

qui ne sont pas plus gros qu'un pois; d'autre part, Broca, Petit, Dagorne, Rhodius en ont vu qui pesaient 15, 22, 23 et 50 kilogrammes. Ils ne sont pas toujours circonscrits et leur atmosphère celluleuse fait parfois défaut; Brodie a signalé un lipome diffus qui allait d'une oreille à l'autre; au ventre, dans les creux sous-claviculaire et poplitée, l'on a observé des accumulations graisseuses sans limites précises. Dans les cas de Verneuil et de Cloquet, le lipome adhérait aux parties environnantes; et dans ceux de Cruveilhier et de Morel-Lavallée, la tumeur, pré-sternale, envoyait des prolongements jusque dans le médiastin.

La forme du néoplasme est d'habitude hémisphérique; la surface en est irrégulière et l'on sent les dépressions légères qui existent entre les lobes; lorsqu'on soulève la peau, celle-ci se creuse d'un grand nombre de petites dépressions dues au tiraillement des tractus conjonctifs qui, de la tumeur, viennent s'insérer à la face profonde du derme. La plupart du temps les lipomes sont sessiles, mais il y en a de pédiculés; enfin on cite, dans la paroi abdominale, des lipomes *migrateurs*: la masse graisseuse, entraînée par son poids, dédouble les deux couches entre lesquelles elle est située, et descend plus bas.

La fluctuation est quelquefois des plus nettes, et cette sensation trompeuse est telle qu'on a très souvent conclu à l'existence d'une collection liquide. Aussi ne faut-il jamais négliger de chercher la fluctuation dans tous les sens et d'explorer la tumeur à pleines mains: on a « la sensation d'un corps léger et solide, souple et comme spongieux ». La lobulation, lorsqu'elle existe, les dépressions des téguments soulevés, la ponction exploratrice enfin, viendront lever tous les doutes. Nélaton avait proposé encore de plonger une aiguille à acupuncture dans la tumeur; si l'on peut faire exécuter à l'instrument un mouvement complet de circumduction, c'est qu'il ne s'agit pas d'une tumeur solide. L'indolence est de règle, mais on a rencontré des lipomes douloureux et Perrotte en a vu un dans le troisième espace intercostal qui, au moindre effort de respiration ou de toux, était le siège de grandes souffrances. Quant à la consistance, tandis que les lipomes sont mous, les fibro-lipomes et les lipomes calcifiés sont souvent d'une dureté ligneuse.

Le développement des lipomes est en général très lent; souvent même ils restent stationnaires pendant de longues années; il en est

pourtant dont la marche est assez bizarre: Nélaton et d'autres observateurs avec lui ont vu grossir des lipomes après la suppression des règles; dans d'autres cas, chaque période menstruelle donnait un coup de fouet à la tumeur; on a incriminé la grossesse, l'allaitement; Littre cite un fait où le lipome augmenta après quelques excès de vin. Cependant le pronostic n'est jamais grave; c'est la tumeur bénigne par excellence; elle ne provoque point de retentissement ganglionnaire; jamais il n'y a de généralisation, jamais de récidive au sens propre du mot; si, après extirpation, le lipome reparait, c'est que l'ablation a été incomplète ou qu'il s'agit d'un fibro-myxome.

Peut-il y avoir transformation d'un lipome en une tumeur maligne? Des masses tuberculeuses ou cancéreuses peuvent-elles naître du tissu graisseux? On a cité une observation publiée par Dupuytren en 1810; mais il faut reconnaître qu'elle est bien peu probante, car on n'y donne aucune description du prétendu cancer. Sans nier la possibilité de cette métamorphose, Broca conclut qu'il n'en existe pas de faits convaincants dans la science. Cependant Lardier aurait vu un sarcome se greffer sur un lipome antérieur.

Les lipomes ne sont pas une de ces tumeurs qu'on doit se hâter d'enlever; s'ils ne grossissent pas rapidement, s'ils ne gênent pas par leur siège, la chirurgie n'a point à intervenir. Dans les conditions contraires, l'extirpation est indiquée; elle sera aussi radicale que possible, pour éviter la repullulation de quelques débris oubliés; pourtant si la tumeur plongeait dans des régions dangereuses, comme le lipome pré-sternal de Morel-Lavallée, il faudrait se garder d'en poursuivre les prolongements.

