QUARANTE-HUITIÈME LEÇON

CARCINOMES.

Carcinomes. Généralités. Aperçu histologique. Affection secondaire des glandes lymphatiques. — 1. Les *cancers simples de tissu conjonctif* : Développement et marche du cancer du sein. Opérations. Détails histologiques. Divers foyers de localisation. — 2. Les *cancers cicatrisants de tissu conjonctif* ou *squirrhes* : Symptômes. Détails histologiques. Marche. Opérations.

Tumeurs à croissance rapide, qui sont toujours infectieuses, non-seulement grande tendance aux récidives sur place, mais encore affection très-fréquente des ganglions voisins et développement successif de beaucoup de tumeurs semblables dans différents organes. Carcinomes. Carcinose. Cancers.

Le groupe de maladies que nous allons décrire maintenant embrasse les tumeurs qu'on rencontre de beaucoup le plus souvent ; je ne crois pas me tromper en disant que les carcinomes s'observent aussi fréquemment que toutes les autres formes de tumeurs réunies. La marche clinique brièvement indiquée dans le sommaire peut beaucoup varier, surtout sous le rapport de la durée ; il y a des cas qui se terminent en moins d'une année, d'autres qui ne parcourent toutes leurs périodes que dans l'espace de dix à quinze ans ; le temps moyen de la durée est de deux à trois ans. Évidemment le siége de la tumeur a une grande influence sur la rapidité de la marche, comme dans d'autres affections ; ainsi, un carcinome primitif de l'estomac ou du foie conduira plus tôt à la mort, par suite des troubles apportés dans tout l'organisme, qu'un cancer de la lèvre ou du sein. — La composition anatomique de la plupart des tumeurs cancéreuses est également caractéristique : dans l'intérieur des organes malades elles ne sont jamais parfaitement distinctes du tissu environnant, leur pourtour se fond intimement avec le tissu normal, de sorte qu'en les extirpant on est toujours obligé d'enlever une partie de ce tissu sain, si l'on veut être sûr de ne rien laisser de malade ; cela provient de ce que la maladie s'étend toujours par la périphérie, semblable au processus inflammatoire progressif ; cependant la croissance est en même temps centrale, c'est-à-dire que les éléments de la tumeur se multiplient aussi par eux-mêmes. Les tumeurs cancéreuses sont toujours solidement fixées au tissu envahi, elles ne glissent pas sur les parties sous-jacentes. La consistance est toujours grande au début, la forme varie beaucoup, elle est tantôt lobulée, tubéreuse, tantôt elle présente une surface plus ou moins plane et bosselée. La surface de section a une couleur rouge

pâle, comme les sarcomes ; en y passant le dos du scalpel ou en comprimant la tumeur, on obtient, en général, une bouillie trouble, lactescente (suc cancéreux, bouillie cancéreuse). — Cette description n'est applicable qu'aux carcinomes de date récente ; les tumeurs plus anciennes montrent un grand nombre de métamorphoses, qui, il est vrai, n'appartiennent pas exclusivement au cancer, mais s'observent cependant tout particulièrement dans cette espèce de tumeur ; la transformation en bouillie caséeuse est fréquente dans les tumeurs cancéreuses, on remarque plus rarement le ramollissement liquide allant jusqu'à constituer des kystes. Dans certains cas on y rencontre une substance semblable à la moelle, à la pulpe cérébrale, c'est là toujours une forme de transition à l'encéphaloïde. Un caractère *particulier* au carcinome est le travail partiel de ratatinement, qui ne se rencontre aussi manifestement dans aucune autre tumeur. Le plus souvent au centre, rarement à un point périphérique, on trouve un tissu de cicatrice, dur, fibreux, par lequel la partie extérieure de la tumeur est quelquefois tirée en dedans et la peau qui la recouvre es ridée ; ce fait indique évidemment une espèce de tendance médicatrice de la nature. Ce processus se rapproche aussi par là, comme par son mode d'extension, de certaines formes de l'inflammation chronique, surtout de la formation des tubercules, où l'on observe aussi un travail de ratatinement semblable, par exemple, au sommet du poumon. Il y a des formes carcinomateuses où ce travail de ratatinement cicatriciel est si considérable, que la masse principale de la néoplasie est formée de tissu cicatriciel et que la néoplasie progressive n'est constituée que par une faible couche à la périphérie. — Dans les tumeurs cancéreuses, l'ulcération de la peau se fait de deux manières différentes ; quelquefois elle se produit de la manière ordinaire, c'est-à-dire que la peau est transformée peu à peu de dedans en dehors en tissu morbide, comme dans d'autres processus ulcératifs ; d'autres fois l'ulcération est la conséquence d'un ramollissement rapide de quelques points périphériques de la tumeur, suivi bientôt de la rupture des téguments. Dès que la peau est perforée, la masse végétante de la tumeur s'engage dans l'ouverture et s'étend à l'extérieur, où elle se gangrène en partie ; il se forme un ulcère cancéreux (*ulcus cancrosum*, *cancer apertus*, en opposition avec le *cancer occultus* qui ne s'est pas encore montré à l'extérieur). Ces ulcères cancéreux sont infundibuliformes dans les cancers durs ; dans les cancers mous, ils ont les bords végétants qui s'élèvent au-dessus de la peau sous forme de champignons, ils sécrètent toujours une sérosité nauséabonde, ichoreuse.

