

Les veines se laissent plus facilement pénétrer par le tissu morbide. La tumeur adhère d'abord à la veine et l'use peu à peu, puis, à un certain moment, l'épithéliome est en contact avec le sang veineux. Il y a là un mode d'infection que nous retrouverons plus fréquemment dans l'histoire du cancer.

Les lymphatiques sont de bonne heure envahis par les éléments de l'épithéliome, soit que cette tumeur verse dans leur cavité un blastème liquide, soit que des corpuscules épithéliaux s'introduisent dans ces vaisseaux. Dans les deux cas, on voit les ganglions devenir un foyer de développement pour ces tumeurs.

Les nerfs et les tissus fibreux résistent longtemps à la pénétration des éléments d'un épithéliome, mais à la fin ils sont envahis, et les os eux-mêmes n'échappent pas à ces désordres. L'élément morbide pénètre par les canaux de Havers, suivant la direction des vaisseaux; de petits tubes de cellules épithéliales pressées les unes contre les autres s'enfoncent dans ces canaux et les distendent jusqu'au point où des lamelles de leurs parois se séparent de l'os. C'est ainsi qu'on peut expliquer la présence de petits fragments osseux dans les liquides exsudés par un épithéliome adhérent aux os.

Toutes les tumeurs épithéliales ne reproduisent pas le même type de structure, et l'on a pu constater quelques variétés intéressantes dans ce pseudoplasme: ces variétés proviennent, soit d'altérations dans le nombre ou la qualité des éléments anatomiques fondamentaux, soit du mélange avec des éléments accessoires. Ainsi, on a vu dans quelques cas d'épithéliome les corpuscules spécifiques diminuer notablement de quantité, et ne se trouver que sur certains points très-peu nombreux de la tumeur. Ailleurs, ces corpuscules avaient perdu leur forme pavimenteuse pour prendre l'aspect de corps allongés, étroits, qui ressemblaient aux éléments fusiformes du tissu fibro-plastique. Les éléments qui se mêlent, mais rarement, aux corpuscules de l'épithéliome, sont ou des *éléments fusiformes*, ou des *granulations mélaniques*.

L'épithéliome s'accompagne de deux lésions de fréquence très-inégale: l'*infection ganglionnaire* et l'*infection viscérale*.

Nous savons déjà que les ganglions sont fréquemment atteints dans l'épithéliome; mais les données statistiques ne nous renseignent pas tout à fait sur ce degré de fréquence. Si quelquefois l'engorgement ganglionnaire est de nature inflammatoire, le plus souvent il procède d'une véritable infection. J'ai quelques raisons de penser que le mode le plus commun de cette infection ganglionnaire consiste dans la pénétration des éléments anatomiques de l'épithéliome dans les vaisseaux lymphatiques. Les ganglions infectés prennent tout à fait l'aspect de l'épithéliome confirmé. J'ai vu deux fois un fait assez rare: ce sont des kystes séreux développés dans des ganglions qui correspondaient à des ulcérations d'un épithéliome (1).

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, t. V, p. 235.

L'infection viscérale, bien plus rare, puisque Heurtaux n'a pu en réunir que huit cas, est en général précédée d'une véritable cachexie. On a trouvé des tumeurs épithéliales dans le foie, dans les poumons, dans la rate, dans le pancréas, le cœur, les os, et ces tumeurs avaient la même structure que celles développées au siège primitif du mal. Cette grande rareté de l'infection épithéliale, puisqu'on n'en peut rassembler aujourd'hui que huit cas, suffit à établir déjà une remarquable différence entre ces tumeurs et le cancer.

