

che envahissante : il y a d'abord une phase d'*extension discontinue*, puis une phase d'*envahissement ganglionnaire* et enfin une phase de *généralisation proprement dite*.

La tumeur détruit d'abord le tissu qui l'entoure et se substitue à lui ; — puis elle se propage par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques aux ganglions dont est tributaire la région envahie ; — enfin des nodules secondaires apparaissent dans les organes les plus divers : poumons, foie, tissu osseux, etc.

Il est admis aujourd'hui que la propagation aux ganglions

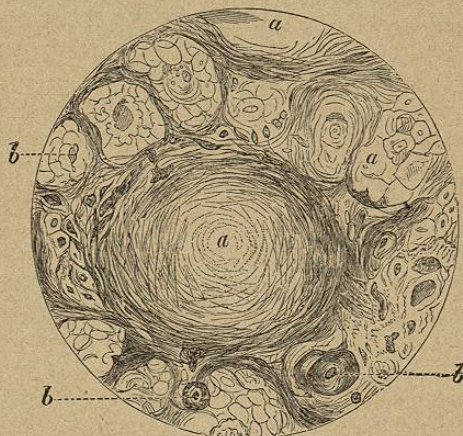


Fig. 49. — Coupe pratiquée sur un cancer colloïde (Fenwick).  
a, a, Grandes alvéoles ; b, b, Alvéoles plus petits.

et la généralisation à distance se produisent par le transport direct de cellules constituant de la tumeur primitive à travers le réseau lymphatique et le réseau veineux.

D'autre part, il est prouvé, comme nous l'avons vu plus haut, que les tissus envahis ne prennent aucune part directe à la constitution des foyers secondaires qui sont essentiellement formés par la prolifération des cellules néoplasiques émigrées.

Il s'ensuit « que les tumeurs secondaires sont toujours constituées par le même tissu fondamental que la tumeur mère ; mais il arrive souvent qu'elles ne le présentent pas à la même étape évolutive, et que, par là, leur structure générale apparaisse au premier abord plus ou moins différente. Il est de règle assez constante que les foyers secondaires présentent un tissu plus embryonnaire que le foyer primitif ; souvent aussi les nodules les plus récents sont en même temps les plus embryonnaires ». (L. Bard.)

**Altérations des carcinomes.** — Les *dégénérescences graisseuse, caséuse, calcaire* sont toujours partielles. — Des granulations graisseuses envahissent les cellules et les travées et leur donnent un aspect jaunâtre. — Si une partie de la tumeur cesse de recevoir une quantité suffisante de sang, elle devient *caséuse*, jaunâtre, se ramollit et peut disparaître en laissant une dépression à sa place. — La transformation *calcaire* est des plus rares.

L'inflammation est très fréquente : ainsi la surface d'un carcinome ulcéré est habituellement recouverte de bourgeons charnus, sécrétant du pus qui se mêle à l'ichor cancéreux et se concrète. La peau voisine est également le siège d'inflammations superficielles qui se passent dans les lymphatiques.

**Gangrène.** — Il survient souvent à la surface des cancers ulcérés un sphacèle partiel, sec ou humide, résultant d'inflammations ou d'oblitérations vasculaires.

**Étiologie.** — Le cancer règne avec une fréquence à peu près égale dans tous les climats, sous toutes les latitudes. La proportion des morts par le cancer serait de 8 à 12 pour 1000.

Il ne se montre jamais primitivement dans un organe dépourvu d'épithélium, mais tous les tissus épithéliaux de l'organisme, aussi bien les épithéliums glandulaires que les épithéliums de revêtement, peuvent représenter son point de départ.

**Age.** — Au dire de Lancereaux, il ne se montrerait jamais pendant la période d'accroissement de l'individu.

*Sexe.* — La femme y est plus prédisposée que l'homme, en raison de la prédilection du cancer pour l'utérus et le sein.

On admet généralement avec Verneuil, Bouchard, etc., que l'arthritisme représente un terrain spécialement favorable à l'éclosion de la néoplasie.