## V

## DES CARCINOMES.

Le *carcinome* est une tumeur constituée par des travées fibreuses qui circonscrivent des alvéoles remplis de cellules libres dans un liquide plus ou moins abondant. Cliniquement, il est le type des tumeurs malignes caractérisées par leur accroissement rapide, leur envahissement progressif, leur retentissement ganglionnaire, leur



récidive et leur tendance à la généralisation; elles se ramollissent, s'ulcèrent, donnent lieu à des hémorrhagies redoutables, à une prompte cachexie, et la mort ne tarde pas à survenir.

**Anatomie pathologique et variétés.** — Le carcinome est une tumeur diffuse; en aucun point on ne la trouve limitée par une membrane d'enveloppe; le tissu morbide et les tissus sains qui l'environnent se pénètrent sans qu'on puisse dire d'une façon précise où commence l'un et où finissent les autres. La surface de section molle ou dure, grise, jaune ou blanche, suivant l'espèce, donne presque toujours, lorsqu'on la racle, un suc abondant ou rare, crémeux, lactescent et miscible à l'eau dans laquelle il s'émulsionne. C'est le *suc cancéreux* découvert, en 1827, par Cruveilhier, qui en fit la caractéristique du cancer; il sort d'alvéoles rarement visibles à l'œil nu et que circonscrit une charpente fibreuse.

Le microscope démontre que ce suc cancéreux, contenu dans les alvéoles, est formé de cellules particulières, libres dans un liquide abondant, très grandes, très larges, plus ou moins épaisses, irrégulières, angulaires, losangiques, en fuseau, en raquettes, entourées d'un protoplasma granuleux avec plusieurs noyaux à nucléoles brillants; on trouve aussi des noyaux libres, sphériques, prismatiques, en sablier. Quelques-uns de ces éléments ont déjà subi la dégénérescence colloïde. Ce sont là les cellules *polymorphes* qui, pour Lebert et Broca, étaient caractéristiques du cancer. On a démontré depuis que cette prétendue spécificité n'existe pas : des éléments polymorphes semblables se rencontrent dans les uretères, le larynx et dans les tissus enflammés. Le suc cancéreux lui-même a dû déchoir de la valeur que lui attribuait Cruveilhier; il reste toujours un bon signe, mais il n'est plus pathognomonique, puisque, d'une part, il n'existe pas dans le carcinome colloïde, et puisque, d'autre part, le raclage en donne une certaine quantité, vingt heures après la mort, sur la surface de section des sarcomes et des lymphadénomes.

La charpente fibreuse est constituée par des travées plus ou moins épaisses de tissu conjonctif qui se croisent sous divers angles et limitent des espaces en communication les uns avec les autres; c'est une sorte de tissu caverneux dont les alvéoles ont une capacité très variable. Aussi le liquide et les cellules sont-ils plus ou moins abondants. Les travées du tissu conjonctif se décomposent en fibrilles à la

surface desquelles on trouve quelques cellules plates; des lymphatiques et des vaisseaux sanguins les parcourent; les premiers s'ouvrent dans les espaces plasmatiques en rapport eux-mêmes avec les alvéoles; aussi sont-ils une des voies les plus actives de la propagation cancéreuse et de l'infection ganglionnaire. Rindfleisch prétend que, semblables en cela aux lymphatiques de l'encéphale, ils forment une gaine autour des vaisseaux sanguins. Ceux-ci s'anastomosent en un riche réseau qui parfois multiplie ses anses au point d'animer la tumeur de souffles et de battements.

Telle est la description générale du genre carcinome qui, d'après Cornil et Ranvier, renfermerait au moins cinq espèces: le *squirrhe*, l'*encéphaloïde*, le carcinome *colloïde*, le carcinome *lipomateux* et le carcinome *mélanique*. Les détails de structure qui servent à distinguer ces espèces auraient une grande fixité; c'est ainsi que lorsqu'un cancer se généralise ou récidive, les tumeurs généralisées ou récidivées sont absolument semblables aux premières tumeurs dont elles reproduisent l'espèce: un squirrhe donne naissance à un squirrhe, un encéphaloïde à un encéphaloïde, un mélanome à un autre mélanome.

