

les tissus. Pour obtenir un véritable suc cancéreux, il faut gratter légèrement cette coupe avec un scalpel; l'instrument ramène alors une petite quantité d'un suc blanchâtre, miscible à l'eau : c'est le suc cancéreux du squirrhe; le microscope y révèle les éléments propres du cancer. Mais les cellules du squirrhe sont pour la plupart petites, irrégulières, aplaties en divers sens; beaucoup d'entre elles sont pourvues de prolongements; de là des cellules fusiformes, coudées, pyriformes ou même recourbées sur elles-mêmes; ces cellules sont abondantes et les noyaux libres en petit nombre.

Les éléments cancéreux sont renfermés dans une charpente fibreuse bien plus solide que celle de l'encéphaloïde. Ces mailles de la tumeur sont de véritables trabées fibreuses qui interceptent de très-petits espaces remplis eux-mêmes par des aréoles cellulaires qui logent les éléments cancéreux proprement dits. On peut donc concevoir le squirrhe comme un encéphaloïde qui serait considérablement divisé par des filaments fibreux résistants.

La disposition de la trame fibreuse varie. Tantôt ces stries fibreuses, opaques, partent toutes d'un centre et vont en divergeant vers la circonférence de la tumeur; on a donné à ces tumeurs dont la coupe rappelle celle du navet le nom de *squirrhe napiforme*. Tantôt d'autres fibres croisent les précédentes, et l'on obtient une disposition aréolaire (*squirrhe aréolaire*); parfois la structure fibreuse prédomine à un point tel, que la consistance devient ligneuse et que les éléments cellulaires s'effacent (*squirrhe ligneux*); enfin dans certains squirrhes il se forme des dépôts crétacés (*squirrhe pierreux*). On voit en résumé que le squirrhe ne diffère de l'encéphaloïde que par la prédominance de la charpente fibreuse et par une sorte d'arrêt dans le développement des éléments cellulaires du cancer.

Le squirrhe est remarquable par l'absence de vaisseaux sanguins au centre des tumeurs qu'il forme. Scarpa n'a pu injecter que le tissu cellulaire qui environne le squirrhe; Delpech n'a vu l'injection pénétrer qu'à deux ou trois lignes de profondeur; enfin, dans un cas où tous les capillaires étaient gorgés de sang chez une femme morte du choléra. Broca n'a pu suivre aucun vaisseau jusqu'au centre de la tumeur.

Le squirrhe se montre cliniquement sous deux formes : tantôt il est assez nettement limité dans un organe, c'est le *squirrhe circonscrit*; tantôt il est *diffus* : cette variété est plus fréquente. On voit alors le squirrhe envoyer de son centre des prolongements qui s'étendent souvent assez loin et qu'on a désignés sous le nom de *racines du squirrhe*.

Cette forme du cancer revêt parfois une physionomie singulière; tout ou partie de la tumeur se rétracte, et depuis longtemps on appelle *squirrhe atrophique* cette espèce de squirrhe. A la mamelle, par exemple, il n'est pas rare de voir le mamelon déprimé par une sorte de rétraction au centre d'une tumeur squirrheuse. Cette espèce d'atrophie s'explique par l'accroissement de la tumeur autour du mamelon qui conserve sa position première, grâce à la résistance fibreuse des conduits galactophores. Quelques

observateurs croient avoir constaté, mais rarement à la vérité, une diminution totale de la tumeur vers une certaine époque de son développement; on ne peut expliquer cette véritable atrophie générale que par une résorption de produits inflammatoires ou par la rétraction très-forte du tissu fibreux.

Le squirrhe, en raison de sa structure, s'accroît lentement et se propage avec difficulté, mais sa durée assez grande fait qu'il exerce sur les parties voisines une pression assez énergique, souvent très-douloureuse et qui contribue à intercepter facilement le cours du sang. Cette variété de cancer ne se ramollit, en général, qu'avec lenteur, et le tissu morbide revêt alors un aspect gélatiniforme; à cette transformation nouvelle succèdent des ulcérations qui creusent plus profondément que celles de l'encéphaloïde, et qui diffèrent encore de ces dernières par l'absence de végétations à leur surface. C'est surtout dans les ulcérations squirrheuses qu'on remarque des cicatrifications partielles; et cela s'explique par une destruction complète du tissu morbide et par la mise à nu consécutive des tissus sains.