Un coup d'œil général sur le développement de l'épithéliome y fait découvrir plusieurs périodes bien distinctes. Au début, les tissus qui vont devenir le siège du mal éprouvent un trouble particulier de nutrition qui donne lieu à la genèse d'éléments qui ont la plus grande analogie avec ceux de l'épithélium pavimenteux. Plus tard, ces éléments nouvellement créés s'infiltrèrent dans les tissus, s'y accumulent, et enfin finissent par s'y détruire par le mécanisme de l'ulcération. Ces trois phases du mal sont des plus distinctes sur plusieurs points d'une pièce anatomique. Là on trouve des corpuscules qui se réunissent pour comprimer et détruire la trame des tissus; plus loin, ces éléments sont accumulés dans des alvéoles et forment un détritit d'un blanc jaunâtre caséux; enfin, sur d'autres points, la genèse d'éléments nouveaux, leur ramollissement, ont servi à ulcérer les téguments à travers lesquels on voit sortir des masses d'une matière jaunâtre qui ressemble à du mastic.

Du côté des ganglions, des phénomènes analogues se manifestent; la coque fibreuse ganglionnaire résiste pendant quelque temps, puis elle finit par se rompre. Le détritit est évacué au dehors, et laisse à sa place une cavité de grandeur variable. On pourrait croire que, grâce à ces phénomènes de destruction, la maladie guérira toute seule; mais il n'en est rien, parce que la lésion marche toujours plus vite que la destruction.

**SYMPTOMATOLOGIE.** — Nous venons de faire l'histologie de l'épithéliome; il faut maintenant le reconnaître sur le vivant, et montrer encore qu'il a une symptomatologie distincte.

L'affection qui nous occupe débute, avec des allures bénignes, sous la forme de papilles hypertrophiées, d'un dépôt squameux, d'une fissure, d'un petit tubercule, d'un noyau d'induration un peu rouge, fendillé, recouvert d'une croûte sèche et plus ou moins épaisse. Cela peut durer ainsi plusieurs années sans produire autre chose qu'un léger prurit qui porte le malade à se gratter. La croûte épidermique est souvent détachée dans ce frottement intempestif, et la surface morbide, mise à nu, laisse parfois écouler un peu de sang.

Les papilles hypertrophiées ou les granulations de l'épithéliome font saillie à la surface des téguments; leur couleur est grisâtre ou rosée, et sur certains points on constate des lignes plus sombres formées par des capillaires dilatés; enfin une plaque épidermique recouvre complètement ces papilles. Dans d'autres cas, le début du mal s'annonce par le développement d'une squame épithéliale, d'épaisseur variable, au-dessous de

laquelle la surface est molle, inégale et fendillée. Quand la lésion élémentaire consiste en un tubercule dermique, on trouve dans l'épaisseur de la peau une masse le plus souvent dure, résistante. Dans quelques cas, enfin, on a vu l'épithéliome débiter par une fissure à bords durs et coupés à pic. Cette dernière disposition paraît n'être que le résultat d'actes physiologiques; aussi n'observe-t-on guère ces fissures de l'épithéliome qu'au voisinage des orifices naturels, aux lèvres par exemple.

Le plus souvent on ne découvre qu'un seul épithéliome au début de la maladie; les cas de tumeurs épithéliales primitivement multiples sont très-rares, mais, lorsque la lésion est déjà avancée, on voit quelquefois autour de l'ulcération primitive des noyaux indurés de la même nature.

A son début, l'épithéliome n'occasionne qu'un léger picotement; mais il est rare de voir le malade s'abstenir de tout attouchement sur la tumeur, et par cette excitation, trop souvent réitérée, le mal fait des progrès. Ainsi l'épithéliome grossit, il se vascularise; sa surface s'excorie, se fendille davantage, sécrète en plus grande abondance, enfin l'ulcération finit par s'établir. Le mal met un temps très-variable à parcourir ces différentes phases, mais sa propagation n'en est pas moins constante et se fait d'ailleurs de différentes façons.