Le *squirrhe*, ainsi nommé à cause de sa dureté remarquable, montre une surface de section jaune grisâtre, demi-transparente par place; du noyau central, assez semblable à la pulpe du navet, partent des prolongements qui pénètrent dans les tissus voisins et qui laissent entre eux des échancrures occupées par des tractus graisseux. Cet aspect est vraiment caractéristique, et le squirrhe est la seule tumeur où l'on constate ces rayons alternativement jaunes et gris, un peu translucides. Le raclage ne donne qu'une très petite quantité de suc; Cruveilhier, pour l'obtenir, recommandait de presser le néoplasme dans un étai. Ici les travées fibreuses sont épaisses, les alvéoles qu'elles circonscrivent petits et, par conséquent, les cellules y sont peu abondantes.

On distingue deux variétés de squirrhe: celui que nous venons de décrire, le squirrhe *globuleux*, qu'on appelle encore *lardacé* à cause de son tissu blanc grisâtre, un peu translucide, semblable au lard du porc, et le squirrhe *atrophique*, petit, de consistance ligneuse et constitué presque uniquement par du tissu fibreux; les amas de cellules ont subi une dégénérescence granulo-graisseuse et les lymph-



tiques emportent ces matériaux de désintégration. Si la tumeur ne s'accroissait pas à ses limites tandis qu'elle se fond à son centre, elle finirait par se résorber entièrement. Sa marche est très lente, malheureusement sa généralisation n'est pas rare et des noyaux secondaires se déposent dans la colonne vertébrale, le foie, le poumon, la plèvre, le péritoine; les os qui en sont le siège prennent une fragilité remarquable et se brisent au moindre effort; se retourner dans son lit suffit au malade pour se fracturer un membre.

L'*encéphaloïde* est une tumeur molle, volumineuse d'ordinaire, à marche rapide; le raclage donne en très grande abondance du suc laiteux et miscible à l'eau. La coloration de son tissu n'est pas uniforme; elle est, dans les cancers jeunes, blanc rosé ou grisâtre. Mais bientôt apparaissent, en certains points, des parties ramollies qui ont l'aspect et la consistance de la substance cérébrale. Ici les travées fibreuses sont peu épaisses et les alvéoles, larges, renferment une grande quantité de cellules. Les vaisseaux sont nombreux, et c'est surtout dans cette espèce qu'on rencontre les variétés *hématodes* ou *télangiectasiques*; les canaux sanguins se multiplient, ils sont dilatés, moniliformes, et des diverticules en cæcum hérissent leur trajet; leur paroi est des plus rudimentaires, à peine formée par la juxtaposition de quelques cellules; aussi se déchire-t-elle facilement et le sang se creuse, dans les tissus friables, des cavités souvent énormes. On observe, dans ces tumeurs, du souffle, des battements, un mouvement d'expansion. L'*encéphaloïde* se développe plus rapidement que le squirrhe, mais sa généralisation est peut-être moins prompte.

Le *carcinome colloïde* a été bien décrit par Cruveilhier, qui lui refusait d'ailleurs le titre de cancer, parce qu'on n'y trouve pas de suc cancéreux; il est constitué par des masses tremblotantes, gélatiniformes, translucides et que le microscope seul permet de distinguer des myxomes ou des sarcomes en dégénérescence colloïde; c'est une tumeur surtout viscérale; elle se développe de préférence dans l'estomac, au niveau du pylore, dans le péritoine, sur la muqueuse intestinale, à l'extrémité inférieure du rectum. Elle prend souvent un développement énorme, et lorsqu'elle se généralise, les tumeurs secondaires reproduisent la tumeur primitive. A la coupe, on voit s'écouler un liquide qui ne rappelle en rien le suc crémeux et lactescent de l'*encéphaloïde*; il est transparent et contient de la mucine;

il provient de la destruction des éléments dégénérés, aussi y trouve-t-on des débris de cellules et des noyaux libres. Les travées fibreuses circonscrivent des mailles assez larges pour être vues sans le secours du microscope. Aussi avait-on donné aux tumeurs colloïdes le nom de *cancer alvéolaire*, désignation mauvaise, puisque l'alvéole est la caractéristique, non de ce carcinome, mais de tous les carcinomes.