L'absence de vaisseaux dans le squirrhe prouve encore comment il est moins que l'encéphaloïde exposé aux inflammations, aux gangrènes, aux hémorrhagies. L'engorgement ganglionnaire se fait aussi avec plus de lenteur, et il en est de même de l'infection générale. D'ailleurs, quand cette infection s'établit, c'est de l'encéphaloïde et non du squirrhe qui se reproduit dans les viscères.

Nous avons vu l'encéphaloïde marcher avec une désespérante promptitude; mais le squirrhe met parfois une ou plusieurs années à s'ulcérer, et l'on peut voir à la Salpêtrière quelques malheureuses qui portent depuis très-longtemps des squirrhes ulcérés de la mamelle.

Du cancer colloïde. — Le mélange d'une certaine quantité de matière gélatineuse amorphe avec les éléments cancéreux constitue le *cancer colloïde*, désigné aussi sous les noms de *cancer alvéolaire*, *cancer gélatiniforme*, *cancer cystique*; il n'y a donc point d'éléments nouveaux dans cette forme de cancer, car la matière colloïde ne diffère point ici de celle qu'on rencontre dans certaines bourses séreuses, dans les kystes ovariques ou thyroïdiens, dans certaines tumeurs fibreuses. C'est d'ailleurs une substance amorphe qui ne contient ni globules particuliers, ni granulations; quoique son apparence extérieure soit gélatineuse, elle ne renferme pas de gélatine, et selon Frerichs, elle diffère par ses caractères chimiques de la fibrine, de la gélatine, de la chondrine, de l'albumine, de la caséine.

La matière colloïde n'est pas toujours abondamment répandue dans toute la masse cancéreuse, et il est assez commun de trouver des transitions entre l'encéphaloïde pur et le cancer colloïde; aussi voit-on des tumeurs manifestement encéphaloïdes au milieu desquelles on ne remarque que des dépôts partiels de cette matière gélatineuse; dans d'autres cas toute la tumeur en est abondamment infiltrée. Le cancer colloïde peut siéger dans tous les organes, mais on l'observe surtout dans les parois du

tube intestinal, dans le tissu cellulaire péritonéal, dans quelques glandes et les os. Le microscope fait voir dans le colloïde pur : 1° une matière amorphe abondante qui correspond à la pulpe gélatineuse; 2° de minces traînées de tissu cellulaire répandue au milieu de cette matière colloïde; 3° des noyaux libres et des cellules à noyaux. Dans les colloïdes anciens ces cellules sont souvent énormes et remplies d'une grande quantité de noyaux. On en a vu atteindre jusqu'à un dixième de millimètre. Le peu de résistance que ces cellules rencontrent au sein d'une masse visqueuse rend compte du développement exagéré de ces cellules.

Le cancer colloïde est un cancer vasculaire; il ne se ramollit pas et s'ulcère difficilement, à moins qu'il ne siège au-dessous d'une muqueuse amincie; quand l'ulcération s'établit, les hémorrhagies y sont rares.

Les tumeurs colloïdes peuvent acquérir parfois un volume énorme sans que les éléments cancéreux augmentent et par la seule accumulation de la matière gélatineuse amorphe.

Les engorgements ganglionnaires et l'infection cancéreuse se montrent tardivement dans le cancer colloïde, le moins grave de tous les cancers.

Du cancer vilieux. — On a décrit sous le nom de *cancer dendritique*, *cancer vilieux*, une espèce de tumeur cancéreuse caractérisée surtout par le développement de villosités qui ressemblent à celles du chorion. C'est surtout sur la muqueuse vésicale qu'on observe cette variété de cancer, mais on la voit encore dans l'estomac, le rectum, la vésicule biliaire, l'intérieur des kystes ovariens, le péritoine. Ces fines villosités pendent au dedans des cavités naturelles, et reposent sur une base plus ferme, qui a la consistance de l'encéphaloïde, et qui laisse sortir par pression un suc crémeux. Elles sont dures, d'une couleur rouge ou noirâtre, et renferment beaucoup de vaisseaux.

Si l'on examine ces végétations dendritiques, on voit qu'elles consistent en tubes revêtus d'une membrane hyaline sans structure. Transparentes ou opaques, elles sont remplies de granulations, de noyaux, de cellules à noyau. Leur forme est assez variable et Rokitansky, qui a donné une bonne description de cette sorte de cancer, en distingue plusieurs formes. Tantôt la végétation se divise rapidement en plusieurs bourgeons assez gros, tantôt les branches ont plus de longueur et se terminent en culs-de-sac arrondis; enfin, dans quelques cas, les principaux bourgeons de la végétation se divisent en une multitude infinie de lobules. — Les éléments cellulaires du cancer se déposent soit à l'extérieur, soit à l'intérieur de la végétation dendritique. Dans le premier cas ils forment un dépôt mou autour d'elle. Les vaisseaux sanguins se répandent à la surface de la végétation dendritique et s'y anastomosent.

