

III

Tumeurs malignes. — Cancer.

A. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Sous le nom de *cancers*, avons-nous dit plus haut, on comprend en clinique des affections de nature histologique différente, mais ayant comme caractères communs « la marche envahissante, la tendance à la récurrence après ablation, l'invasion des ganglions lymphatiques, enfin la généralisation aux viscères ».

A côté du carcinome prennent place les *sarcomes*, observés exceptionnellement comme tumeurs autochtones de l'intestin puisque, dans un travail récent, il a été possible d'en réunir seulement 14 cas.

Le cancer, rare dans l'intestin grêle, devient plus fréquent dans le gros intestin à mesure que l'on se rapproche du rectum où il atteint son maximum de fréquence¹. Le plus souvent *primitif*, il est parfois aussi le résultat de l'envahissement d'un cancer voisin (utérus, estomac, vessie, etc.).

Ces notions de *siège* et d'*origine* sont utiles à rappeler au point de vue du diagnostic et du traitement. On ne peut guère en effet songer à intervenir très activement dans les cas de *cancer secondaire*. Par contre, l'*entérectomie* peut fournir des résultats satisfaisants quand elle est pratiquée pour un cancer primitif au début, conservant encore le caractère d'une affection locale ou du moins localisée. *Pouvoir faire un diagnostic précoce serait donc de toute importance*. Malheureusement dans cette première période appelée avec raison *latente*, les néoplasmes restent ordinairement silencieux ou ne déterminent que des troubles trop peu marqués pour déceler leur vraie cause.

1. Cette localisation serait un effet de l'irritation des parois intestinales produite par la stagnation des matières fécales devenues de plus en plus dures à mesure qu'elles se rapprochent de l'extrémité inférieure du tube digestif.

A la *période d'état* le cancer peut continuer à se développer, pendant un temps plus ou moins long, sans provoquer des troubles suffisamment caractérisés pour susciter les préoccupations du malade et l'amener à prendre l'avis d'un médecin. Il n'est pas rare alors que le cancer se révèle brusquement en déterminant une occlusion aiguë contre laquelle il importe d'agir sans retard.

Ce sont en général des phénomènes de dyspepsie intestinale ou gastro-intestinale, de coprostase, d'obstruction lente, des douleurs abdominales sourdes avec exacerbations plus ou moins localisées, des modifications des selles, qui éveillent l'attention, surtout quand ces symptômes coexistent avec un certain degré de dépérissement. L'exploration méthodique minutieuse de l'abdomen et du rectum s'impose alors¹. Elle peut ne fournir qu'un résultat négatif, et c'est par exclusion qu'on arrive au diagnostic, ou bien elle confirme les soupçons.

Il reste dans ce dernier cas à préciser la valeur séméiologique des symptômes au point de vue de la nature de la tumeur et des indications thérapeutiques. Or, ce n'est pas le point le moins délicat du problème. Peut-être dans un avenir prochain la difficulté pourra-t-elle devenir moindre, grâce aux perfectionnements apportés à l'exploration des cavités splanchniques par les rayons de Röntgen. Actuellement, elle n'est d'ordinaire tranchée que par la laparotomie exploratrice.

Enfin, à une période plus avancée, on peut avoir à combattre les complications (hémorragies, perforations, péritonite) auxquelles ces tumeurs malignes donnent naissance et qui constituent des éléments d'indications spéciales.

Il n'est pas facile, on le voit, d'intervenir en parfaite connaissance de cause contre le cancer intra-abdominal. Aux diverses phases de son évolution, la thérapeutique médicale et chirurgicale ont chacune leurs indications. Nous les résumerons dans les propositions suivantes :

1. Voir pour le diagnostic précoce du cancer du rectum : QUÉNU. — Étude clinique sur le cancer du rectum. *Rev. de chirurgie*, janvier 1897, p. 3. — Diagnostic du cancer du rectum. *Abeille médicale*, 8 mai 1897, p. 143.

1° *Au début*, le *traitement chirurgical* (entérectomie) peut sinon être réellement *curatif* du moins enrayer la maladie pour un temps assez long.