Le *carcinome mélanique*, fort rare d'ailleurs, a été souvent confondu avec le sarcome mélanique et la mélanose pure. C'est une tumeur molle, à suc fort abondant, proche parente des encéphaloïdes, dont elle ne se distingue, en définitive, que par l'existence de granulations pigmentaires, parfois assez nombreuses pour dissimuler, grâce à leur accumulation dans le protoplasma cellulaire, les noyaux et les nucléoles; les éléments cancéreux ressemblent beaucoup alors aux cellules du corps de Malpighi du nègre. Son accroissement est, en général, fort rapide; ce carcinome se développe de préférence dans la peau, surtout aux mains et aux pieds; dans les ganglions lymphatiques, le tissu cellulaire sous-cutané et le globe oculaire où nous avons déjà signalé le sarcome mélanique. Lorsque la tumeur se généralise, les noyaux noirs semblables à des truffes se rencontrent dans les viscères, le foie, les poumons, dans les os des membres et du crâne.

Le *carcinome lipomateux*, des plus rares aussi, puisque Cornil et Ranvier, qui l'ont décrit les premiers, en ont observé deux cas seulement, ressemble beaucoup à un lipome; mais ici, la membrane enkystante, de règle dans la tumeur grasseuse, manque tout à fait. On reconnaît, au microscope, l'existence de la charpente fibreuse et des alvéoles remplis de cellules. Celles-ci sont infiltrées de granulations grasseuses qui refoulent le noyau, mais elles ne sont pas détruites; il ne s'agit donc point d'une dégénérescence, de ces régressions nutritives qu'on peut trouver dans le carcinome comme dans les autres tumeurs. N'y rencontre-t-on pas aussi les infiltrations *calcaires*, la transformation *caséuse*? Dans ces derniers cas, des vaisseaux s'oblitérent, des infarctus se font qui subissent une destruction plus ou moins rapide. Ajoutons enfin que les carcinomes *s'enflamment* et *s'ulcèrent*. Avant d'avoir subi ces troubles nutritifs, le cancer est ferme, dur, homogène; pour désigner cet état, les anciens pathologistes disaient qu'il était *cru* et opposaient à ce mot celui de *ramolli*.



**Étiologie et développement.** — Le carcinome est fréquent : Broca évalue à 10 ou 12 pour 1000 le nombre de ceux qui meurent de cancer, et la léthalité atteint 35 et 40 pour 1000 lorsqu'on ne comprend dans la statistique que des individus au-dessus de trente ans. La mortalité, d'ailleurs, varie beaucoup selon les pays, et si, malheureusement, cette maladie est très commune en France, on affirme qu'elle est presque inconnue au Brésil. Le sexe, malgré qu'on en ait dit, semble indifférent. Quant à l'âge, nous connaissons déjà son influence : relativement exceptionnel avant trente ans, bien qu'on cite plusieurs exemples de cancer du testicule, de l'œil, de l'utérus, développés dans la jeunesse, le carcinome est encore rare de trente à trente-cinq ans, tandis qu'il devient très fréquent de quarante à soixante. Toutes les régions de l'organisme ne sont pas également prises, mais il faut établir une distinction entre la tumeur primitive et les tumeurs secondaires. Celles-ci apparaissent surtout dans les points où le cancer primitif est rare. L'estomac d'abord, puis l'utérus, la mamelle, le foie, l'intestin, le rectum sont les organes primitivement envahis; les ganglions, les os, la peau sont surtout le siège des tumeurs secondaires.

Le cancer est héréditaire; il n'est pas rare alors de voir la tumeur occuper la même région chez le descendant. Nous connaissons un cas où l'arrière-grand'mère, la grand'mère, la mère et la fille ont eu un squirrhe du sein. Dans ce cas le néoplasme est souvent très précoce et peut apparaître dans les premiers âges. D'après la statistique de Moore, sur 101 faits, le cancer héréditaire s'est montré 79 fois chez des enfants qui n'avaient pas encore cinq ans. Existerait-il, comme plusieurs auteurs le prétendent, un antagonisme entre le cancer et certaines diathèses, la tuberculose, par exemple? Les chiffres donnés par Broca semblent prouver qu'il n'en est rien. Mais les recherches de Bazin, les observations de Verneuil démontrent que l'arthritisme favorise son apparition, et Bouchard est du même avis.