Il y a entre le développement de ces villosités et celui du stroma, dont nous avons déjà parlé, une grande similitude. Le bourgeonnement dendritique à la surface des muqueuses a la plus grande analogie avec le bourgeonnement intérieur du stroma ordinaire.

DIAGNOSTIC. — C'est une tâche fort difficile que de tracer le diagnostic

général du cancer; en effet, le tissu cancéreux ne se traduit par aucun signe pathognomonique qui permette d'affirmer tout de suite son existence. Ce diagnostic est plus facile à réaliser dans l'étude comparée des tumeurs de chaque région, mais il importe toutefois de tracer ici les règles générales qui pourront au besoin guider le praticien.

Nous ne sommes plus au temps où le siège de certaines tumeurs suffisait pour qu'on leur assignât une nature cancéreuse; mais certains caractères généraux restent encore tout-puissants dans l'esprit de quelques médecins. Ainsi l'hérédité a suffi plus d'une fois à faire croire à la nature cancéreuse de certaines tumeurs, mais il ne faut se fier à ce signe que dans des limites restreintes; toutefois il acquerrait une grande valeur si déjà l'hérédité avait frappé plusieurs individus de la même famille. La multiplicité des tumeurs sur un même individu survient d'ordinaire à une époque où le diagnostic est sans difficulté. Au début du mal, cette généralisation est chose rare, et on la rencontre de préférence dans certaines tumeurs qui ne sont point cancéreuses: tels sont les lipomes multiples, telles sont aussi les tumeurs fibreuses généralisées. La récidive après l'ablation de certains produits accidentels caractérise pour quelques praticiens leur nature cancéreuse; c'est, selon nous, une erreur. Il y a plusieurs sortes de récidives: 1° la récidive sur place; 2° la récidive dans les ganglions; 3° la récidive par infection générale de l'économie; or tous les produits accidentels peuvent offrir un ou plusieurs de ces modes de récidive. La récidive ne peut donc avoir que la valeur d'une présomption sans être un signe absolu. Les douleurs lancinantes n'ont rien d'assez stable pour servir au diagnostic. Quant aux engorgements ganglionnaires, s'ils sont presque la conséquence fatale d'une tumeur cancéreuse, on doit reconnaître qu'au début du mal ils sont peu prononcés et d'une signification douteuse.

En résumé, tous ces signes n'ont rien d'absolu en eux-mêmes; mais leur ensemble peut apporter quelques preuves dont la confirmation la plus grande se trouve dans le développement graduel du cancer.

Ces restrictions faites, il faut voir avec quelles lésions on peut plus facilement confondre le cancer. Le tissu cancéreux doit, sous ce point de vue, être examiné: 1° à l'état de tumeur, 2° à l'état d'ulcère.

1° A l'état de tumeur, le cancer peut être confondu avec les inflammations chroniques. L'inflammation dépose dans l'épaisseur des tissus une lymphe plastique qui donne à ces parties une dureté qui les rapproche de certaines formations squirrheuses; mais il y a loin de là à une identité de nature entre ces deux lésions, et c'est une erreur de croire à la dégénérescence cancéreuse de certains engorgements inflammatoires.

La tuméfaction que produit le travail phlegmasique ne ressemble guère aux tumeurs du tissu cancéreux; en effet, elle est diffuse et se perd insensiblement au milieu des tissus sains. La surface en est lisse et tendue, ou plus tard, quand la suppuration survient, envahie par un empatement œdémateux.

La consistance des engorgements inflammatoires chroniques est diffé-

rente de celle du cancer; elle tient le milieu entre la mollesse de l'encéphaloïde et la dureté du squirrhe.

Si la tumeur qu'on examine est très-fluctuante, et si d'autres raisons portent encore à concevoir quelques doutes sur sa nature, le meilleur procédé à suivre pour arriver au diagnostic, c'est de tenter une ponction exploratrice. Dans les collections purulentes, l'extrémité du trocart remue très-librement, et l'on peut obtenir par la canule quelques gouttes de pus; dans les tumeurs cancéreuses qui peuvent être fluctuantes, et qui sont en général encéphaloïdes, la canule ne laisse d'ordinaire sortir que du sang; c'est seulement dans des cas de ramollissement considérable qu'on obtient de la matière cancéreuse diffluente. On a dit que dans ces dernières tumeurs l'extrémité libre du trocart explorateur ne pouvait pas changer de place; mais ce serait une erreur d'attacher à ce signe une grande valeur, car, dans quelques encéphaloïdes diffluents, le trocart peut tourner facilement dans les différents points de la tumeur.