2° A la *période d'état*, si l'altération locale est étendue, l'état général déjà atteint, l'acte chirurgical ne saurait plus être que *palliatif*. Le traitement devient alors *symptomatique*. On répond aux indications immédiates par la thérapeutique médicale et par la création d'un anus iliaque, dès que cette opération s'impose.

3° A la période de *généralisation* et dans les *cancers récidivés*, le *traitement médical* est seul indiqué.

Puisque tout au début, le traitement chirurgical est susceptible d'avoir un rôle important, nous en dirons quelques mots avant d'exposer le traitement médical dont nous avons à nous occuper plus spécialement.

B. — TRAITEMENT CHIRURGICAL

Pour avoir quelques chances de succès, la cure radicale du cancer doit être tentée à une période aussi rapprochée que possible du début. Le mode d'intervention varie suivant que l'on est en présence d'un cancer du rectum ou d'un cancer intra-abdominal.

1° Cancer du rectum.

L'amputation par l'anse galvano-caustique conseillée par Verneuil, Trélat, donne de bons résultats « dans les cancers de l'extrémité inférieure du rectum, bien circonscrits, bien mobiles, limités aux tuniques de l'intestin et sans aucune propagation aux ganglions. » Pour les cancers plus étendus en hauteur ou plus voisins de l'S iliaque, la plupart des chirurgiens déconseillent l'extirpation totale et préconisent la création d'un anus artificiel. Kocher, Bardenhauer, Kraske, Terrier ont indiqué des procédés opératoires permettant d'aborder ces cancers plus facilement, en supprimant le coccyx

ou en s'ouvrant une voie à travers le sacrum. Tout récemment enfin, Quénu a indiqué une « Nouvelle technique opératoire pour l'amputation du rectum cancéreux¹ » destinée à favoriser l'accès de ces parties élevées du rectum par la face antérieure; elle aurait l'avantage, d'après l'auteur, de pouvoir être pratiquée avec une asepsie parfaite et de nécessiter des sacrifices plus restreints du squelette.

Assurément ces grandes opérations bien réglées ne sont plus aussi périlleuses que jadis; elles permettent d'oser maintenant ce qui aurait été considéré comme trop téméraire il y a peu d'années encore². Suivant les conditions du cas actuel, le chirurgien décidera la conduite à tenir. Nous n'avons pas à discuter cette question; toutefois il nous sera permis de faire remarquer que les contre-indications à l'intervention, formulées par de nombreux chirurgiens dans certains cas de cancer, ne tiennent pas seulement aux risques et difficultés de l'opération, mais surtout à la nature de la maladie. Les objections opposées un peu plus loin à l'intervention dans le cas de cancer intra-abdominal pourraient aussi être formulées à l'égard des tentatives de cure radicale des cancers élevés du rectum. « Les avantages espérés sont le plus souvent théoriques, disent Forgue et Reclus, et les opérations radicales ne le sont trop souvent que de nom; le mal récidive, et avec une extrême facilité³. »

2° Cancer intra-abdominal.

La résection de l'anse envahie exige une laparotomie préalable. Il n'est pas besoin d'insister sur la gravité de l'opération. Il y a une quinzaine d'années, dans une revue générale

1. QUÉNU. — *Société de chirurgie*, 25 février 1897. *Presse médicale*, 1897, p. xc.

2. Voir aussi la communication suivante qui vient de paraître au moment où nous corrigeons ces épreuves : Recherches pour remplacer le sphincter anal après l'extirpation du rectum. (Méthode de GERSUNY par PRUTZ et discussion, *Congrès allemand de chirurgie*, 1897, *Médecine moderne*, p. 324.)