D'après la description que nous venons de donner des symptômes visibles à l'œil nu, les tumeurs cancéreuses sont difficiles à méconnaître ; il en est de même de la structure histologique de ces tumeurs ; dans la plupart des cas elle est tellement caractéristique, que le diagnostic peut également être posé à l'aide du *microscope*. Pour bien examiner ces tumeurs, de même que toutes les tumeurs riches en cellules, il est nécessaire de les durcir d'abord dans l'alcool ou dans l'acide chromique, parce qu'il faut se procurer des coupes fines pour bien voir la disposition des éléments et le premier début de la maladie. Si l'on prend ces précautions, on aperçoit facilement ce qui suit : le tissu est composé de cellules et de fibres conjonctives ; ces dernières sont dis-

posées sous la forme d'un rayon de miel; les différentes cavités de ce réseau, qui communiquent pour la plupart entre elles, renferment des cellules principalement de forme ronde, dont le volume peut être très-variable (fig. 88).

Fig. 88. — Cancer mou du sein. Tissu alvéolaire du carcinome. Préparation à l'alcool. — Grossissement, 200.

Ce type, appelé alvéolaire, se retrouve dans toutes les tumeurs cancéreuses, et ne devient tout à fait indistinct que lorsque la végétation des cellules devient si forte, qu'elle fait disparaître complétement le stroma de tissu conjonctif; en pareil cas, on peut s'attendre à un ramollissement complet de la tumeur (l'infiltration purulente conduit de la même façon à l'abcès). Aussi longtemps que les groupes de cellules sont encore tous enveloppés par des capsules fibreuses solides, la tension de ces capsules donne à la tumeur une consistance assez grande; si les capsules disparaissent, le tissu, qui dès lors n'est plus composé que de cellules, ne présente plus qu'une consistance molle, même liquide; avec une végétation cellulaire aussi énorme et une disparition aussi complète du tissu conjonctif coïncident, en général, mortification, fonte graisseuse et ratatinement du tissu morbide; les vaisseaux qui entourent un pareil foyer absorbant les substances liquides, les plus solides se dessèchent, et comme il ne peut y avoir de vide, le tissu conjonctif de la périphérie d'un pareil foyer se contracte, il se forme une cicatrice interstitielle qui renferme des détritus graisseux et caséeux. C'est là un processus terminal très-fréquent, lorsqu'il y a formation surabondante de cellules dans les carcinomes. Cependant ceci n'est applicable qu'aux cas où la végétation rapide des cellules n'est pas suivie d'un développement vasculaire très-considérable; si la formation des vaisseaux augmente en proportion de la formation des cellules, la végétation cellulaire devient d'autant plus active, la tumeur en partie ou en totalité devient une masse molle, végétante, il y a formation partielle ou totale du tissu encéphaloïde. Vous