Quand on ponctionne certaines tumeurs, on ramène assez souvent dans la canule des fragments du produit morbide. Ce fait est devenu dans les mains de quelques chirurgiens micrographes un puissant moyen de diagnostic, et divers instruments ont été construits pour ramener à l'extérieur des fragments de tumeur qu'il est dès lors facile d'examiner au microscope. Quoique cette pratique soit rarement suivie, nous engageons les lecteurs qui voudront connaître les différents détails de ces ponctions exploratrices sous-cutanées, à consulter l'intéressant travail que Bouisson a publié sur ce sujet dans les *Archives de médecine* (mai 1852).

Le chirurgien ne doit point oublier que ces ponctions exploratrices dans les tumeurs cancéreuses ne sont pas toujours innocentes; on les a vues suivies d'accidents inflammatoires redoutables, et Robert a cité à la Société de chirurgie un cas de mort à la suite d'une ponction exploratrice dans un sarcocele.

2° *Kystes simples, kystes hydatiques.* — La lenteur du développement, la grande régularité de la forme, une fluctuation franche, parfois de la transparence, sont pour les kystes des signes caractéristiques qui n'échapperont point au chirurgien avant qu'il ait recours aux ponctions exploratrices.

3° On a quelquefois confondu des *lipomes* avec des tumeurs cancéreuses; mais l'erreur est devenue plus facile lorsque la tumeur grasseuse a subi un certain degré d'inflammation suivie d'un ramollissement central et d'une induration périphérique. Alors on a pu croire au ramollissement d'une tumeur primitivement cancéreuse. L'erreur nous semble devoir être évitée, si l'on considère que la tumeur grasseuse a une consistance spéciale que le palper ne fait point méconnaître; si l'on tient compte de la grande régularité des bosselures, de la marche lente de la tumeur, sans retentissement général sur l'économie.

4° Certaines *tumeurs érectiles* ont pu être confondues avec quelques cancers très-vasculaires et pulsatiles. Je dois reconnaître que le diagnostic

serait d'une grande difficulté si ces tumeurs étaient profondes, et je fais quelques réserves quant aux tumeurs érectiles des os, qui appellent encore de nouvelles recherches. Mais s'il s'agit de tumeurs sous-cutanées, il me semble qu'on trouvera dans la mollesse de la tumeur, dans sa réductibilité par compression directe ou par compression artérielle, dans son siège, dans sa coloration, des signes qui permettront d'établir le diagnostic. La palpation de la tumeur montre tout de suite qu'il ne s'agit pas là du dépôt de produits solides comme les produits cancéreux.

5° On peut encore hésiter entre le cancer et certaines *tumeurs ganglionnaires, hypertrophiques, osseuses, enchondromateuses, fibrineuses, épithéliales et fibro-plastiques*; mais on devra se rappeler ici ce que nous avons dit des caractères propres à ces tumeurs.

Le cancer arrivé à l'état d'ulcération peut-il être confondu avec d'autres solutions de continuité, comme les *ulcères simples*, ou les *ulcères syphilitiques*? Un examen tant soit peu attentif ne laissera point place à la confusion. L'ulcère cancéreux est toujours précédé par une tumeur solide qui passe plus ou moins vite au ramollissement; une fois établi, cet ulcère a une tendance à envahir les parties voisines, soit en surface, soit en profondeur; enfin, il repose sur un fond plus ou moins induré, trace de la tumeur primitive. Rien de semblable ne se voit dans les ulcères simples et dans la plupart des ulcérations syphilitiques. Toutefois, dans certaines ulcérations de la syphilis tertiaire, la perte de substance repose souvent sur un fond dur avec engorgement périphérique: ce sont des gommages ramollies et ulcérées. Mais la multiplicité de ces phénomènes syphilitiques, leur mode de développement, leur guérison prompte par les mercuriaux unis à l'iodure de potassium, éclairent promptement le diagnostic.