*Hérédité.* — Elle paraît avoir de l'influence; ainsi, sur 102 observations, elle a été rencontrée 14 fois (Lebert). Lorsque le cancer est héréditaire, il se montre souvent de très bonne heure et peut revêtir diverses formes: ainsi Broussais mourut d'un squirrhe du rectum; son fils, d'une tumeur colloïde du même organe.

*Violences.* — Les malades attribuent une grande importance à l'action des violences extérieures; et il semble incontestable que les contusions sont susceptibles de déterminer l'apparition du carcinome, chez les individus prédisposés.

*Contagion.* — Le cancer ne semble pas contagieux. On peut manier impunément les tumeurs cancéreuses, vivre avec les cancéreux. Les femmes atteintes de cancer utérin n'ont jamais communiqué le cancer à leurs maris. Albert, Bielt se sont inoculé du cancer, sans résultat. Pourtant on a vu, chez le même malade, se produire des auto-inoculations: par exemple, un cancroïde d'une des lèvres se greffer et se développer sur le point symétrique de l'autre lèvre. Enfin, Follin, Goujon, Reverdin, Hanau, Francotte et de Rechter, etc., ont réussi à inoculer du cancer aux animaux. Les recherches récentes, mais encore bien incomplètes, tendant à faire admettre la nature parasitaire du cancer, nous laisserons dans le doute la question de sa contagiosité.

*Symptômes.* — Quels que soient son siège (externe ou interne) et sa forme (encéphaloïde, squirrhe, mélanique), le carcinome présente dans ses symptômes, dans son évolution et dans ses conséquences, en un mot dans les grands traits de sa physionomie clinique, une constance et une uniformité qui le caractérisent nettement. Mais à côté de ces traits généraux se placent une foule de caractères de détail se rattachant, les uns au siège du cancer et, par suite, à l'existence ou à l'absence

de troubles fonctionnels, les autres à la forme du mal (encéphaloïde, squirrhe). Il est donc malaisé d'embrasser dans une description générale toutes les particularités se rattachant à l'histoire du carcinome.

Ces détails se trouvent à leur place dans la pathologie spéciale de chaque organe.

Nous allons donc seulement tracer les *grandes lignes* et revenir ensuite sur chaque symptôme.

La carcinome a des lieux de prédilection: — à l'extérieur, il frappe habituellement la mamelle, plus rarement le testicule et les membres; chez l'homme, l'épithéliome atteint fréquemment le visage; — à l'intérieur, il se développe habituellement dans l'estomac, le col de l'utérus, l'intestin, le foie, etc., plus rarement dans le cerveau, les reins, etc.

Que le carcinome soit externe ou viscéral, on peut admettre *deux périodes* dans son évolution: c'est du reste par une progression insensible qu'il passe de l'une à l'autre. — La première période s'étend depuis le début du carcinome jusqu'à son ulcération et l'apparition de cet état général qui est désigné sous le nom de cachexie cancéreuse. — La deuxième période commence au moment où le carcinome s'ulcère, envahit les ganglions, se généralise, au moment où l'organisme présente un affaiblissement spécial avec décoloration des téguments, et se termine par la mort.

*1<sup>re</sup> période.* — Quel que soit son siège, le carcinome débute d'une façon insidieuse par un changement dans la consistance du point envahi, c'est-à-dire par une tumeur, un bouton ou une plaque dure dont on s'aperçoit par hasard lorsqu'elle siège dans une région accessible à la vue et au toucher, et qui passe encore plus longtemps inaperçue lorsqu'elle siège sur un organe profondément situé. Dans ce dernier cas, elle détermine au bout d'un certain temps divers troubles fonctionnels: les uns se rattachant à la gêne ou à la compression mécanique produite par la tumeur (ex.: dysphagie dans le cancer de l'œsophage), d'autres, plus communs, à un afflux sanguin vers l'organe malade (ex.: hémorrhagies utérines, stomacales, se produisant longtemps avant que le cancer soit ulcéré).