pouvez comparer ces phénomènes à ce qui arrive dans le ratatinement des tubercules et dans la formation des granulations fongueuses; dans la formation tuberculeuse, la vascularisation défectueuse de la néoplasie semble être la cause du ramollissement ou du ratatinement de la jeune nichée de cellules, tandis que la croissance des granulations fongueuses sur les plaies ou les ulcères ne s'effectue que par l'abondance de la formation vasculaire; tout cela paraît reposer sur cette loi générale, que dans le corps humain de petites parties de tissus peuvent seules exister sans vaisseaux. — Les connaissances que nous possédons sur les rapports qui existent entre le développement vasculaire et la végétation cellulaire dans les carcinomes, sont le résultat d'injections artificielles. On réussit difficilement, il est vrai, à injecter complétement les vaisseaux sur des tumeurs extirpées, cependant en prenant les précautions nécessaires on arrive assez souvent à une injection complète de quelques parties au moins des tumeurs. Les vaisseaux rampent principalement dans le tissu conjonctif, dans le stroma des carcinomes. Ils augmentent en nombre dès la première apparition des cellules, ils se dilatent ensuite et forment des mailles de plus en plus étroites. Si dans un groupe d'alvéoles il se fait une végétation de cellules très-considérable, les vaisseaux seront comprimés dans ce foyer et il se développera des thromboses; on verra autour d'un pareil foyer de ramollissement se former un réseau vasculaire collatéral aussi épais et serré qu'autour d'un abcès (fig. 89).

La structure alvéolaire n'est pas un caractère *spécifique* du carcinome, car on l'observe aussi dans l'enchondrome, et quelquefois dans le myxome, le cystome ovarique composé et le lymphome; dans le sarcome même un certain groupement des cellules et une disposition particulière du réseau capillaire peuvent donner lieu à la structure alvéolaire (fig. 83 *d.*); ceci prouve simplement qu'il existe une série de formes de transition dans tous les types de tissu, et que le jugement que nous portons en clinique sur les tumeurs, comme sur toutes les autres maladies, ne peut pas être basé uniquement sur la composition anatomique. — Nous avons déjà dit que, par suite des progrès de la végétation carcinomateuse, le tissu qui est le siége de la maladie, disparaît, comme dans l'inflammation; c'est au point qu'une glande atteinte de carcinome perd toute trace de sa structure originaire. L'adéno-sarcome du sein, comparé au cancer de tissu conjonctif dans cette glande, fournit la meilleure preuve de ce que nous avançons. Dans le sarcome, les conduits glandulaires et les acini restent intacts, ou bien se dilatent pour former des kystes; dans la forme cancéreuse en question, les acini disparaissent complétement et l'on ne voit plus rien de la structure glandulaire primitive dans la partie atteinte. — Malgré cela il y a un grand nombre de tumeurs qu'il n'est pas toujours possible de classer par leurs caractères anatomiques ni complétement parmi les sarcomes, ni complétement parmi les carcinomes, en faisant même abstraction des formations accidentelles de tissu cartilagineux et osseux, de fibres musculaires striées, de kystes, etc., tous ces différents éléments pouvant se rencontrer également dans les tumeurs composées, dont la masse principale est constituée par du tissu carcinomateux. Ces tumeurs complexes, qu'on observe principalement dans le

testicule et l'ovaire, et dans lesquelles on rencontre l'un à côté de l'autre, et du tissu sarcomateux et du tissu carcinomateux, sont toujours d'un mauvais pronostic. Pour la détermination de la marche clinique, la distinction des sarcomes mous d'avec les carcinomes n'a pas une grande importance, parce que les premiers peuvent être presque aussi infectieux que les seconds. — Si cette circons-