Dès qu'un examen symptomatologique suffisant a montré la nature cancéreuse d'une tumeur, il faut encore établir s'il s'agit d'une production squirrheuse, encéphaloïde, mélanique, colloïde, etc.; pour cela, nous renvoyons à l'étude comparée que nous venons de faire de ces divers tissus. Enfin, il restera à apprécier l'étendue du cancer, ses connexions, sa propagation aux ganglions, son retentissement sur l'économie en général.

PRONOSTIC. — Le cancer est une maladie presque toujours incurable. S'il est abandonné à lui-même, il amène tôt ou tard la mort, et si une opération est pratiquée pour en débarrasser le malade, la récurrence a lieu dans le plus grand nombre des cas. Cependant il s'est trouvé à toutes les époques des médecins qui ont admis la guérison spontanée du cancer, et de nos jours Bochkalek (de Prague) et Bennett (d'Édimbourg) ont expliqué cette cure par une sorte d'atrophie qui commencerait par les éléments corpusculaires. Il est regrettable d'avoir à combattre cette opinion, mais rien n'est moins prouvé que la guérison spontanée du carcinome. Tout au plus certaines tumeurs s'arrêtent-elles dans leur marche. Quant à

la guérison des cancers enlevés par une opération, il faut bien admettre quelques cas de cure radicale. J'en ai observé trois qui ne peuvent laisser aucun doute dans mon esprit. Il semble que la diathèse ait épuisé son action sur le lieu primitivement envahi, et, la tumeur enlevée, rien ne s'est plus reproduit. Quant à beaucoup de faits de guérison qui ont été cités, il importe d'établir que quelques-uns sont de toute évidence étrangers à l'affection cancéreuse, tandis que les autres laissent au moins dans l'esprit un grand doute, car il y manque la sanction de l'examen microscopique. Mais, cela posé sur la gravité du cancer, on doit tenir compte cependant, au point de vue du pronostic, du siège du mal : les cancers externes tuent moins rapidement que les cancers viscéraux. L'importance fonctionnelle de l'organe malade doit entrer ici en ligne de compte ; l'âge du sujet n'est pas non plus sans signification : on a remarqué que les cancers du jeune âge marchent plus rapidement que les cancers qui se développent à l'autre extrême de la vie ; certaines vieilles femmes portent pendant de longues années des squirrhés ulcérés du sein. Enfin, le pronostic est plus grave dans certaines formes de cancer que dans d'autres ; l'encéphaloïde, qui se généralise bien plus facilement que le squirrhe, est aussi plus promptement suivi d'une terminaison funeste. Mais ce qui ôte à toutes ces distinctions un grand intérêt pratique, c'est que la mort, dans le cancer, n'est le plus souvent qu'une question de temps.

TRAITEMENT. — A toutes les époques de la chirurgie, et en particulier de nos jours, le traitement du cancer a occupé les meilleurs esprits. Toutefois, malgré un grand nombre de médicaments successivement prônés comme spécifiques, la thérapeutique du cancer n'a guère fait de progrès, et la statistique ne nous a point encore prouvé qu'on prolonge la vie des malades en les soumettant à certaines opérations. Cette pénurie de résultats heureux à côté d'un grand nombre de moyens proposés nous engage à n'indiquer que très-brièvement certaines médications aujourd'hui tombées dans un juste oubli.

Le traitement du cancer se divise en traitement *prophylactique, médical et chirurgical*.

A. Nous avons peu de chose à dire du *traitement prophylactique*, et encore moins de règles à tracer à cet égard. Si, comme Broca nous en a cité un remarquable exemple, toutes les femmes, dans plusieurs générations d'une même famille, se trouvaient atteintes, vers la ménopause, d'affections cancéreuses siégeant le plus souvent au sein, on se trouverait dans les conditions d'appliquer un traitement prophylactique. Mais quel serait ce traitement ? Là règne l'obscurité la plus grande, et elle n'est point dissipée par les recommandations de quelques chirurgiens qui conseillent les bains, un régime sévère, les purgatifs, les sudorifiques, et l'application de quelque exutoire. Toutefois ces moyens peuvent être appliqués sans dangers.

B. Le *traitement médical* est basé sur cette idée que le cancer est une diathèse comparable à la syphilis, et comme elle susceptible d'être dé-

truite par quelque spécifique anticancéreux. Le hasard révélera peut-être un jour cet heureux spécifique, mais on ne peut encore aujourd'hui qu'inscrire le parfait insuccès de plusieurs médicaments que nous allons passer en revue.

