

donné de leur évolution, être confondues avec le carcinome. La ponction, l'absence de transparence, la douleur, la présence de racines divergentes, séparent nettement les tumeurs kystiques simples et les abcès.

Le lipome, remarquable par son indolence, se développe plus lentement; le fibrome n'a jamais de propagation ganglionnaire; le chondrome, parfois un peu transparent, a un siège spécial, apparaît à un âge différent et présente des bosselures plus dures et des inégalités.

Nous n'avons pas de caractères distincts bien nets entre le carcinome, le sarcome, l'adénome et l'épithéliome. Sans doute, le sarcome s'accompagne fort rarement de l'engorgement ganglionnaire, ainsi que l'adénome; mais ce n'est pas un fait absolu, et au début du carcinome l'infection lymphatique n'existe pas encore. Aussi faut-il pour chaque région procéder à un examen différentiel complet, passer en revue les tumeurs analogues et les éliminer successivement. Alors toutes les considérations étiologiques, les symptômes, la marche, les antécédents, l'hérédité même pourront intervenir utilement pour éclairer le diagnostic. Quant à la ponction avec le trocart à curette, qui permet d'examiner des parcelles de la masse, elle rendra quelquefois des services.

Il n'est pas moins difficile de différencier les diverses espèces de carcinomes, surtout à leur première période. La consistance dure du squirre, son petit volume, ses racines profondes, la présence de dépressions et de sillons dans le squirre atrophique, lui donnent une physionomie spéciale. Les carcinomes colloïdes deviennent plus gros que les autres et ont une consistance plus molle dès le début; enfin la coloration spéciale du carcinome mélanique constituera un signe très utile quand elle sera perceptible.

Pronostic. — La guérison spontanée du carcinome est tellement exceptionnelle qu'on peut la mettre en doute. On en a cité quelques cas après gangrène du néoplasme; outre que ces faits sont rares, le diagnostic n'était pas toujours établi d'une façon rigoureuse. Aussi pouvons-nous, avec tous les auteurs, considérer le pronostic du carcinome comme extrêmement grave et presque constamment fatal. Le carcinome opéré de bonne heure peut ne pas récidiver, ou bien la récidive n'apparaît qu'après un laps de temps de plusieurs années, ce qui constitue un bénéfice réel et un stade d'arrêt dans la marche de l'affection; mais le plus souvent le néoplasme se reproduit *in situ* dans les ganglions du voisinage ou dans une autre région.

Ces tumeurs récidivent sur place, car, malgré tout le soin apporté par le chirurgien dans l'ablation, il arrive que des trainées ou des prolongements éloignés lui échappent. Ce fait est surtout vrai pour les tumeurs qui prennent naissance dans des organes ou des régions mal définis (parois du rectum). Cependant, d'après les recherches de BROCA, PAGET, SIBLEY, GROSS, même dans les cas de récidive, les carcinomes opérés tuent moins vite que ceux qui sont abandonnés à leur évolution naturelle. Pour cette raison et pour d'autres (troubles fonctionnels et mécaniques), les carcinomes viscéraux inopérables amènent plus rapidement la mort.

Le pronostic varie encore beaucoup suivant le siège de la tumeur, l'importance fonctionnelle de la région. L'encéphaloïde marche plus vite que le squirre, en particulier que le squirre atrophique. Le carcinome mélanique est de tous

le plus redoutable. L'âge exerce également une influence sensible; le carcinome du jeune âge évolue plus rapidement que celui de l'âge mûr.

Traitement. — Le traitement est médical ou chirurgical.

Le traitement interne, vanté de tout temps, n'a aucune efficacité démontrée. Parmi les milliers de remèdes plus ou moins rationnels qui, tour à tour, ont été préconisés par des spécialistes, les moins mauvais, comme la ciguë, l'arsenic, l'iodure de potassium, les sels de cuivre, d'or, les alcalins, échouent uniformément dès qu'on les emploie régulièrement. La méthode antiphlogistique de VALSALVA et de BROUSSAIS, la méthode débilitante de POUTEAU, qui pensait diminuer les cancers en les affaiblissant, n'ont plus de partisans. Peut-être faudrait-il faire une exception au milieu de cette proscription générale pour les préparations phosphorées.

Bien autrement utile est le traitement palliatif externe, à la condition qu'il ne soit pas trop excitant, et à ce propos nous ne saurions assez nous élever contre l'emploi de la teinture d'iode, dont l'effet est d'irriter la tumeur ou les ganglions et de concourir à leur évolution rapide. Ulcéré ou non, le néoplasme doit être garanti contre toutes les irritations externes, pansé avec soin, et ne jamais être soumis à des pressions intempestives. Les seules préparations locales utiles sont les narcotiques et les anesthésiques dans le but de combattre la douleur, les hémostatiques contre les pertes de sang, puis les désinfectants pour pallier un peu l'odeur si nauséabonde de l'ichor carcinomateux, qui infecte facilement toute une salle et contribue beaucoup à altérer la santé du malade.