L'ulcération de l'épithéliome est irrégulièrement découpée sur ses bords, tantôt taillés à pic, tantôt inclinés vers le fond, qui est creux ou couvert de bourgeons charnus. Elle laisse suinter une petite quantité d'une humeur claire et citrine, qui se concrète sous forme de squames cireuses, quelquefois colorées en noir par quelques gouttes de sang. La couleur de cet ulcère varie du gris pâle au rouge brun, suivant le degré de vascularité des parties. A mesure que la maladie fait des progrès, les liquides rejetés au dehors sont plus abondants, plus fétides, et souvent il se mêle à eux une matière caséuse, jaunâtre, disposée en grumeaux qui sont composés des cellules que nous avons déjà décrites.

L'épithéliome cutané, d'abord superficiel, gagne peu à peu les couches profondes, et sa base indurée finit par adhérer aux parties sous-jacentes, comme les os. Le tissu osseux envahi par l'épithéliome est mis à nu, et le stylet découvre facilement cette nouvelle altération. Quand la maladie arrive à cette période, le patient accuse souvent de très-vives douleurs.

Tous ces caractères de l'épithéliome ne se rencontrent pas également dans tous les cas: là on observe surtout le développement de bourgeons de mauvaise nature, tandis que sur d'autres points l'ulcération rongé les tissus sans produire de végétations.

Les épithéliomes des autres régions du corps se présentent à peu près avec les mêmes caractères que l'épithéliome cutané. Ainsi les épithéliomes des muqueuses se montrent soit sous la forme de tumeurs papillaires, soit sous celle de tubercules. Les épithéliomes papillaires sont quelquefois très-développés et riches en vaisseaux, comme ces longues végétations épithéliales qu'on voit au niveau du col utérin.

C'est dans la langue et au rectum qu'on observe le plus souvent la forme

tuberculeuse de l'épithéliome. On trouve alors dans l'épaisseur du derme muqueux, ou au-dessous de lui, une plaque ou un noyau dur, qui s'ulcèrent ou se déchirent facilement. L'ulcération dans ce cas n'est pas couverte de croûtes, parce qu'elle est toujours dans un milieu humide.

La marche des épithéliomes est en général d'une assez grande lenteur, et les cas d'épithéliome aigu, comme celui d'une malade qui eut tout le pavillon de l'oreille détruit en deux ou trois semaines par ce pseudoplasme, sont très-rares; mais ces tumeurs sortent souvent de leur état stationnaire par des irritations exercées sur elles, soit de la part du malade, soit de la part du chirurgien. Ainsi s'explique l'ancien nom *noli me tangere* appliqué à ces tumeurs.

On observe encore des différences dans la marche des épithéliomes, suivant le siège de la tumeur. Les épithéliomes du nez et des joues marchent très-lentement, ceux de la lèvre inférieure progressent plus vite; l'épithéliome limité aux papilles a une marche bien plus calme que celui de la profondeur du derme, qui ne rencontre plus de résistance dans les tissus sous-jacents.

Ces tumeurs persistent souvent assez longtemps sans produire de phénomènes morbides généraux; mais si l'épithéliome siège au pourtour de la bouche, par exemple, les liquides purulents versés dans cette cavité altèrent l'économie, et peuvent tuer les malades par une sorte d'infection putride. C'est alors qu'on voit ces malheureux, objet de dégoût pour ceux qui les approchent, perdre tour à tour le sommeil, l'appétit, et succomber dans le marasme.

Jusqu'alors la maladie est restée locale, mais elle s'étendra au reste de l'économie. Cette infection commence par les ganglions lymphatiques avant d'amener la cachexie ou, très-rarement à la vérité, la généralisation du pseudoplasme dans les viscères.