Dans cette première période de son évolution, dont la durée est assez courte lorsqu'il s'agit d'un encéphaloïde (4 ou 5 mois environ), et peut se prolonger plusieurs années, s'il s'agit d'un squirrhe<sup>1</sup>, le carcinome se présente comme une maladie locale : c'est une induration, une tumeur, une plaque dure, à peu près indolente, à peu près libre, sans changement de couleur à la peau ; les ganglions auxquels aboutissent les lymphatiques de la partie malade ne présentent encore aucun engorgement. Si le carcinome est interne, il passe habituellement inaperçu, car les troubles fonctionnels sont peu accentués, peu caractéristiques, ou même ils font défaut. Seules les hémorrhagies ont plus de signification. L'état général n'est nullement altéré.

2<sup>e</sup> période. — Mais l'évolution du cancer étant fatalement progressive, il entre par une progression insensible dans sa seconde période : la tumeur augmente de volume, elle contracte avec les tissus voisins une *adhérence* très caractéristique, elle devient le siège de *douleurs* de plus en plus vives et même intolérables ; *les ganglions s'engorgent* et il existe quelquefois, entre eux et la surface d'origine de la tumeur, des cordons noueux qui représentent de véritables lymphangites cancéreuses ; la tumeur se ramollit, *s'ulcère* et devient le siège d'un *écoulement ichoreux* d'une odeur fétide, et, de temps à autre, d'hémorrhagies abondantes. Des tumeurs de même nature se développent dans les viscères.

Par une rare exception, on voit quelques cancers viscéraux qui restent toujours indolents.

Parfois la généralisation se présente sous la forme d'une multitude de nodosités disséminées dans la peau, dans les viscères, etc. : le foie, la rate et le poumon étant le siège de prédilection des noyaux secondaires. Il est à remarquer que les organes qui sont le plus souvent le point de départ de tumeurs primitives sont plus rarement atteints par les foyers secondaires.

1. On voit, surtout chez les vieilles femmes, des squirrhes du sein, atrophiques, se maintenir de longues années dans cette première période.

Le malade, de plus en plus affaibli, prend une *teinte jaune paille* caractéristique, ses extrémités s'infiltrent, ses digestions s'altèrent, et il finit par mourir dans un état d'épuisement complet, conservant jusqu'au dernier moment toute son intelligence et n'ayant point de fièvre, sauf parfois dans les derniers jours. Parfois la mort arrive plus tôt et elle est alors le fait tantôt d'une hémorrhagie, tantôt de l'obstacle apporté au jeu d'un organe indispensable à la vie (ex. : cancer d'un orifice stomacal, etc.).

Après ce tableau d'ensemble, il est peut-être utile de prendre à part les symptômes principaux du cancer et de donner quelques détails sur : *a*, les douleurs ; *b*, les adhérences ; *c*, la consistance ; *d*, l'infection ganglionnaire ; *e*, les hémorrhagies ; *f*, l'ulcération ; *g*, la cachexie.

a) *Douleurs*. — Elles ne manquent presque jamais ; mais leur intensité, très variable, va en augmentant. La tumeur est d'abord sensible, puis se manifestent des douleurs légères, intermittentes et graduellement vives, continues, atroces. Habituellement lancinantes, comparables à des piqûres d'épingle ou de canif, elles peuvent devenir gravatives et revêtir toutes sortes de formes ; elles sont limitées à l'organe ou s'irradient au loin. Ces irradiations sont liées à des compressions nerveuses, ou même à la dissociation des nerfs par la tumeur cancéreuse<sup>1</sup>.

b) *Adhérences de la tumeur*. — Un caractère très utile au diagnostic consiste dans la fusion intime que le cancer contracte avec toutes les parties voisines (parties molles, os, téguments, etc.), bien différent en cela des adénomes, fibromes, enchondromes, etc. Ces adhérences sont dues à l'infiltration des éléments du cancer dans les tissus normaux.

c) *Consistance de la tumeur*. — Au début, c'est une petite masse dure, pouvant offrir, dans le cas d'encéphaloïde, une certaine souplesse ; sa surface devient bosselée, irrégulière, d'une consistance inégale, certains points restant très durs

1. Charcot et Cazalis ont démontré qu'elles se rattachent souvent au développement de cancers secondaires dans les os.

tandis que d'autres se ramollissent. Il est certains cancers très vasculaires, dits hématomés, dont la mollesse simule la fluctuation ; ils présentent même des battements avec expansion et bruits de souffle ; ces cancers sont rares, on les a vus dans les os du genou, etc. Le squirrhe offre longtemps une dureté remarquable.