Les traumatismes exercent une influence tour à tour admise et niée; les travaux contemporains, la récente thèse de Leclercq ne peuvent laisser subsister aucun doute, et si les malades savent toujours trouver dans leurs antécédents un coup, hypothétique ou non, pour expliquer leur cancer, le pathologiste, tout en restreignant l'influence de cette cause, ne saurait la nier sans erreur. Bien qu'on

ait invoqué la stérilité comme prétexte à cancer de l'utérus, il ressort d'un grand nombre de relevés que la moyenne des accouchements est de quatre à sept, chez les femmes atteintes de cancer de la matrice. En tous cas, il existe des observations incontestables où une violence extérieure a provoqué le développement de cancer de la mamelle.

On ne sait guère comment se forme le cancer au milieu des tissus. D'après Broca, l'individu atteint de diathèse cancéreuse fabriquerait un blastème spécial où se développerait le néoplasme par agrégation des molécules organiques; il y aurait là une véritable génération spontanée de cellules polymorphes; d'après Conheim, les globules blancs sortis des vaisseaux par diapédèse, seraient des éléments embryonnaires qui, par transformations successives, deviendraient les cellules remplissant les alvéoles; d'après Virchow, charpente fibreuse et cellules proviendraient de la prolifération des cellules plasmatiques du tissu conjonctif. Pour d'autres, la trame fibreuse préexiste; c'est le vestige de l'ancien tissu de l'organe envahi par le cancer; il s'est creusé des cavités où s'accumuleront les cellules polymorphes, et l'examen microscopique attentif semble prouver que, dans le poumon, il en serait peut-être ainsi : les travées des vésicules aériennes constitueraient les parois des alvéoles cancéreux; mais dans les os et les ganglions, où le tissu conjonctif fait défaut, il est de toute nécessité que la charpente fibreuse soit de formation nouvelle.

Malgré la résistance de Ranvier, il paraît établi maintenant par les travaux de Valdeyer, de Thiersch, de Rindfleisch, de Malassez et Deffaux que le carcinome peut, dans quelques cas, être d'origine épithéliale. C'est dans le cancer du sein que la démonstration en est la plus nette. Les cellules du cul-de-sac glandulaire prolifèrent, et les nouveaux éléments qui remplissent l'ancien conservent d'abord leur type primitif, mais les dernières générations s'altèrent bientôt, perdent leur forme et deviennent « atypiques et métatypiques », en tout semblables aux cellules polymorphes. Elles sont encore contenues par la membrane d'enveloppe des cavités glandulaires, barrière qui sépare les acini des lacunes et des capillaires lymphatiques, voie naturelle de l'infection. Dès que cet obstacle est forcé, rien ne s'oppose à la marche progressive de la tumeur; les cellules épithéliales migrent dans le tissu conjonctif et s'y creusent des cavités séparées



les unes des autres par des travées fibreuses, trame alvéolaire du carcinome de Virchow.

Le mode d'accroissement du carcinome est encore assez mal connu. L'augmentation de volume pourrait se faire au centre même de la tumeur et, entre les travées du tissu conjonctif; la prolifération des cellules plates et l'apport des leucocytes du sang accumuleraient de nouveaux nids de cellules qui dédoubleraient pour ainsi dire les travées et creuseraient de nouveaux alvéoles. L'accroissement par envahissement des tissus voisins ne saurait être nié; il est *continu* et, aux limites de la tumeur, des cellules morbides se substituent aux cellules du tissu ancien; il est *discontinu* et des îlots cancéreux, séparés du néoplasme par du tissu sain, apparaissent çà et là, formés peut-être par migration des cellules polymorphes. Du reste, des tumeurs secondaires ne tardent pas à se développer.