L'engorgement ganglionnaire, dans l'épithéliome, se montre à une époque plus ou moins éloignée du début du mal. On a vu de ces tumeurs qui dataient de plusieurs années et ne s'accompagnaient d'aucun désordre du côté des ganglions. Mais en général plus l'épithéliome a une marche rapide, plus promptement il est suivi d'un engorgement ganglionnaire, comme aux lèvres par exemple. Cet engorgement est la conséquence de l'infiltration du ganglion par des éléments puisés dans la tumeur primitive; mais ce dépôt ganglionnaire devient aussi la source de productions cellulaires nouvelles, et c'est ainsi qu'on voit des tumeurs dans les ganglions dépasser d'un grand nombre de fois le volume de la tumeur primitive.

Les épithéliomes ganglionnaires consécutifs sont à leur début de petites tumeurs dures, qui soulèvent à peine la peau dont la couleur n'est point changée. Mais peu à peu ces ganglions se ramollissent, la peau rougit, s'ulcère, et par l'ouverture une matière jaunâtre, en grumeaux, s'écoule au dehors. Cette excavation a désormais tous les caractères des ulcérations de l'épithéliome dont nous avons parlé. Elle devient à son

tour le point de départ d'engorgements ganglionnaires nouveaux et de désordres plus profonds qui entraînent la mort.

Ces désordres sont de diverse nature. Le malade, sous l'influence d'une suppuration longue et fétide, perd ses forces, maigrit profondément, devient d'un jaune terne très-intense, et meurt alors épuisé par la douleur ou l'infiltration œdémateuse des tissus. Très-rarement, avons-nous dit, cette cachexie profonde est dominée par la formation d'épithéliomes multiples dans les viscères. Quelquefois les malades succombent à des désordres tout spéciaux, tels que ceux dont on comprend facilement la nature, dans les épithéliomes du larynx par exemple; d'autres fois la mort arrive par certains accidents, comme l'érysipèle, qui n'est pas rare autour des épithéliomes, ou l'hémorrhagie, dont j'ai déjà dit quelques mots à l'article *Anatomie pathologique*.

Les épithéliomes ne disparaissent jamais spontanément. Les très-rare observations de guérison spontanée qu'on a citées sont des cas où la gangrène a envahi, en partie ou en totalité, l'épithéliome; mais cette gangrène n'a été qu'un temps d'arrêt dans le développement de la maladie, qui a toujours suivi fatalement sa marche.

ÉTILOGIE. — La cause de ces tumeurs est inconnue; mais on a constaté, au point de vue étiologique, quelques faits dont il est bon de tenir compte. Ainsi il est hors de doute que certaines parties du corps ont le triste privilège d'être souvent le siège de l'épithéliome; la peau, et surtout la peau de la face, est plus particulièrement envahie que d'autres organes. A la face, c'est la lèvre inférieure qui est le plus souvent atteinte: sur 70 cas d'épithéliome des lèvres réunis par Heurtaux, on trouve 62 cas à la lèvre inférieure, 6 à la lèvre supérieure et un à la commissure. — La paupière inférieure est, comme la lèvre inférieure, plus spécialement envahie. Sur 49 cas d'épithéliome des paupières, il existe 12 cas pour la paupière inférieure, 4 cas pour la paupière supérieure et 3 pour les commissures.

Ce pseudoplasme a son maximum de fréquence de quarante à cinquante ans, et le sexe masculin compte un plus grand nombre de malades atteints d'épithéliome que le sexe féminin; mais il faut dire que les hommes sont plus exposés que les femmes à certaines causes qui, au milieu d'une constitution prédisposée, font naître cette lésion. Sur 207 cas de cette maladie, on a pu compter 151 hommes et 56 femmes seulement (Heurtaux). Le sexe paraît avoir aussi une grande influence sur le siège de la tumeur: ainsi on a rassemblé 55 cas d'épithéliome de la lèvre inférieure chez l'homme contre 6 cas seulement chez la femme. La lèvre supérieure était atteinte 4 fois chez la femme et 2 fois seulement chez l'homme, mais ces derniers chiffres sont trop petits pour avoir quelque importance. L'épithéliome de la langue paraît aussi bien plus fréquent chez l'homme, car sur 47 cas on trouve 46 hommes.