Enfin, il est presque inutile d'ajouter que tous les médicaments dont dispose la thérapeutique pour relever ou maintenir la santé générale doivent être mis à contribution.

Traitement chirurgical. — Les moyens chirurgicaux se divisent en deux groupes. Les uns ont pour but de s'opposer au développement de la tumeur; les autres s'adressent au tissu du néoplasme pour le détruire et l'extirper.

Les résolutifs peu actifs présentent quelquefois des dangers; la compression elle-même, outre son inefficacité, n'est pas toujours inoffensive. Les courants électriques, malgré les résultats favorables de NETTEL (de New-York), loin de faire disparaître le carcinome, contribuent à activer l'évolution. Les réfrigérants sont seulement utiles comme anesthésiques. La ligature des artères de la région, dans le but d'amener l'atrophie du néoplasme, n'a pas donné de brillants succès, et il faut la réserver comme opération hémostatique préliminaire dans l'extirpation de certains néoplasmes (cou, langue). Les injections interstitielles de liquides (sels de zinc, de fer, acide acétique, etc., nitrate d'argent) ne sauraient avoir la prétention de modifier la structure de la tumeur; elles agissent comme les caustiques dont nous parlerons bientôt, sans valoir mieux qu'eux. Il en est de même du suc gastrique du chien; appliqué localement, ce moyen paraît avoir donné des résultats à plusieurs chirurgiens italiens et allemands, en détruisant la tumeur de la surface à la profondeur, à la façon des caustiques.

Moyens destructeurs. 1° Caustiques. — Le fer rouge n'agit pas assez profondément pour servir utilement comme moyen de destruction.

Les caustiques chimiques sont d'un emploi vulgaire et contribuent pour une large part aux succès éphémères des guérisseurs de cancers. On a eu aussi recours aux pâtes arsenicales, la pâte de Vienne, l'acide azotique, le nitrate acide de mercure, le beurre d'antimoine et surtout le chlorure de zinc en solution ou sous la forme de pâte de Canquoin. HAUSMANN préconise la solution de potasse au millième, avec laquelle on touche la surface du carcinome tous les quarts d'heure. A l'aide de ces divers agents, on peut pratiquer la cautérisation en nappe (carcinomes ulcérés), la cautérisation linéaire, ou bien on larde la base de la tumeur avec des flèches contenant le caustique.

La cautérisation est une méthode lente, douloureuse, qui ne met pas à l'abri des complications opératoires, et dont il est très difficile de diriger l'action; elle dépasse les limites du mal ou elle ne les atteint pas, et ne peut s'appliquer qu'aux petites tumeurs; elle produit dans les parties profondes une prolifération active et donne un véritable coup de fouet au néoplasme. Malgré cela, elle compte des partisans. Il faut la réserver pour compléter une extirpation que l'on soupçonne imparfaite dans le cas de récurrence.

2° *Extirpation, ablation ou amputation.* — Suivant les régions envahies, la nature de l'organe et l'intégrité de la peau, on pratique l'extirpation ou l'amputation. Ces opérations se font aujourd'hui à l'aide du bistouri, qui permet mieux qu'un autre moyen de juger des limites de la tumeur; on se sert aussi du thermo-cautère, mais ses avantages hémostatiques, assez restreints d'ailleurs, ne compensent pas le défaut de cacher au chirurgien la structure des parties sectionnées. L'écraseur linéaire est souvent employé pour enlever en dehors des limites du mal un organe très vasculaire, comme le pénis ou la langue. Les sections doivent être faites largement, bien en dehors du néoplasme, et toute portion douteuse doit être sacrifiée. Il serait même utile de porter sous le microscope un peu du suc provenant du râclage des points douteux abrasés à nouveau.

Quelles sont les limites de l'intervention? Quels carcinomes faut-il enlever? Tout le monde s'accorde pour opérer, quand le sujet est sain, la tumeur accessible, et si l'on ne court pas le risque d'exposer le malade à des complications plus redoutables que le mal lui-même. Quand le néoplasme est circonscrit, peu volumineux, lorsqu'il n'y a pas encore d'engorgement ganglionnaire ou que les ganglions isolés, peu nombreux, mobiles, peuvent être facilement extirpés, l'intervention est également indiquée. De plus, il faut alors se hâter, car chaque jour perdu ôte quelque chance à l'opération. En outre, on ne doit pas opérer quand l'ablation du carcinome, trop volumineux ou trop étendu, nécessiterait une perte de substance irréparable. Dans tous les cas où il y a un commencement de généralisation, un état de santé mauvais, des ganglions très nombreux, surtout quand ils se continuent dans le thorax ou l'abdomen et sont inaccessibles, il faut s'abstenir. La même conduite s'impose également lorsque les tumeurs sont multiples, l'une d'elles étant profonde, ou bien lorsqu'on a la certitude de prolongements hors de la portée des instruments, ce qui arrive assez fréquemment pour le rectum.

