l'autre méthode, il faut répondre à la question suivante : est-il utile d'opérer, alors même que l'opération peut être faite facilement et sans mettre la vie du malade en danger? Sur ce point il y a divergence dans les opinions des chirurgiens les plus experts. Il y a des opérateurs qui ne touchent jamais à un cancer. Ils disent : l'opération est toujours inutile, parce qu'il y a des récidives ; si l'on opère les récidives, d'autres se reproduisent d'autant plus vite. Ils prétendent même que plus souvent on opère localement, plus le développement de tumeurs lymphatiques secondaires et de cancers métastatiques est rapide; dans leur opinion, la tumeur locale serait une espèce de dérivation contre l'infection générale; on ne pourrait donc pas enlever ce produit morbide sans favoriser la manifestation de la maladie en d'autres endroits; si l'on voulait à toute force faire disparaître la tumeur, il faudrait dériver les humeurs morbides sur un autre point, par exemple en établissant un ulcère artificiel au moyen d'un cautère ou d'un séton. — On peut faire un grand nombre d'objections à ces opinions tirées de la vieille pathologie humorale : d'abord elles manquent absolument de preuves, bien plus, l'expérience démontre qu'elles sont en partie fausses. Nous considérons comme un fait positif et qui peut être constaté par l'observation journalière, que le développement des tumeurs ganglionnaires dépend du développement des tumeurs primitives; nous avons déjà dit que la participation des ganglions lymphatiques à la maladie carcinomateuse est due, d'après toutes les analogies, à une contagion locale, quel qu'en soit le mécanisme. Il est vrai qu'après l'extirpation d'un cancer du sein ou de la lèvre, des gonflements ganglionnaires qui n'étaient pas sensibles avant l'opération peuvent se montrer, mais il faut remarquer que l'affection de ces ganglions lymphatiques peut être assez insignifiante à son début pour échapper à tout examen. — L'existence d'un cancer primitif et secondaire des ganglions lymphatiques peut-elle hâter ou retarder la marche ultérieure de la maladie, le développement de tumeurs métastatiques, l'état général cachectique? C'est là une question qui ne peut être résolue, parce que la marche de la maladie n'a pas une durée bien déterminée ; s'il en était ainsi, on pourrait, par la comparaison des cas opérés et des cas non opérés, établir une règle sur l'influence de l'intervention chirurgicale. On pourrait arriver à un résultat approximatif, en comparant des cas qui se ressemblent sous le rapport de l'âge, de la constitution, de la nature de la tumeur, etc.; mais comme la distinction exacte des différentes espèces de carcinomes et, par conséquent, une classification précise des cas n'ont été établies et admises généralement que dans les derniers temps, on ne peut pas encore s'attendre à des résultats définitifs; les observations d'un seul chirurgien suffisent rarement pour établir de pareilles statistiques. — En étudiant les carcinomes épithéliaux, on remarque que les tumeurs métastatiques se montrent très-rarement lorsqu'un grand nombre de ganglions lymphatiques sont malades; ce fait tend donc à établir que la maladie ne devient pas plus intense par ce développement considérable de tumeurs locales, et que les carcinomes des ganglions lymphatiques n'augmentent pas la disposition aux tumeurs métastatiques. — A la question : les carcinomes doivent-ils en thèse générale être opérés ou non? on pourra répondre, que l'opération n'ayant probablement pas d'influence directe sur la