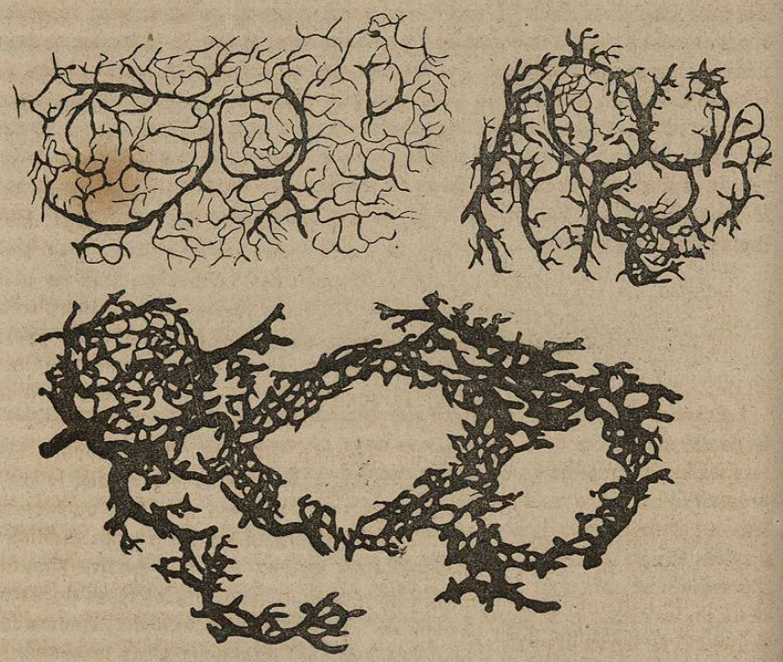

Fig. 89. — Réseaux vasculaires provenant de cancers du sein et injectés par une artère. Grossissement, 60. *a*. Augmentation vasculaire commençante et disposition circulaire autour des alvéoles en voie de formation. — *b*. Réseaux vasculaires (dilatés) dans le tissu carcinomateux alvéolaire, arrivé à un développement complet. — *c*. Réseaux vasculaires fortement dilatés autour de foyers ramollis et caséeux dans le carcinome.

tance a pu engager quelques chirurgiens à abandonner les termes de sarcomes mous et de carcinomes mous, et à confondre les deux tumeurs dans le terme commun de tumeurs cellulaires, c'est-à-dire composées principalement de cellules, on ne peut rien objecter sous le rapport pratique, quoiqu'il existe, dans la plupart des cas, encore d'autres signes (la localisation, l'enkystement) qui permettent d'admettre une distinction anatomique.

Nous devons encore citer ici un caractère tout spécial des carcinomes, c'est la *participation fréquente à la maladie des ganglions voisins par suite d'infection*. Nous nous sommes déjà prononcé sur la manière dont nous nous expliquons cette affection concomitante. La maladie des ganglions lymphatiques, qui accompagne le carcinome, se montre d'une façon plus ou moins rapide : quelquefois on l'observe peu de semaines après le début du carcinome,

d'autres fois au bout de quelques années seulement; elle peut même manquer complétement; le développement rapide de l'affection dans les ganglions est un signe pronostique très-important : il indique toujours une marche rapide et intense de la maladie. Dans ce cas, doit-on s'attendre à rencontrer des tumeurs métastatiques dans les organes internes et combien de temps après l'infection des ganglions avoisinants? L'expérience nous apprend qu'on ne peut répondre à ces questions que d'une manière approximative, et que le pronostic se base dans ces cas sur la différence des formes carcinomateuses et sur la région où elles se montrent. J'ai déjà dit plus haut que selon toute probabilité la plupart des carcinomes métastatiques reconnaissent pour origine l'embolie de nature spécifique. Nous pouvons donc passer immédiatement à la description des différentes espèces de carcinomes. Nous en distinguons deux formes principales : le *cancer de tissu conjonctif* et le *cancer glandulaire et épithélial* avec leurs différentes variétés.