Enfin, chez les personnes très âgées qui portent des carcinomes indolents à marche lente, comme le squirre atrophique, mieux vaut les abandonner.

Les carcinomes inopérables peuvent cependant nécessiter certains traitements palliatifs qui ont pour but d'arrêter les hémorragies, de diminuer les douleurs et souvent aussi de rétablir les fonctions compromises par les progrès du néoplasme. C'est dans ce dernier but que, depuis plusieurs années, on a essayé avec quelque succès, à l'étranger principalement, des opérations diverses sur le tube digestif (colotomie, gastrostomie, œsophagotomie), la ligature des artères afférentes, l'extirpation partielle (pharynx, larynx, langue).

La question du traitement du carcinome a été récemment encore mise à l'ordre du jour, en 1882, au dixième congrès des chirurgiens allemands. ESMARCH a posé un certain nombre de problèmes auxquels plusieurs chirurgiens ont répondu en publiant leurs statistiques. Voici quelles sont les questions posées et l'opinion de LANDSBERGER, qui a centralisé les travaux de WINIWARTER, HENRY, OLDEKOP, SPRENGEL, KÆSER, FISCHER.

1° Quel résultat a-t-on à attendre du traitement des tumeurs malignes par le bistouri? Quelle influence ont le stade auquel on opère (dégénération secondaire des ganglions, récurrence, etc.) et la méthode opératoire (extirpation complète de l'organe malade, amputation dans les parties saines, enlèvement simultané de la peau sus-jacente, etc.) sur le résultat?

2° Quel résultat donne le traitement des tumeurs malignes par les caustiques ou le râclage avec application consécutive du fer rouge? Y a-t-il des caustiques qui détruisent les éléments du néoplasme sans attaquer les tissus sains?

3° Quel résultat donne le traitement des tumeurs malignes par l'électrolyse?

4° Quel résultat donne le traitement des tumeurs malignes par l'emploi des injections parenchymateuses ou l'insertion de substances médicamenteuses?

5° Quelle influence ont le régime et la médication interne sur la marche des tumeurs malignes?

6° Y a-t-il des moyens de ralentir l'accroissement des tumeurs malignes (glace, compression)?

7° Quelles sont les influences qui favorisent l'accroissement des tumeurs malignes (cataplasmes chauds, cautérisations superficielles, médications débilantes)?

8° Dans les cas non opérables, par quels moyens peut-on diminuer la douleur des patients?

9° L'intervention opératoire prolonge-t-elle ou raccourcit-elle la durée de la vie des malades?

Les auteurs qui ont apporté des travaux en réponse à ces questions de premier ordre prennent surtout pour type le carcinome. Il nous serait impossible d'entrer ici dans le détail des résultats fournis par cette sorte d'enquête encore incomplète, et nous aurons maintes fois l'occasion de revenir sur ces différents problèmes en étudiant la pathologie des régions. La plupart des auteurs ont eu principalement en vue le carcinome du sein, et c'est à la solution de la première et de la dernière question qu'ils ont accordé la plus grande importance. Il ressort de leurs statistiques, très utiles à consulter, que la guérison est possible. On l'a constatée dans la proportion de 5 à 12 0/0. Mais hâtons-nous de dire que l'on considère comme guérison l'absence de récurrence.

dans les trois années qui suivent l'opération. Les chances sont plus grandes lorsqu'on enlève de bonne heure, prématurément en quelque sorte, suivant le conseil de KIRMISSON et d'autres auteurs, les ganglions correspondants. Ces statistiques montrent, en outre, que l'intervention, loin d'être inutile, prolonge sensiblement l'existence des opérés. Ainsi, pour le cancer du sein, les femmes opérées vivent en moyenne trente-six à trente-neuf mois au lieu de vingt-sept mois, durée moyenne de la vie chez les femmes non opérées.