diathèse morbide, d'autres motifs doivent nous décider pour l'opération, si elle peut être faite. Nous disons avec intention que l'opération n'a pas d'influence *directe* sur la maladie mais nous croyons devoir admettre une influence *indirecte*, en ce que la tumeur est la cause d'autres états mobides. L'épuisement, la faiblesse, l'anémie, les troubles de la nutrition, qui peuvent être dus au ramollissement de la tumeur cancéreuse et aux douleurs dont elle est le siége, le chagrin navrant et les réflexions sans cesse renaissantes sur l'incurabilité de la maladie sont des causes qui peuvent bien hâter la marche de l'affection. Le devoir du médecin est de tromper le malade sur l'incurabilité de sa maladie ; partout où le médecin ne peut pas guérir, il doit soulager les souffrances morales et physiques du patient. Peu d'hommes possèdent la tranquillité d'esprit, la résignation ou la force de caractère, appelez cela comme vous voulez, pour passer gaiement le temps qui leur reste encore à vivre, lorsqu'ils savent qu'ils sont atteints d'un mal incurable. Les malades, quoique peut-être en apparence tranquilles, vous sauront peu de gré de leur avoir fait des ouvertures trop sincères sur ce qui les attend. Sous ce rapport vous serez souvent embarrassés comme médecins, mais j'abandonne à votre tact, à votre connaissance du cœur humain, à votre sentiment, ce que vous devez faire dans le cas spécial. — Comment sommes-nous arrivés à faire ces réflexions? c'est en parlant de l'influence qu'exerce le moral sur la marche de l'affection cancéreuse; plus d'un confrère sourira en haussant les épaules, quand on lui parlera de cette influence ; pour moi, je l'avoue franchement, j'y crois aussi bien dans la carcinose que dans la tuberculose ; je crois que le chagrin, la misère, la douleur, hâtent la marche de ces maladies chroniques et quelquefois je me crois obligé d'opérer précisément ceux qui se consument en chagrins sur leur affection. Parfois il se passe une année et plus avant que la maladie éclate de nouveau; pendant ce temps le patient se croit guéri ; cette année lui est pour ainsi dire accordée en grâce, et vous-mêmes vous réjouirez de voir le malade content, quoique vous ne puissiez pas chasser complétement la triste pensée que cet état de bien-être ne durera pas longtemps. — A côté des motifs qui peuvent nous engager à opérer, il existe des indications locales importantes qui demandent l'intervention chirurgicale, c'est lorsqu'il s'agit d'empêcher aussi longtemps que possible le progrès de la maladie sur des parties dont l'atteinte entraîne nécessairement la mort. Quand même on peut s'attendre dans la plupart des cas à une récidive locale, cependant il se passe souvent des mois ou même des années, pendant lesquels la vie n'est pas directement en danger. Quelquefois il s'agit aussi de protéger contre une destruction complète des parties de la face, telles que les lèvres, le nez, les paupières, qu'on peut remplacer après l'opération par la plastique. Si l'on considère ces opérations comme inutiles par la raison qu'on ne peut pas guérir le mal on a tort, car par l'opération nous rendons la vie plus agréable au patient, quoique pour quelque temps seulement, peut-être pour la plus grande partie du temps qui lui reste encore à vivre. On aurait lieu d'être très-content si par une opération ou un traitement quelconque on pouvait donner, même passagèrement, à un individu atteint de tuberculose avancée, autant de force et de jouissance de la vie que cela arrive pour beaucoup d'individus délivrés par l'o-

pération d'une grande tumeur carcinomateuse. En un mot, il existe une série de cas où nous pouvons intervenir utilement par l'opération ; il y en a même beaucoup où l'on agirait, à mon avis, d'une manière cruelle, si l'on refusait d'opérer. — Il y a d'autres cas, il est vrai, où il est plus difficile de se décider. Dans les formes à marche lente, comme par exemple dans le squirrhe, je crois qu'il est permis de faire une opération qui n'offre pas de danger par elle-même, sans qu'elle soit réellement commandée par la nécessité. Mais si une paupière est détruite, si le nez est perdu en partie ou en totalité, alors l'opération est indiquée, dans le premier cas pour protéger le globe de l'œil, dans le second pour remplacer une perte de substance très-désagréable, d'autant plus que dans ces squirrhes à marche lente souvent on n'observe aucune récidive locale; il n'y a qu'une circonstance qui m'empêcherait d'entreprendre une opération dans ces cas : ce serait une grande faiblesse chez un individu très-âgé; du moins, il est interdit de faire chez le vieillard des opérations plastiques d'une grande étendue; la perte de sang inévitable pendant l'opération et l'obligation de garder le lit peuvent suffire pour enlever le malade. Autre question : faut-il opérer ou non, lorsque le siége de la tumeur est dangereux, c'est-à-dire lorsque l'opération peut se terminer par la mort, ou du moins qu'elle présente autant de chance d'insuccès que de succès? Dans ces circonstances la nature du cas spécial entre en ligne de compte, il est impossible de faire là-dessus des réflexions générales; l'opinion sur le danger d'une opération dans un cas donné varie selon les chirurgiens et l'individualité des malades ; cependant il faut admettre en principe *de n'opérer que lorsqu'on peut enlever toutes les parties malades; il ne faut jamais entreprendre une demi-opération, en laissant des restes de tumeur. Sous ce rapport je fais observer qu'il ne faut opérer que dans les tissus sains : et s'éloigner de 1 1/2 à 2 centimètres, si faire se peut, de l'infiltration sensible au toucher ; alors seulement on est sûr d'enlever toutes les parties malades.* On peut quelquefois, dans ces cas désespérés, prolonger la vie de quelques malades par des opérations très-hardies, mais en général on verra, dans ces circonstances, mourir beaucoup plus d'opérés qu'on n'en verra se rétablir.