1. — *Les cancers simples de tissu conjonctif.*

Le carcinome de tissu conjonctif simple ordinaire se localise si souvent dans la glande mammaire de la femme, que nous pouvons parfaitement choisir cette localisation pour point de départ de notre description. Cette maladie se montre ordinairement entre trente et soixante ans, rarement plus tôt ou plus tard; les femmes atteintes sont le plus souvent bien portantes du reste; les personnes mariées et non mariées, les femmes de toutes les conditions, qu'elles aient eu des enfants ou non, sont sujettes à cette affection. Assez fréquemment les parents ou les aïeuls sont morts à la suite d'une maladie carcinomateuse. Le plus souvent il se forme dans un sein, surtout dans la partie inférieure et externe, une tumeur, d'abord petite et indolente, qui reste quelquefois inaperçue pendant des mois; elle a une consistance dure, est assise solidement dans la glande, cependant au début elle est mobile sous la peau et sur les muscles thoraciques; sa croissance n'est pas très-rapide au commencement, il peut se passer un an avant que la tumeur ait atteint la grosseur d'une petite pomme; son volume ne reste pas toujours le même, quelquefois la tumeur est plus grosse et devient sensible, surtout avant et pendant la menstruation; on la voit encore augmenter de volume par les grossesses; quelquefois la tumeur diminue de nouveau et devient complétement indolente. Ces phénomènes dépendent en partie de congestions vers le sein, en partie du ratatinement et d'un processus cicatriciel dans la tumeur elle-même. — Avec le temps, dans l'espace de quelques mois, la tumeur devient toujours plus grosse, la peau qui la recouvre devient immobile, et dans la profondeur il se produit une adhérence avec le muscle grand pectoral. Souvent les malades ne remarquent pas elles-mêmes le début du gonflement des ganglions lymphatiques dans l'aisselle, et si de temps en temps l'examen du médecin n'est pas dirigé de ce côté, la formation de tumeurs dans les ganglions lymphatiques, qui se traduit également par un gonflement dur de

ces parties, n'est remarquée que bien tard; d'un autre côté, ces ganglions sont situés si profondément et si haut sous le pectoral, qu'on ne les sent que lorsqu'ils ont déjà acquis un volume assez considérable. Les ganglions du cou sont plus rarement atteints dans le cancer de la mamelle; dans le cas où on les observe, le pronostic est plus fâcheux. Si l'on ne trouble pas le développement ultérieur de la tumeur, les choses se passent à peu près de la manière suivante, lorsque la marche n'est pas trop rapide : La tumeur du sein et celles des ganglions axillaires se réunissent peu à peu, il en résulte une tumeur bosselée, bombée, immobile, qui est soudée avec la peau en quelques endroits; par la pression qu'elle exerce sur les nerfs et les vaisseaux de l'aisselle, il se développe des douleurs névralgiques et de l'œdème dans le bras; les patients, qui jusque-là se sentaient parfaitement bien et pouvaient encore vaquer à leurs occupations, sont obligés dès ce moment de garder le lit à cause du gonflement du bras et des douleurs qui se présentent, surtout la nuit, et qui ont un caractère lancinant, térébrant. — Un autre phénomène qui à cette époque (nous admettons qu'il se soit passé à peu près deux ans depuis l'apparition de la première tumeur) existe déjà ou se présente bientôt, est l'ulcération. Elle se montre d'ordinaire avec les symptômes extérieurs suivants : Une partie de la tumeur se soulève sous forme d'un segment de sphère; la peau, qui devient de plus en plus mince, rougit et se couvre de ramifications vasculaires très-apparentes; enfin il se produit une crevasse ou une vésicule sur cette partie bombée rouge, ramollie jusqu'à donner la sensation de la fluctuation; à ce moment une partie de la masse cancéreuse, qui est exposée à l'air, devient gangréneuse, elle est éliminée par lambeaux, et il se développe une ulcération profonde, cratériforme, qui conserve cet aspect si le fond et les parois sont encore très-durs; dans le cas où le voisinage de l'ulcération est déjà ramolli, la masse cancéreuse commence à végéter sur les parois et le fond, sort par l'ouverture et s'étale sous forme de champignon. C'est ainsi que se développe un ulcère, qui a quelquefois un caractère torpide, d'autres fois un caractère fongueux; la sécrétion de cette surface ulcérée est toujours séro-ichoreuse et fétide, souvent des lambeaux gangréneux sont éliminés. Phénomène plus grave, les hémorrhagies parenchymateuses, et même artérielles, viennent quelquefois épuiser les forces du malade. Dans notre description nous avons suivi la malade jusqu'à l'époque où elle est obligée de garder le lit par moment ou pour toujours; alors nous arrivons bientôt à la catastrophe : les malades prennent un teint pâle, l'appétit se perd, les forces diminuent, les nuits sont fréquemment sans sommeil, parce que les douleurs deviennent plus vives; il faut déjà avoir recours aux préparations opiacées pour procurer un peu de repos et pour diminuer les douleurs. Nous avons maintenant devant les yeux le tableau de la *dyscrasie* ou *cachexie cancéreuse*. Cet état peut durer encore des mois : la décomposition qui se fait sur l'ulcère cancéreux empeste la chambre, les malades deviennent de plus en plus faibles, le teint prend une couleur gris-jaunâtre, terreuse, les mouvements respiratoires deviennent douloureux, il s'y ajoute une grande sensibilité dans la région du foie et quelquefois dans les os des extrémités. Les malades tombent dans le marasme, et après des souffrances