3. FORGUE et RECLUS. — *Traité de Thérapeutique chirurgicale*, 1892. Vol. II, p. 771.

sur l'entérectomie, Bouilly¹, après avoir déclaré que les indications des opérations pratiquées pour la résection d'un segment d'intestin sur lequel s'est développé un néoplasme semblent fournir large matière à discussion, posait nettement la question d'intervention dans les termes suivants :

« De deux choses l'une : ou bien ce cancer ne détermine que des troubles médiocres et il faut le laisser évoluer, si sa présence n'a pas été reconnue à la seule époque où son ablation pourrait donner une survie relativement tranquille et prolongée, c'est-à-dire dès son début, lequel n'est jamais connu ni constaté; ou ce cancer donne lieu aux accidents de l'obstruction intestinale, et dans ce cas, s'il faut agir, comment procéder? A la période où il n'est plus permis de méconnaître l'existence d'un cancer, l'opération est trop grave pour l'incertitude et la médiocrité du résultat. » En cas d'intervention, Bouilly se prononçait en faveur de la colotomie lombaire et de l'anus iliaque, « qui n'entraînent pas la redoutable alternative de vaincre pour peu de temps ou de faire mourir tout de suite ».

Depuis le moment où étaient donnés ces conseils inspirés par une saine critique, les choses ont-elles bien changé? La chirurgie abdominale, grâce aux méthodes antiseptiques plus rigoureuses et à certains perfectionnements de la technique opératoire, tend à restreindre les contre-indications de l'intervention active. Malgré les recherches de Rommelaere sur la valeur sémiologique de la diminution de l'excrétion de l'urée urinaire dans les cas de tumeur abdominale — valeur sémiologique sur laquelle nous nous sommes cru autorisé à faire des réserves², que l'expérience a confirmées — la première difficulté reste toujours celle d'un diagnostic précoce, permettant de faire l'ablation du cancer en temps utile.

D'après les recherches de Duplay et Savoyre³ l'on ne pour-

1. BOUILLY. — *Revue de chirurgie*, 1881, p. 50.

2. MOSSÉ. — *Congrès pour l'avancement des sc.*, Toulouse, 1887, et *Soc. de méd. et de chir. prat. de Montpellier*.

3. DUPLAY et SAVOYRE. — *C. R. Académie des sciences*, 7 décembre 1896, CXXII, p. 1009.

rait non plus, pour arriver au diagnostic, faire grand fond sur l'augmentation de la toxicité urinaire ni sur la présence d'une ptomaine spéciale décrite sous le nom de *cancérine* ($C^8H^5Az.O^5$). Griffith¹ qui l'a trouvée dans l'urine d'un sujet atteint de cancer utérin la regardait comme caractéristique des urines émises par les sujets frappés d'une affection cancéreuse.

Quant à l'intervention opératoire à la période où le diagnostic n'est que trop certain, les opinions des chirurgiens sont partagées à cet égard et parfois diamétralement opposées. Forgue et Reclus acceptent sans restriction la manière de voir de Bouilly. Bacqué² croit qu'il faut attendre des résultats plus encourageants que ceux donnés actuellement par la statistique avant de recommander l'intervention chirurgicale. Boiffin au contraire est partisan de l'intervention active et rapide. L'entéro-anastomose (opération de Maisonneuve modifiée par Chaput)³ serait dans la plupart des cas l'opération de choix pour le cancer intestinal⁴.

En présence d'opinions aussi divergentes, il paraît sage d'attendre que les statistiques fassent apprécier d'une manière ferme si la survie et l'état du malade après le succès opératoire justifient l'intervention chirurgicale ou s'il ne vaut pas autant épargner au patient une grave opération qui, en plus des dangers immédiats qu'elle entraîne, ne permet pas d'espérer une amélioration réelle et d'une durée suffisante.

C. — TRAITEMENT MÉDICAL

Il a pour but de combattre les accidents locaux déterminés par la présence des néoplasmes, de prévenir ou pallier leur retentissement sur l'état général. Il comprend donc des indi-

1. GRIFFITH. — *Ibid.*, CXVIII, p. 1350.

2. BACQUÉ. — *Th. de Paris*, 1893.

3. CHAPUT. — *Arch. gén. de médecine*, 1891, p. 583-687.

4. BOIFFIN, à qui elle a fourni un assez beau succès dans un cas où la tumeur trop volumineuse pour être enlevée dut être laissée dans l'abdomen, conseille de pratiquer cette opération le plus vite possible. (*Revue de chirurgie*, 1893.)

cations générales et locales que nous grouperons comme suit :

1° *Nutrition*. — A. — Maintenir les fonctions menacées du tube digestif en facilitant : a) le travail de la digestion ; b) la progression et l'évacuation du résidu.