**Symptômes.** — Le carcinome naît sournoisement dans les tissus, et il existe en général depuis un certain temps lorsque le chirurgien ou le malade le découvrent. On trouve alors une tumeur dure, irrégulière, mal limitée, qui semble faire corps avec les tissus où elle se développe; elle est encore mobile sous la peau, mais son volume s'accroît et les adhérences commencent à se faire; les téguments deviennent épais, chagrinés, douloureux; ils se creusent de petites dépressions comme celles de l'écorce de l'orange; ils sont violets, œdématisés, puis ils s'ulcèrent; la surface de la tumeur devient saignante, irrégulière, sanieuse; en certains points, des bourgeons exubérants se forment, tandis qu'en d'autres des foyers de désintégration se montrent, gangréneux, pultacés, ichoreux, d'une odeur nauséabonde. Déjà les ganglions correspondants sont envahis et parfois il existe, entre eux et la surface ulcérée, des cordons durs, noueux, véritable lymphangite cancéreuse. Les ganglions dégénérés sont petits, durs, indolents dans le squirrhe; dans l'encéphaloïde ils sont plus volumineux, moins consistants; ils peuvent s'enflammer, s'ouvrir, et une matière ichoreuse s'écouler au dehors.

Les lymphatiques, leurs ganglions et la peau ne sont pas les seuls organes qu'envahit le cancer; il se substitue avec plus ou moins de rapidité à tous les tissus qui l'environnent, et les artères, les veines et les nerfs finissent par être atteints. Sans doute les parois artérielles fort épaisses, résistantes, élastiques, animées de pulsations, échappent longtemps; mais elles cèdent enfin, et des hémorrhagies

ont lieu, plus ou moins graves, selon le calibre du vaisseau. Dans les veines, la perforation est plus rapide; la masse cancéreuse, après avoir résorbé les deux tuniques externes, se coiffe de l'interne, et forme ainsi une sorte de champignon dans la lumière des vaisseaux; cette mince membrane se déchire; le courant sanguin, qui bat l'excroissance, en détache des fragments et le débris migrateur va se greffer plus loin. Ce fait avait accrédité la vieille croyance au cancer du sang; il semblait résoudre par l'affirmative l'obscur question de l'inoculation et de la greffe cancéreuses, tentées sans succès par Alibert et Brett sur eux-mêmes et sur les animaux. Gluge, Valentin, Billroth n'ont aussi éprouvé que des échecs. Au contraire, Langenbeck, Lebert, Goujon, Otto Weber ont réussi; mais leurs expériences ne sont pas démonstratives et le problème est encore à l'étude.

Le cancer envahit donc les tissus. Dans les glandes, dans les muqueuses, la trame est lâche, les infiltrations cellulaires sont faciles et la tumeur marche vite; les aponévroses, les tendons, les cartilages et les os résistent plus longtemps, mais tôt ou tard ils sont vaincus: à la mamelle, on a pu voir le cancer détruire la paroi thoracique, entrer dans la plèvre et atteindre le poumon; à l'utérus, après s'être infiltré dans tout l'organe, il gagne en arrière le rectum, en avant la vessie, et reconstitue le cloaque des périodes embryonnaires; au cuir chevelu, à la dure-mère, il perfore la calotte crânienne; à la face, il substitue un tissu friable au tissu résistant des maxillaires. Les nerfs, protégés par leur névrilème, échappent quelque temps comme les artères et les tendons, mais ils finissent par être pénétrés, et l'on comprend les souffrances intolérables qu'éveille ce travail de désorganisation. Les cancers de la colonne vertébrale, des maxillaires, les masses secondaires qui se développent dans le creux de l'aisselle, dans la région carotidienne et sous-claviculaire, endroits où les cordons nerveux sont abondants, sont connus par les douleurs atroces qui les accompagnent.

Ce n'est point seulement par infiltration de voisinage, par envahissement des lymphatiques et des ganglions ou par les blocs migrants emportés par le courant sanguin que se propage le carcinome; il y a un autre mode de *généralisation*; les tumeurs secondaires apparaissent alors dans des points où le cancer primitif est rare, dans le poumon, la plèvre, la colonne vertébrale, la rate, les reins,



le cerveau. La dyscrasie primitive qui a produit le premier cancer semble provoquer l'apparition des seconds. Broca et Virchow pensent qu'il y a surtout une sorte d'infection générale : le sang, chargé dans le foyer cancéreux de principes altérés, les porte dans les divers tissus de l'économie où leur présence provoque l'apparition de nouvelles tumeurs.