Nous arrivons maintenant à l'appréciation des *caustiques* les plus généralement employés contre les tumeurs cancéreuses. Dans le cours des temps, l'opinion sur les caustiques a beaucoup varié ; tantôt on leur a donné la préférence sur les autres moyens, tantôt on les a rejetés en principe. La plupart des chirurgiens contemporains inclinent vers cette dernière manière de voir, que je partage également.

En principe, je donne la préférence à l'opération par le bistouri et les ciseaux, et cela par l'unique raison que je sais alors exactement ce que j'enlève, et puis juger en toute sûreté si tous les tissus malades ont été enlevés. Je considère donc l'opération sanglante des cancers et des tumeurs en général comme la règle. Il est vrai que, comme toute règle, celle-ci a ses exceptions. Chez les personnes très-âgées, chez les malades anémiques ou chez ceux qui ont trop peur du bistouri, on peut se servir des caustiques, et si l'on en continue l'emploi avec méthode et assez longtemps pour que tous les tissus morbides puis-

sent être détruits, le résultat peut être favorable. Quand on se place au point de vue physiologique, les caustiques ont quelque chose pour eux; on peut supposer que le liquide caustique pénètre dans les plus fins vaisseaux lymphatiques qui participent à la maladie et détruit ainsi complétement la matière morbide locale. Mais cette hypothèse ne se confirme pas, car le caustique forme avec le tissu qu'il touche une combinaison intime, solide, qui l'empêche d'étendre son action au-delà. On a prétendu dans le temps que les récidives ne se montraient pas aussi vite après l'emploi des caustiques qu'après l'opération au bistouri, cependant ce fait ne s'est pas confirmé ; je n'admets donc que les exceptions citées plus haut.

Quant au choix des caustiques, je donne la préférence au chlorure de zinc pour la destruction des cancers; vous pouvez l'employer sous forme de pâte ou sous forme de flèches. S'il s'agit de cautériser une surface, vous préparez une pâte avec parties égales de chlorure de zinc pulvérisé et de farine en ajoutant un peu d'eau, et vous l'appliquez sur la surface ulcérée. Si vous voulez cautériser plus profondément, vous faites délayer une partie de chlorure de zinc dans trois parties d'eau, vous l'étendez sous forme de gâteau et vous faites sécher ; cette masse se laisse facilement diviser avec un instrument tranchant. Vous coupez avec un couteau de petits cylindres pointus, épais de 5 millimètres à 1 centimètre, vous faites avec une lancette étroite une ponction dans la tumeur, et vous y enfoncez la *flèche caustique;* vous répétez cette opération, jusqu'à ce que la tumeur soit farcie de ces flèches qui peuvent être à une distance de 2 centimètres l'une de l'autre. Après cette cautérisation on observe pendant quatre à cinq heures une douleur modérée (qui peut cependant devenir très-violente, lorsque la pâte est molle), et le jour suivant vous trouvez la tumeur transformée en une eschare blanche. Cette dernière se détache au bout de cinq à six jours, un peu plus tôt lorsque les tumeurs sont molles, et plus tard lorsqu'elles sont dures. Après la chute de l'eschare, si la cautérisation a été poussée assez avant dans les tissus sains, on trouve une plaie couverte de bourgeons charnus de bonne nature et qui se cicatrise bientôt; si la masse carcinomateuse se montre de nouveau, on répète la cautérisation avec la pâte ou les flèches.

On peut toujours reprocher à ces cautérisations d'être quelquefois très-douloureuses et d'un effet incertain, car on ne sait jamais jusqu'où s'étend l'action du caustique, cependant il y a des cas, je vous l'ai dit, où l'on peut les mettre en usage. — D'autres caustiques sont beaucoup vantés : la pâte de Vienne, la pâte arsenicale, le beurre d'antimoine, le chlorure d'or, etc.; on se sert plus rarement de l'iodure de potassium, de l'acide chromique, de solutions concentrées de chlorure de zinc, d'acide nitrique fumant, d'acide sulfurique, etc.