L'épithéliome existe plus souvent dans les classes pauvres, chez les individus malpropres et les habitants des campagnes, que chez des personnes placées dans des conditions inverses.

Mais il y a pour le prépuce et les lèvres deux causes spéciales souvent invoquées, et dont il faut dire quelques mots. L'épithéliome du prépuce est provoqué, selon Hey, Roux, etc., par la présence d'un phimosis congénital. Cette tumeur se rencontre en effet particulièrement chez les hommes atteints de cette difformité. Sous l'influence du phimosis, l'extrémité du gland et l'ouverture préputiale sont soumises à une irritation continue produite à la fois par le séjour de la matière sébacée, de quelques gouttes d'urine, etc., et par une compression anormale. Mais comme ce cancroïde n'arrive que tardivement chez les individus atteints de phimosis congénital, il faut admettre encore une cause antérieure prédisposante.

La grande fréquence de l'épithéliome de la lèvre inférieure chez l'homme s'explique bien, selon quelques chirurgiens, par l'habitude de fumer; et cette opinion a été de nouveau soutenue par Bouisson avec un grand nombre de faits dans un travail très-intéressant (1). Le contact prolongé d'un corps chaud, comme le tuyau de ces pipes courtes qu'on nomme des *brûle-gueule*, peut être sans doute une cause déterminante du travail morbide qui amène l'épithéliome; mais, d'autre part, on est obligé de reconnaître que parfois cette lésion des lèvres survient chez des individus qui n'ont jamais fumé, ou bien débute sur des parties de la lèvre qui n'ont point été en contact avec le tuyau de la pipe.

La rareté de l'épithéliome des lèvres chez la femme semble trouver sa raison d'être dans l'absence de cette condition invoquée pour l'homme. Afin de m'éclairer à cet égard, j'ai interrogé un médecin qui a eu souvent l'occasion de voir et de traiter des femmes qui habitent le littoral de la Bretagne et fument habituellement des pipes à tuyau court. Le docteur Morvan (de Lannilis), chirurgien très-distingué, m'a dit avoir vu seulement quatre femmes atteintes de cancroïde à la lèvre inférieure; deux fumaient régulièrement, une autre n'avait jamais fumé, et la dernière n'avait fumé que deux fois. Mais il n'y a pas là un nombre de faits suffisant pour étayer une opinion sur ce point de doctrine.

J'admets donc seulement que l'action de fumer dans une pipe à tuyau court est chez quelques individus une cause prédisposante de l'épithéliome; mais cela n'explique pas encore pourquoi la lèvre inférieure est surtout atteinte. Rigal (de Gaillac) a cru avoir trouvé la cause de ce fait dans une disposition des dents provoquée par l'action de la pipe. Le tuyau de la pipe, dit-il, use la dent sur laquelle il repose; cette dent, ordinairement la canine, devient très-pointue, et dans les mouvements des lèvres elle vient saisir la lèvre inférieure et la contondre; de là une irritation continue qui amène l'épithéliome. Mais il faudrait encore démontrer pourquoi, si la muqueuse est souvent contusionnée par la dent, le cancer débute du côté de la peau. On a dit encore que la véritable cause de cet épithéliome était dans la contusion souvent répétée

(1) *Gazette médicale*, 1859, p. 492.

de la lèvre inférieure par l'introduction de la pipe ; mais c'est là une pure hypothèse.

Tout cela ne suffit pas pour expliquer la formation des épithéliomes ; on est seulement en droit d'admettre que ces lésions se développent à la suite de violences répétées chez des individus déjà prédisposés à la maladie.

L'hérédité, si incontestable pour le cancer, n'est pas établie pour l'épithéliome ; mais faisons toutefois remarquer que ce point de pathologie a été peu étudié.