Toujours est-il que le cancer détermine bientôt une cachexie particulière. Le malade devient pâle, maigre; sa peau se sèche et prend une coloration jaune paille caractéristique; les forces tombent, la fièvre hectique, la diarrhée s'établissent, des coagulations se font dans les veines des membres inférieurs, et la mort ne tarde pas à survenir. Ce marasme profond, cette déchéance rapide, s'expliquent par des causes nombreuses : d'abord certains cancers ont une action locale des plus graves : les tumeurs de la langue, de l'estomac et du rectum s'opposent au libre accomplissement des fonctions digestives et une inanition rapide en est la conséquence; les cancers du larynx et du poumon provoquent des troubles dans l'hématose. Il faut noter encore les écoulements sanguins répétés à la surface des tumeurs ulcérées; les douleurs intolérables qui poursuivent parfois les malades ajoutent à ces causes de dépérissement, sans parler de l'infection générale du sang chargé de produits septiques puisés dans les foyers ramollis.

**Pronostic.** — Le carcinome est une maladie mortelle à brève échéance; sa durée est cependant fort variable suivant les formes; elle est courte, de quelques semaines dans une variété que l'on appelle la *carcinose aiguë*, caractérisée par une éruption abondante sur la plèvre, le poumon, la poitrine, l'intestin, le foie, les reins, de tubercules aplatis, déprimés, ombiliqués à leur centre, très vascularisés; ces noyaux sont le plus souvent secondaires : il existait au préalable une petite tumeur cancéreuse stationnaire lorsque tout à coup a éclaté la généralisation. Pourtant la maladie peut être primitive et, dans la thèse de Laporte, Vulpian et Charcot en ont cité des exemples remarquables. Elle s'accompagne de fièvre, de frisson, d'inappétence, de vomissements, de troubles respiratoires, d'épanchements pleuraux et péritonéaux.

Le cancer encéphaloïde peut tuer en trois ou quatre mois et ne dépasse guère un an à quinze mois. Le squirrhe est moins rapide dans son évolution; il reste longtemps stationnaire, sauf à prendre

un accroissement rapide tout à coup et au moindre prétexte; il y en a surtout dans la variété atrophique qui n'entraînent la mort qu'au bout de dix ou douze ans. Nous pourrions citer le cas d'une dame de province, âgée de quatre-vingt-trois ans, qui fut atteinte, il y a quarante-cinq ans, d'une tumeur diagnostiquée plus tard par Broca squirrhe atrophique du sein; la mamelle, non opérée et uniquement traitée par des onctions d'onguent mercuriel, a été entièrement détruite; lorsque nous l'avons vue pour la dernière fois, il ne restait qu'une petite plaque dure, ulcérée, de la largeur de l'ongle, stationnaire depuis longtemps. La fille de cette dame est morte, il y a neuf ans environ, d'un cancer récidivé de la mamelle.

Il n'y a jamais de guérison spontanée, et l'extirpation est de règle. Malheureusement la récidive survient presque toujours : par *continuation* lorsqu'on a laissé par mégarde quelque vestige du noyau primitif, quelque îlot égaré qui proliférera et reproduira la tumeur; par *repullulation* lorsque le cancer bien enlevé reparait sur place ou dans les ganglions ou ailleurs. Cette récidive est souvent si rapide que l'on se demande parfois si l'opération n'a pas hâté l'issue fatale. Mais, outre les quelques cas où le cancer a définitivement disparu, à telles enseignes que le patient est emporté par une autre maladie, de nombreuses statistiques prouvent que les opérés ont une moyenne de vie de six à douze mois supérieure à celle des non opérés.

Aussi la conclusion s'impose-t-elle, et dès qu'un cancer est reconnu il faut l'opérer, autant que possible avant qu'il y ait engorgement ganglionnaire, car l'extirpation doit être totale. Cette règle est si absolue, qu'on doit rigoureusement s'abstenir, — sauf les cas de douleur extrême, ou d'hémorragie, ou de compression d'un organe essentiel, — quand on n'est pas certain de dépasser les limites du mal. Lorsqu'il y a plusieurs foyers, et si quelques-uns d'entre eux sont inaccessibles au chirurgien, l'intervention est contre-indiquée; elle l'est encore quand il s'agit de cachectiques, de vieillards, d'affaiblis, surtout s'ils sont porteurs de squirrhes à marche lente. Qu'on ait recours aux caustiques, à l'anse galvanique, au thermocautère ou à l'instrument tranchant, le moyen n'importe guère, mais il faut respecter les quelques règles que nous venons d'énumérer.