CHAPITRE V

TUMEURS DES AUTRES TISSUS PRIMITIFS

§ 1^{er}. — Chondrome

SYNONYMES. — Enchondrome

Bibliographie. — CRUVEILHIER, *Anat. path.*, 1828, t. II, et *Anat. path. génér.*, t. III, p. 779. — MULLER, *Ueber den feinen Bau*, etc., Berlin, 1838. — HERZ, *Dissertatio*, Erlangen, 1843. — RAUGE, *Dissertatio*, Halis, 1848. — FICHT, *Ueber das Enchondrome*, 1850. — BURNETT, *Arch. gén. de méd.*, 4^e série, t. XXX, 1852. — NÉLATON, *Gaz. des Hôp.*, 1855, p. 37, 49. — ROBIN, *Union médicale*, 1857. — FÖRSTER, *Wiener med. Wochens.*, 1858. — DOLBEAU, *Arch. gén. de méd.*, 1858, 5^e série, t. XII, et *Gaz. hebdom.*, 1858. — *Moniteur des Hôp.*, 1859. — *Le Progrès*, 1859-1860. — *Gaz. des Hôp.*, 1860. — DAUVÉ, *Soc. de chir.*, 1861. — WARTMANN, Thèse de Genève, 1880. *Anal. in Revue de HAYEM*, t. XIV, p. 452.
Thèses de Paris. — 1856, FAYAU. — 1857, FAVENC. — 1873, ADAM. — 1876, PLANTEAU — 1878, WALSDORF.
Voir la Bibliographie générale.

Définition. — On donne le nom de *chondrome* ou *enchondrome* à des tumeurs formées par le tissu cartilagineux; ces produits accidentels ne prennent jamais naissance sur un cartilage préexistant, ce qui les distingue des *enchondroses*.

Anatomie pathologique. — Toutes les variétés du cartilage normal (cartilage hyalin, muqueux, fibreux), et de plus une espèce qui existe chez certains céphalopodes (tête du calmar) dont les cellules anastomosées ne sont pas renfermées dans des capsules, peuvent se rencontrer dans les chondromes. Ce sont des néoplasmes d'une dureté variable, d'ordinaire contenus dans une coque fibreuse, composés les uns et les autres par une membrane cellulo-fibreuse, sorte de périchondre dans lequel rampent les vaisseaux. D'ailleurs ces tumeurs sont très peu vasculaires et les filots cartilagineux ne le deviennent qu'en subissant la médullisation comme dans l'os normal. Ce travail ramène le cartilage à l'état embryonnaire, ramollit la portion centrale du néoplasme pen-

dant que celui-ci continue à s'accroître par sa périphérie, sous la forme d'une coque bosselée, dure. Le développement des chondromes est donc périphérique et les cellules cartilagineuses les plus grosses se trouvent vers le centre où se fait la médullisation.

Les recherches récentes de WARTEANN ont confirmé la nature conjonctive du chondrome déjà admise par VIRCHOW; mais cet auteur pense, en outre, que ces tumeurs peuvent dériver de l'épithélium des vaisseaux et des cavités lymphatiques contenues dans le tissu conjonctif.

Les auteurs admettent un grand nombre de variétés de chondromes, suivant qu'ils sont uni ou multilobés, qu'ils contiennent du tissu embryonnaire, du tissu fibreux; ils décrivent les chondro-sarcomes, fibro-sarcomes, etc., pro-

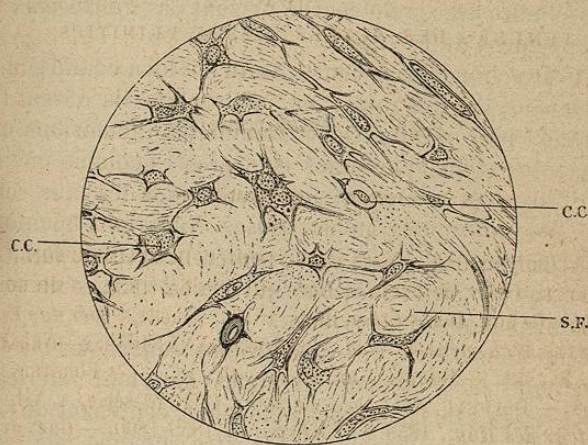


Fig. 14. — Coupe d'un chondrome.
S.F., stroma fibroïde. — C.C., capsules cartilagineuses contenant une ou deux cellules.

duits morbides complexes dont l'étude ne doit pas être confondue avec celle du chondrome pur et dont la malignité est bien différente.

On décrit généralement avec le chondrome pur, le chondrome des glandes, produit hétérotopique par excellence, bien que par plusieurs caractères il diffère notablement du chondrome des os.

Siège des chondromes. — Les os seraient le siège de prédilection des chondromes; on les y rencontre trois fois plus souvent que dans les parties molles; viennent ensuite la parotide et le testicule dans lesquels ces néoplasmes ne sont pas rares; au contraire ils ont été observés exceptionnellement dans le poumon, le tissu cellulaire, les muscles.

Parmi les os, les phalanges des doigts (médius) et des orteils, les métacarpiens sont les plus fréquemment affectés; le chondrome se rencontre encore dans le tibia, au fémur, aux maxillaires, à l'os iliaque, dans les vertèbres. Il en existerait deux variétés distinctes, suivant que la tumeur a pris naissance dans l'os, tissu spongieux ou moelle, ou bien dans la couche la plus profonde du périoste. Aux premiers on a plus spécialement réservé le nom