DIAGNOSTIC. — Au début, l'épithéliome peut être confondu avec quelques autres maladies, comme certains ulcères scrofuleux ou syphilitiques, des noyaux du lupus, la kéloïde, de simples verrues, des plaies irritées et des kystes sébacés ouverts à l'extérieur ; mais c'est surtout avec le cancer qu'il est plus facile de le confondre.

Les ulcérations scrofuleuses chez les enfants sont superficielles, sans noyau induré sous-jacent, presque toujours multiples, et rarement placées dans les endroits qu'affecte de préférence l'épithéliome.

Certains ulcères syphilitiques, et en particulier le chancre induré, peuvent d'autant plus facilement en imposer pour un épithéliome, qu'on les trouve, comme celui-ci, à la verge, aux parties génitales externes de la femme, aux lèvres, etc. La confusion est d'autant plus facile, qu'on constate encore dans l'épithéliome, comme dans le chancre, une ulcération superficielle, sécrétant peu, recouverte de croûtes purulentes desséchées, reposant sur une base dure, et s'accompagnant presque toujours d'un ou de plusieurs ganglions engorgés. La distinction de ces deux lésions est souvent assez difficile, et l'on a vu enlever comme cancroïde un chancre induré du prépuce ou de la lèvre. Cependant il y a dans l'élasticité des deux tissus morbides une différence radicale ; il suffira d'avoir bien constaté une seule fois la résistance élastique du chancre induré pour ne plus la confondre avec celle de l'épithéliome.

On doit aussi trouver dans le développement rapide de l'induration, dans la prompte apparition d'un ganglion dur, dans la coexistence fréquente d'autres accidents syphilitiques, dans l'essai d'un traitement spécifique, des renseignements précieux pour établir le diagnostic. Le chirurgien qui enleva un chancre induré de la lèvre développé seulement depuis un mois aurait évité cette erreur, s'il avait su temporiser en soumettant son malade à l'essai d'une médication spécifique.

Les ulcérations tertiaires qui ont succédé à des gommages ramollies peuvent encore donner lieu à des erreurs de diagnostic ; mais on trouve dans le peu d'induration des bords, dans le développement d'autres accidents spécifiques, enfin dans l'action rapidement curative de l'iodure de potassium, des moyens de les éviter.

La forme, la multiplicité, la mollesse et la coloration des noyaux indurés du lupus ne permettent guère de confondre cette maladie propre aux jeunes sujets avec l'épithéliome. Il en est de même pour la kéloïde,

tumeur qui naît presque toujours sur une cicatrice, et qui, par l'état de sa surface et la lenteur de son ulcération, ne peut être prise pour la maladie que nous étudions.

Les kystes sébacés ouverts à l'extérieur et dont les produits sont desséchés ressemblent davantage à un épithéliome ulcéré et couvert de croûtes ; mais on puisera, pour ce diagnostic différentiel, quelques renseignements dans la connaissance de l'état antérieur. On saura que, dans le cas de kystes sébacés, il existait d'abord une tumeur arrondie, lisse, qui, au bout de quelque temps, s'est perforée et a donné naissance à ce qu'on observe maintenant.

Quant aux verrues, elles ressemblent quelquefois complètement à un épithéliome à son début, et c'est par la marche de la maladie qu'on pourra seulement établir des différences.

Certaines plaies, entretenues par des corps étrangers, ont souvent pris le caractère d'un épithéliome ulcéré. Ainsi, on a vu un fragment pointu de dent irriter le bord de la langue, et y développer une plaie fongueuse qu'on eût pu prendre pour une ulcération épithéliale : il n'en était rien, car l'extraction de la dent a suffi pour guérir cette plaie de mauvais aspect.

On peut confirmer le diagnostic par l'examen micrographique ; car dans le plus grand nombre des cas, il est possible d'enlever sans danger un petit fragment de la surface malade et de le soumettre au microscope. Or on ne confondra point les cellules larges, aplaties, munies d'un petit noyau, qu'on rencontre dans l'épithéliome, avec les cellules à gros noyau du cancer, ni avec les cellules fusiformes des tumeurs fibro-plastiques.

