes (2). Je suis le premier, en 1867, qui les ait fait entrer dans la classification pathologique, à côté des *fièvres*, des *inflammations*, des *hydropisies*, etc.

Des maladies parasitaires dépendent : 1° la gale, 2° la teigne favreuse ou favus, 3° la teigne tonsurante, 4° la teigne décalvante, 5° l'herpès circiné, 6° le pityriasis, 7° le muguet, 8° les affections intestinales et les névroses dues à des lombrics, des ténias, des oxyures, des trichocéphales, 9° les nosorganies pulmonaires, cérébrales, hépatiques, etc., occasionnées par les échinocoques et les cysticerques, 10° les maladies des muscles produites par les trichines ou trichinose, 11° la ladrerie du porc due au développement des cysticerques, l'hématurie des pays chauds avec ou sans chylurie (3) due au *Distomum hæmatobium*, etc. Quant aux *maladies zymotiques*, qui ne sont peut-être aussi que des maladies parasitaires, elles comprennent les maladies virulentes (variole, vaccine, rougeole, scarlatine, syphilis, morve, charbon, etc.), certaines nosorganies telles que la mélanose, le tubercule, etc., et toutes les maladies que l'on peut attribuer à des organismes, ferments ou microzoaires, introduits dans l'économie.

(1) Arch. f. path. Anat. u. Physiol., et Gazette hebdomadaire.

(2) Zymotiques produits par l'action des ferments, substances remplies de microzoaires répullulant avec une effroyable rapidité, selon le milieu où ils se trouvent.

(3) D'après Wucherer, cette maladie, endémique au Brésil, dépend d'un parasite rénal *Distomum hæmatobium* et, selon d'Almeida Conta, on y trouve dans le caillot de ces hématuriques un ver nématode de la famille des strongilides.