longues et cruelles, elles succombent enfin à une longue agonie, à moins qu'une pleurésie ou une pneumonie ne vienne hâter la fin. A l'autopsie, nous rencontrons dans la plupart des cas des tumeurs carcinomateuses de la plèvre et du foie, quelquefois aussi des os, soit du fémur ou de la colonne vertébrale, soit des côtes du côté de la tumeur. — Toute la maladie avait duré à peu près deux ans et demi.

Cette description est tout à fait exacte pour beaucoup de cancers du sein, cependant on observe aussi quelques modifications dans cette marche. D'abord la rapidité du processus local est variable; la tumeur peut rester limitée à la glande mammaire, sans que les ganglions lymphatiques s'affectent, c'est là un cas très-rare; ensute, l'affection ganglionnaire peut se montrer presque en même temps que la tumeur du sein : dans cette circonstance, il y a lieu de s'attendre toujours à une marche rapide de la maladie, tandis que si l'opposé a lieu, si l'extension aux ganglions lymphatiques se fait tardivement et d'une manière peu intense, on peut s'attendre à une marche plus lente, plus bénigne de toute la maladie. Les deux seins peuvent être atteints soit en même temps, soit rapidement l'un après l'autre, d'ordinaire ce fait annonce également une évolution rapide. Dans certains cas il ne se développe pas de tumeur isolée dans le sein, mais toute la glande est envahie en même temps que la peau qui la recouvre. Enfin, il peut y avoir depuis huit ou dix ans un adénome ou un adéno-sarcome, qui prend rapidement les caractères du cancer, c'est-à-dire devient immobide, douloureux, à quoi s'ajoutent des indurations ganglionnaires. — On observe également des cas où la tumeur du sein se rapetisse et se ratatine au point qu'on croirait qu'elle va disparaître complétement; malheureusement ceci n'empêche pas la maladie de se généraliser, cependant cette modification paraît ralentir la marche, ou bien ne se montre que dans les cas bénins, qui mettent quatre à six ans pour parcourir leurs périodes. Certains malades succombent de bonne heure à l'anémie, produite par l'ulcération et les hémorrhagies, avant que des tumeurs métastatiques aient eu le temps de se développer. — Quant à l'époque où se montrent les tumeurs cancéreuses métastatiques dans les organes internes, elle est aussi très-variable; en général, on peut dire que lorsque la croissance locale des tumeurs est lente, les tumeurs métastatiques se montrent également assez tard; cependant il y a des exceptions à cette règle. La localisation des tumeurs secondaires est d'une régularité remarquable dans le cancer du sein; nous l'avons déjà dit, la plèvre, le foie, les os sont le siége le plus fréquent des tumeurs métastatiques.

La marche si variable du cancer fait qu'il est excessivement difficile, impossible même, de comparer le résultat des opérations faites sur les tumeurs cancéreuses dans leurs différentes périodes, avec les cas qui n'ont pas été opérés; l'âge déjà offre de grandes différences : chez les individus âgés, la marche de la maladie est presque toujours plus lente que chez des individus plus jeunes; une foule de causes tout à fait inconnues font sentir leur influence. Les chirurgiens les plus expérimentés ont établi les principes les plus opposés quant à l'utilité de l'intervention chirurgicale : les uns admettent que la marche de la maladie est ralentie par l'opération, les autres prétendent qu'elle est accélérée.