B. — Empêcher les fermentations anormales et les phénomènes d'auto-intoxication.

C. — Soutenir les forces de l'organisme et si possible enrayer l'évolution du processus.

2° *Accidents locaux*. — Combattre la douleur, les hémorragies et les diverses complications intercurrentes.

1° Régime alimentaire et hygiène.

Le régime lacté est le régime de choix. Le lait facilement assimilable, introduisant peu de micro-organismes dans l'intestin et ne laissant qu'un faible résidu, constitue ici, comme dans bien d'autres affections du tube digestif, l'aliment de première utilité. Tant que les autres aliments sont bien supportés on ajoutera des œufs, — le jaune surtout qui contient les matières grasses à l'état d'émulsion, — des consommés, des viandes légères, des peptones, les extraits et jus de viande, des poudres alimentaires¹, quelques légumes. Le pain et les purées en petite quantité, les fruits mûrs ou bien cuits peuvent être aussi autorisés avec la recommandation d'éliminer les pépins, noyaux, etc., qui, avalés, facilitent la production d'accidents divers (douleurs, hémorragies, occlusion) par leur arrêt au niveau des néoplasmes. Comme boisson : l'eau ordinaire, filtrée, les eaux minérales alcalines, la bière, les vins légers naturels, la tisane de *condurango*.

D'une façon générale, le régime alimentaire doit être composé de manière à contenir sous un petit volume des substances facilement assimilables, ne laissant qu'un faible résidu et peu

1. Voir une récente revue sur la valeur relative de l'extrait de viande, des peptones et des albumoses dans l'alimentation des malades ; d'après les travaux de VOIR et les dernières publications allemandes par ROMME. (*Presse médicale*, 10 mai 1897, p. 210.)

susceptibles de donner naissance à des fermentations nocives. D'après Ashton et Mollière¹, le plus souvent dans les cancers de l'intestin les fonctions de l'estomac sont altérées et il importe de surveiller sa faiblesse irritable, même lorsque le néoplasme siège dans le rectum.

L'alimentation ainsi réglée, en donnant naissance à un moindre résidu, facilite indirectement l'exonération alvine. Mais il est utile dans bien des cas d'avoir recours aux précautions directes qui empêchent la coprostase et préviennent la constipation.

Les poudres laxatives, les purgatifs légers sont alors indiqués pour amener des selles molles plutôt que de vraies purgations. Dans une autre partie de cet ouvrage² nous avons déjà donné une liste de nombreuses substances ou préparations médicamenteuses utilisées dans ce but et mentionné les doses auxquelles il convient de les prescrire.

Les agents absorbants qui empêchent le météorisme et la distension de la tunique musculaire, les lavements froids (méthode de Krüll), les lavages de l'estomac qui réveillent d'une façon plus ou moins indirecte les mouvements péristaltiques peuvent devenir d'utiles auxiliaires. Si l'obstruction devient menaçante, dans le cas de tumeur située assez bas sur le côlon ou sur l'S iliaque, on doit chercher à conjurer le danger en provoquant une débâcle au moyen des injections poussées à travers une longue sonde ou des irrigations de l'intestin (Dauriac et Lesage).

S'il s'agit d'un cancer du rectum, la coexistence d'hémorroïdes douloureuses vient trop souvent augmenter la tendance à la constipation résultant de la gêne mécanique due à la présence du néoplasme. En dehors de l'emploi des médicaments et agents laxatifs ordinairement employés pour remédier à cet état, il faut alors insister auprès du malade pour qu'il observe les règles de l'hygiène spéciale que l'on pourrait appeler

1. MOLLIERE. — Traité des maladies du rectum et de l'anus, p. 580.

2. Fascicule XI, p. 300.

« l'hygiène du rectum » résumées au chapitre : « Hygiène des hémorroïdaires¹. »

2° Médication antiseptique.