Je n'insiste pas sur le diagnostic des engorgements ganglionnaires de l'épithéliome ; il est malheureusement trop facile.

PRONOSTIC. — L'épithéliome est une affection grave, mais sa gravité est moindre que celle du cancer. Il n'altère la santé générale qu'après un temps souvent fort long, lorsqu'il a détruit une étendue assez considérable de tissus, et qu'il s'accompagne d'une suppuration abondante. Il paraît d'ailleurs moins dangereux dans certaines régions que dans d'autres : ainsi sur les différents points de la face, l'épithéliome est moins grave qu'aux lèvres, et cette gravité devient plus grande lorsqu'il passe des surfaces cutanées sur les surfaces muqueuses. L'épithéliome de la langue, par exemple, peut être rangé parmi les plus graves.

Les dangers que ce pseudoplasme fait courir au malade tiennent aussi aux récurrences assez fréquentes qu'on observe après son ablation. La proportion de ces récurrences n'est pas bien établie. Ainsi la statistique de Paget donne un plus grand nombre de récurrences que celle citée par Heurtaux dans sa thèse. Sur 202 faits, ce dernier n'a vu que 29 fois une récurrence sur place ; 5 fois la récurrence avait lieu dans les ganglions, 9 fois sur place et dans les ganglions, enfin une fois à distance ; mais cette proportion des récurrences me paraît trop médiocre. Dans quelques cas, les récurrences ont été très-nombreuses, et l'on a vu des malades subir ainsi une vingtaine d'opérations.

Quand la récidive arrive, elle se manifeste en général assez promptement, dans l'année qui suit l'opération. Mais il faut dire que ces fréquentes récidives tiennent moins souvent à la nature de la maladie qu'au mode opératoire suivi dans ce cas. Nous avons vu plus haut comment les corpuscules de l'épithéliome se répandent dans des tissus en apparence sains. C'est dans cette disposition qu'il faut souvent chercher la cause d'une récidive que l'on aurait évitée en enlevant une plus grande étendue de tissus.

Des faits assez nombreux établissent en effet la curabilité de l'épithéliome; mais, pour arriver à un résultat aussi heureux, il faut enlever le mal de bonne heure et assez largement, pour dépasser les prolongements épidermoïdes du tissu morbide dans les tissus sains.

TRAITEMENT. — Le chirurgien, dans certains cas, rares à la vérité, peut donner quelques conseils prophylactiques de l'épithéliome. Le plus important de ces conseils, c'est d'éviter les attouchements réitérés, les applications irritantes, sur ces boutons du visage qu'on suppose pouvoir devenir un jour le siège d'un épithéliome. L'opération du phimosis congénital, chez des individus qui portent cette infirmité depuis longtemps, doit aussi être prescrite à titre préventif. Enfin on doit indiquer à ceux qui fument des pipes à très-court tuyau les accidents auxquels les expose l'usage continuel de cette pratique.

Le traitement curatif de l'épithéliome ne dispose que de deux méthodes: l'ablation par le bistouri ou la ligature, et la destruction par les caustiques. Quel que soit le moyen mis en usage, il faut se rappeler que les ablations ou les destructions partielles ne font qu'exciter le mal et favorisent le développement du produit morbide. Deux grands chirurgiens du siècle dernier, Richter et Ledran, ont déjà très-nettement insisté sur ce précepte. Ainsi le chirurgien allemand établit d'abord que beaucoup d'ulcères des lèvres et de la peau, qui au commencement sont tout à fait bénins, ne prennent un mauvais caractère que par l'usage inconsidéré des caustiques. Il ajoute ensuite que le chirurgien doit avoir en vue par-dessus tout d'enlever la totalité des parties malades; car, selon lui, la plupart des récidives doivent être bien plus attribuées à l'omission de cette règle qu'à l'incurabilité de la maladie. Ledran est aussi explicite, et, d'après lui, le caustique ne peut convenir que si la tumeur est si petite, qu'une seule application puisse la détruire; car autrement il ne sert qu'à irriter et à faire dégénérer en cancer. L'opinion de Ledran fait bien comprendre qu'il sépare l'épithéliome du cancer; et, sans admettre la transformation de l'un dans l'autre, on sait aujourd'hui le sens qu'on doit attacher aux expressions de ce chirurgien. Les sages préceptes de Ledran doivent encore aujourd'hui servir de règle à notre pratique.