Je vais encore vous donner quelques conseils sur le traitement local des ulcères cancéreux, lorsqu'ils ne se prêtent plus ou ne se sont jamais prêtés à une opération. Il y a des cas inopérables, où la végétation des masses cancéreuses sur la plaie fait une saillie énorme, fatigue beaucoup les malades et les épuise; dans ce cas on peut faire des cautérisations partielles, soit avec les caustiques, soit avec le fer rouge; par la destruction palliative des masses végé-

tantes on arrive quelquefois à des résultats tout à fait satisfaisants. L'indication principale du traitement de ces malades est fournie par la décomposition qui se fait à la surface des ulcères et qui est souvent d'une fétidité horrible; dans quelques, cas c'est la douleur qui l'emporte sur les autres symptômes. Pour tarir la sécrétion de mauvaise nature, le fer rouge rend fréquemment de très-bons services; on diminue encore la fétidité par des compresses imbibées d'eau chlorurée, de vinaigre de bois purifié, de créosote, etc.; le mieux est de couvrir toute la surface avec du charbon finement pulvérisé. Le charbon, comme vous l'avez appris en chimie, absorbe facilement les gaz et peut être parfaitement employé dans ces cas. Malheureusement il salit tellement les ulcères qu'on n'y a pas recours aussi souvent qu'on voudrait. Quant aux douleurs dans les tumeurs carcinomateuses ulcérées, on les a combattues localement par les narcotiques; par exemple, on a saupoudré les surfaces avec de l'opium; cependant les narcotiques pris à l'intérieur agissent toujours plus sûrement, et l'on finit toujours par revenir à la morphine pour soulager ces pauvres malades; cependant on pourrait essayer dans ces cas les injections sous-cutanées de morphine. Je vous recommande principalement la persévérance dans les soins à donner à ces pauvres malheureux et dans les efforts que vous tentez pour calmer leurs souffrances; j'avoue qu'il est pénible pour le médecin de pouvoir être si peu utile dans ces cas, mais il ne nous est pas permis d'abandonner ces patients à leur triste sort.

CINQUANTIÈME LEÇON

CARCINOMES (SUITE).

Cancers médullaires. — 1. *Cancers médullaires* par excellence. Localisation. Marche. — 2. *Tumeurs mélanotiques.* Marche. Composition anatomique. Localisation. — Opération. — Quelques courtes observations sur le diagnostic clinique des tumeurs.

Tumeurs à croissance rapide et à caractère très-infectieux; développement souvent simultané de beaucoup de tumeurs de même nature, toujours très-molles. — Cancers médullaires.

Si j'avais à vous faire un cours d'anatomie pathologique, je ne citerais les cancers médullaires que comme sous-genre des sarcomes, des lymphomes et des carcinomes, car sous le point de vue purement anatomique et surtout sous le point de vue histologique ces tumeurs ont la structure, soit de l'une, soit de l'autre des tumeurs sus-mentionnées. Mais comme dans une exposition clinique nous devons principalement avoir en vue la marche et tout l'ensemble de la maladie, nous sommes obligé d'établir ce quatrième groupe. D'après un caractère tout à fait extérieur, nous divisons les tumeurs de cette catégorie en *cancers médullaires par excellence* et en *cancers médullaires pigmentés* ou *mélanoses.*

1. — *Cancers médullaires. Sarcomes et carcinomes médullaires. Fongus médullaires. Encéphaloïdes.*

Si nous considérons les caractères anatomiques de ces tumeurs dans leur forme pure, nous trouvons qu'elles sont faciles à reconnaître à leur mollesse, à la couleur d'un blanc pur ou grisâtre de leur surface de section, qui est d'ordinaire complétement homogène comme la substance blanche du cerveau; la couleur peut devenir d'un rouge de sang par la grande richesse en vaisseaux telle que nous l'observons dans l'encéphalite (*fongus hématode*); cependant les cancers médullaires ne sont pas ordinairement très-vascularisés. Non-seulement ils se distinguent presque toujours des parties saines environnantes par leur grande mollesse, mais ils en sont encore parfaitement séparés par une enveloppe fibreuse; le tissu se laisse quelquefois séparer en faisceaux dans une