Dans la deuxième période de son évolution, le cancer se ramollit et s'ulcère.

d) *Infection ganglionnaire*. — Les ganglions qui reçoivent les lymphatiques de la région cancéreuse sont très rapidement envahis. Depuis que l'on admet l'abouchement des vaisseaux lymphatiques dans les alvéoles du stroma, il est aisé de comprendre la marche du suc cancéreux vers les ganglions. Bientôt toute la chaîne ganglionnaire se prend, un ganglion envahi devenant un foyer d'irradiations nouvelles.

Ces ganglions siègent souvent assez loin du cancer. Telles sont les adénopathies sus-claviculaires dans le cancer de l'estomac (Troisier).

e) *Hémorrhagies*. — Très fréquentes dans les encéphaloïdes, en raison de la structure des vaisseaux nouveaux et de la destruction de ceux de la région, elles expliquent l'augmentation rapide de certaines tumeurs, puis leur retrait par la résorption du sang épanché. Lorsque le cancer est ulcéré, elles peuvent, par leur abondance, compromettre la vie. On sait que ces hémorrhagies constituent un symptôme important des cancers internes (estomac, vessie, utérus, etc.).

f) *Ulcération*. — Après être resté pendant un certain temps à l'état de tumeur dure, le cancer se ramollit ; la peau, envahie par les éléments cancéreux, prend une teinte violacée, elle se détruit, disparaît, et laisse à nu une surface irrégulière, anfractueuse, d'où s'écoule un liquide sanieux, roussâtre, renfermant les éléments du cancer, des globules purulents, des corpuscules sanguins, etc. ; son odeur est repoussante et spéciale, c'est l'*ichor cancéreux*.

g) *Cachexie*. — Soit après, soit même avant l'ulcération, le malade maigrit. Épuisé par les douleurs, par les hémorrhagies, intoxiqué, il s'affaiblit, prend une *teinte jaune paille*

spéciale. Il peut survenir des *œdèmes partiels*, souvent localisés au membre abdominal gauche, et produits par la coagulation spontanée du sang (v. p. 473) ; d'après Lancereaux « les thromboses marastiques se produisent toujours au niveau des points où le liquide sanguin a le plus de tendance à la stase, c'est-à-dire à la limite d'action des forces d'impulsion cardiaque et d'aspiration thoracique ».

De nouveaux symptômes révèlent la *généralisation du cancer* et la production de tumeurs semblables dans le foie, les vertèbres, les poumons, le cerveau, etc. Au milieu de ces souffrances, l'intelligence reste intacte et la température normale.

La mort arrive par épuisement, hémorrhagie, et, plus souvent, par obstacle à l'accomplissement d'une fonction indispensable : c'est surtout fréquent pour les cancers viscéraux.

**Diagnostic.** — Voyez plus loin *Diagnostic des tumeurs*.

**Pronostic.** — *Maladie mortelle*. L'encéphaloïde est plus grave par sa marche rapide que le squirrhe, qui peut durer de longues années.

L'ablation du carcinome est suivie le plus souvent de récidives, mais au bout d'un temps plus ou moins long<sup>1</sup>. Les carcinomes externes sont, en raison de leur situation, moins graves que les carcinomes internes.

**Traitement.** — Lorsqu'un carcinome peut être extirpé en totalité, il faut l'opérer et enlever avec soin les ganglions douteux. Souvent on éloignera ainsi le terme fatal, on relèvera le moral du malade, on lui évitera de vives souffrances<sup>2</sup>.

L'extirpation peut être faite par le bistouri, le couteau ou l'anse galvanocaustique, l'écraseur linéaire ou la pâte de Canquoin.

1. On cite quelques cas très rares de cures radicales ; mais s'agissait-il de cancers ou de sarcomes ?

2. Quelques auteurs ont pensé que lorsqu'on pouvait, par une opération autoplastique, réparer la perte de substance, on éloignait la récidive, qui souvent, il est vrai, se montre sous les téguments voisins sous la forme de grosses verrues rouges.