Si l'on fait usage des caustiques, il faut employer ceux qui ont une action assez énergique, et rejeter ceux qui, comme le nitrate d'argent, n'agissent que très-superficiellement; mais, parmi les caustiques forts, nous excluons ceux qui, comme la potasse, ont une action fluidifiante.

La pâte de Vienne peut être employée, mais nous lui préférons le caustique au chlorure de zinc, les préparations arsenicales, et le caustique sulfo-safranique de Velpeau. Quant au fer rouge dont Sédillot a vanté récemment l'emploi dans le traitement des cancroïdes, nous pensons qu'il n'a pas d'avantages réels, que les cicatrices fibreuses auxquelles il donne naissance ne sont point un rempart contre les récidives, enfin qu'il est d'une application peu commode. — Les caustiques peuvent être employés de deux façons: sur la tumeur même, ou autour de la tumeur.

Les applications de caustiques sur la tumeur se font différemment, suivant qu'on emploie l'un ou l'autre des agents que nous avons cités plus haut; nous y reviendrons plus loin à l'article CANCER. Au contraire, si l'on veut cerner par le caustique le produit morbide, il suffit d'enfoncer à sa circonférence de petites flèches d'une pâte sèche au chlorure de zinc; ces flèches, plongées dans des trous faits par le bistouri ou le trocart, forment une eschare qui isole les parties saines du produit morbide, et la chute de la tumeur se fait en même temps que la séparation de l'eschare.

L'extirpation de l'épithéliome par le bistouri est une bonne méthode opératoire, à la condition de s'écarter le plus possible du siège du mal. On ne peut pas formuler d'autre règle, car tout dépend ici de la disposition des parties. Si après l'extirpation on peut boucher par un lambeau autoplastique les surfaces mises à nu, on mettra le malade dans des conditions plus favorables encore à la guérison.

On a quelquefois combiné les deux méthodes. Ant. Dubois cautérisait assez souvent par un caustique arsenical la plaie qui résultait de l'extirpation d'un épithéliome par le bistouri.

Quel que soit le mode opératoire qu'on emploie, il faut préalablement explorer avec soin les limites de la région malade. Ainsi, on devra rechercher les saillies, les rougeurs du derme et les épaisissements de la couche épidermique; on examinera si l'épiderme se détache avec facilité de la peau sous-jacente; on explorera les divers prolongements sous-cutanés de la tumeur que l'œil n'aperçoit pas, mais que le doigt sent; enfin on examinera surtout les espaces cellulaires dans lesquels l'épithéliome suit en général une marche plus facile.

Si au moment de l'opération il existe déjà quelques ganglions engorgés, il faut les extirper en même temps que le mal primitif; mais tout cela est encore commandé par la disposition des parties. L'adhérence du tissu morbide aux os fait que le chirurgien doit surveiller avec attention le temps de l'opération où l'on détache l'épithéliome de l'os sous-jacent. On devra gratter avec une rugine les parties osseuses malades et ne s'arrêter que sur les parties saines.

Les récidives de l'épithéliome commandent l'opération au même titre que la tumeur originelle, car on a vu quelques-unes de ces tumeurs récidivées ne plus se montrer après deux ou trois opérations. Il est bien entendu que ces opérations secondaires ne seront pratiquées que dans les