Contre l'auto-intoxication que le ralentissement puis la stase du résidu de la digestion et la présence du carcinome rendent imminente, l'on emploie les agents ordinaires de l'antiseptie intestinale (*naphtol*, *benzo-naphtol*, *charbon*, *magnésie*, etc.). Les lavements et les lavages, dont nous avons indiqué plus haut l'efficacité pour réveiller la contractilité intestinale et entraîner mécaniquement les matières stagnantes, ont aussi leur place indiquée comme antiseptiques. Il est bon dans ce cas de se servir de l'eau bouillie seule et mieux additionnée d'*acide borique* (2 ou 3 p. 100); ou bien encore additionnée d'*alun*, de *sulfate de fer*, d'*eau de Pagliari*, s'il existait un suintement sanguinolent. Le *permanganate de potasse* (1 gr. p. 1000) est avantageusement employé, dans les lavages du rectum, pour déterger les surfaces sanieuses et combattre l'odeur repoussante qui incommodé péniblement le patient et son entourage.

Dans toutes ces manœuvres, il faut avoir présent à l'esprit que les tuniques intestinales sont altérées, le néoplasme parfois ramolli, ulcéré, saignant, et qu'on doit soigneusement éviter tout traumatisme, tout effort intempestif pour forcer le passage rétréci. La sonde aseptisée, enduite de vaseline ou d'un corps gras aseptique, sera introduite avec douceur, et, si on éprouve de la résistance, guidée sur le doigt aussi loin que possible.

3° Médication tonique et reconstituante.

Les agents de la médication analeptique et reconstituante *coca*, *kola*, *quinquina*, *glycéro-phosphates*, vins généreux, vin de Champagne, préparations *arsenicales*, etc., en un mot tous les

1. Voir *Fascicule XI*, p. 314.

médicaments destinés à relever la nutrition languissante, fournissent au praticien le moyen de varier la médication pour soutenir l'énergie défaillante.

Agents médicamenteux dits spéciaux. — On a avancé que l'*arsenic*, utile comme modificateur de la nutrition générale¹, était susceptible d'agir sur le tissu néoplasique du cancer. Cependant on ne connaît pas de guérison avérée du cancer par l'usage interne de ce médicament et les auteurs allemands, les plus favorables à cette médication, déclarent qu'il faut le réserver pour les cancers inopérables (Esmarch, Billroth, Bergmann).

Un certain scepticisme, trop justifié par l'expérience, s'impose d'ailleurs à l'égard des médicaments recommandés comme susceptibles d'exercer une action efficace sur le cancer. Toutefois, nous rappellerons les bons résultats que Brissaud a obtenus avec le *chlorate de soude* à la dose de 8 à 16 grammes par jour, dans le traitement du cancer de l'estomac². Administré en injections et à l'intérieur, ce sel aurait aussi donné de très appréciables résultats contre le cancer de l'utérus³. On

1. Après avoir été d'un usage très répandu dans le traitement local des épithéliomas et cancroïdes superficiels, l'arsenic était maintenant délaissé depuis un certain temps. ČERNÝ et TRUNEČEK, de l'Université tchèque de Prague, viennent d'en préconiser à nouveau l'emploi. (Guérison radicale du cancer épithélial. *Sem. médicale*, 1897, p. 161.) De l'aveu des auteurs, le badigeonnage des épithéliomas superficiels avec une mixture alcoolique est assez douloureux. Nous signalons ici ce travail, afin que le praticien puisse, s'il le croit utile, en cas de cancer du rectum situé assez bas, faire des badigeonnages avec cette mixture préconisée par ces auteurs et dont voici la formule :

℥ Acide arsénieux pulvérisé	1 gramme.
Alcool éthylique	} āā 75 grammes.
Eau distillée	
M. s. a.	

Le titre de la solution est porté à 1 pour 100 et même à 1 p. 80, si l'eschare produite devient assez épaisse au cours de la médication. D'une façon générale, les badigeonnages dans le cancer du rectum constituent une méthode palliative dont on ne peut espérer de résultats bien efficaces.

2. BRISSAUD. — *Association pour l'avancement des sciences (C. R. du Congrès de Besançon, 1893, Vol. I, p. 310.)*

3. DUVRAC. — *Th. de Paris, 1896.*