Ajoutons qu'à l'intérieur on a essayé toute la matière médicale, surtout l'arsenic, le cacodylate de soude, la ciguë, le chlorhydrate de quinine, le chlorate de potasse, la levure de bière, l'adrénaline, etc. L'iodure de potassium doit toujours être employé pendant un certain temps, vu la similitude d'aspect qu'offrent parfois avec le cancer certaines tumeurs syphilitiques justiciables de ce médicament.

On a encore essayé les injections de suc gastrique, de liquides caustiques, la compression, la congélation, la ligature des artères qui alimentent la tumeur, les rayons de Röntgen, le tout sans succès.

#### DIAGNOSTIC GÉNÉRAL DES TUMEURS

Après l'étude détaillée des tumeurs, nous croyons utile de réunir dans une même description les grands traits qui ont conduit à les diviser en trois classes : *tumeurs bénignes*, — *tumeurs à pronostic variable*, — *tumeurs malignes*, et d'étudier, dans chacune de ces trois classes, les particularités spéciales aux tumeurs qui la composent.

#### 1<sup>re</sup> classe. — Tumeurs bénignes.

##### A. — Caractères généraux des tumeurs bénignes.

Lorsqu'une tumeur est encore à ses débuts, il est souvent difficile d'en préciser la nature, car les phases initiales de la plupart des tumeurs se ressemblent à peu de chose près ; mais cet embarras diminue au fur et à mesure que la tumeur, s'avancant en âge, revêt les caractères qui lui appartiennent en propre.

La nature d'une tumeur ne pourra donc être toujours établie de prime abord ; dans maintes circonstances, le diagnostic devra être réservé jusqu'à ce que le temps ait apporté avec lui sa lumière.

Les tumeurs bénignes se reconnaîtront à l'ensemble des caractères suivants :

1<sup>o</sup> *L'âge du malade* : malgré de nombreuses exceptions, on peut dire que les tumeurs bénignes se rencontrent de préférence dans l'enfance, la jeunesse et la première partie de l'âge adulte ; en un mot, qu'elles débutent ordinairement avant la quarantième année, tandis que les tumeurs malignes se développent surtout après cet âge.

2<sup>o</sup> *La durée de l'évolution* est un caractère bien plus important ; cette évolution est lente, d'une durée indéterminée lorsqu'il s'agit d'une tumeur bénigne.

3<sup>o</sup> *Les rapports de la tumeur avec les parties qui l'entourent* doivent être étudiés avec le plus grand soin ; car, tandis que les tumeurs malignes se fusionnent avec ces tissus, leur adhérent, les infiltrent de leurs éléments, les tumeurs bénignes refoulent les tissus qui les avoisinent ; elles restent libres au sein de la région ; on peut souvent les faire rouler sous le doigt ; la *peau* glisse à leur surface ; elle peut être distendue, amincie, rosée, lorsque la tumeur est très volumineuse ; mais, sauf ce cas, elle conserve sa souplesse et sa liberté.

4<sup>o</sup> *La consistance de la tumeur* est bien variable ; cependant les tumeurs bénignes sont en général souples, élastiques, fluctuantes, etc.

5<sup>o</sup> *L'état des ganglions lymphatiques* doit être interrogé avec le plus grand soin. Lorsque la tumeur est bénigne, les ganglions auxquels aboutissent les lymphatiques de la région occupée par la tumeur restent intacts ou, du moins, il est exceptionnel de les voir se tuméfier. Si, par exception, ils se gonflent, ce n'est pas au transport dans leur sein des éléments de la tumeur qu'il faut l'attribuer, mais bien à une simple irritation, la tumeur ayant agi à titre d'irritant vulgaire.

6<sup>o</sup> Les tumeurs bénignes sont *indolentes* par elles-mêmes ; elles ne gênent que par leur volume, leur poids et leur situation ; cependant elles peuvent comprimer les organes situés dans leur voisinage et déterminer des troubles fonctionnels nombreux et en rapport avec le rôle physiologique de l'organe comprimé.

7<sup>o</sup> *Ulcérations*. — Il se peut qu'une tumeur bénigne volumineuse détermine par pression une ulcération de la peau ;