1° En tête de ces préparations médicales il faut placer la *ciguë*, qui depuis Storck jusqu'à Devay et Guillermond a tour à tour été préconisée sous forme de poudre, d'infusion, d'extrait, de suc, ou dans son principe actif, la *conicine*. On a administré l'extrait de ciguë depuis 5 centigrammes jusqu'à 6 ou 8 grammes, de façon à obtenir un léger degré d'intoxication. De temps en temps la ciguë fait, dans les mains de quelque médecin enthousiaste, une brillante réapparition dans la thérapeutique du cancer ; mais, soumise un grand nombre de fois à des expérimentations nombreuses et régulières, elle n'a jamais réalisé les espérances des chirurgiens qui l'employaient seule dans des cas de véritable cancer. Nous doutons même de son efficacité dans le traitement des engorgements inflammatoires du sein. Ce que nous disons de la ciguë s'applique également à la belladone, à l'aconit, à l'opium, à la douce-amère, à l'acide cyanhydrique. L'action de ces médicaments n'est que narcotique et sans effet sur la résolution du cancer.

2° De nombreuses préparations métalliques ont eu leurs jours de vogue, mais presque toutes ont disparu aujourd'hui de la pratique médicale. L'*acide arsénieux*, préconisé par Lefebvre de Saint-Ildefond, Justamond, Roennow, Hill, n'a donné aucun succès dans les mains de Bell, en Angleterre, de Desgranges, à Lyon, et de quelques autres encore. Walshe, qui vante l'*iodure d'arsenic* à la dose de 2 à 5 milligrammes par jour pendant plusieurs mois, croit avoir remarqué dans le cancer de la mamelle, sous l'influence de ce médicament, une diminution de la tumeur et une amélioration de la santé générale, mais ses observations sont peu concluantes et s'appliquent peut-être à d'autres tumeurs que le cancer. Les *sels de cuivre*, et en particulier l'*acétate de cuivre*, qui font la base du remède de Gamet et des pilules de Gerbier, sont aujourd'hui abandonnés. La liqueur de *cuivre muriato-ammoniacal* de Koechlin, que j'ai vu souvent employer, n'a jamais produit le moindre résultat favorable. Il en est de même des *sels de fer* (Carmichaël), du *chlorhydrate de baryte* (Crawford), de la *décoction de Zittmann* (Rust), de l'*iodure* (Ullemann), de l'*oxyde d'or* (Chrestien, de Montpellier), et des *alcalins*, auxquels, dans le siècle dernier, on avait attribué une action neutralisante du principe cancéreux qu'on supposait acide. Les mercuriaux n'ont réussi que dans des cas de tumeurs syphilitiques prises à tort pour des cancers. Leur emploi doit être surveillé, car ils peuvent altérer la constitution générale du malade déjà profondément atteinte.

3° L'huile de foie de morue a été, selon Lebert, souvent employée par Dieffenbach, dans le but de prévenir la récurrence après l'opération du cancer ; mais rien ici ne prouve son action bienfaisante.

4° A l'époque de la doctrine physiologique, les antiphlogistiques ont

joui d'une grande faveur dans le traitement du cancer. Déjà Valsalva et Fearon, chirurgien anglais, les avaient vantés, et quelques élèves de l'école de Broussais leur attribuèrent des merveilles. Aujourd'hui, le merveilleux de cette médication a disparu; on ne guérit plus de cancer par les antiphlogistiques, qui soulagent seulement dans quelques cas rares d'inflammation localisée autour du cancer.

5° Pouteau a essayé d'établir par quelques observations l'influence heureuse d'une diète complète et prolongée sur la marche du cancer; mais la lecture de ces faits est loin de jeter la persuasion dans l'esprit. En effet, la plupart des malades ont fini par succomber, et rien ne prouve que, parmi les guérisons, il s'agisse de véritables cancers. Pouteau n'accordait à ses malades que 5 à 6 pintes d'eau à la glace par jour, et il conseillait de continuer pendant deux mois cette diète aqueuse. Puis, il ramenait peu à peu ses patients à leur nourriture ordinaire, en permettant d'abord un jaune d'œuf délayé dans l'eau, puis des crèmes, des soupes, etc. Ce chirurgien assure qu'au bout du troisième jour l'habitude de cette diète aqueuse était prise. Un médecin anglais, W. Lambe, exagérant les idées de Pouteau, a conseillé la seule eau distillée. Ce traitement par *cura famis* ne présente pas des garanties suffisantes, et peut débilitier tellement les malades, qu'il nous paraît devoir être absolument rejeté.

C. *Traitement chirurgical.* — Par ce traitement, qui comprend, soit l'application de topiques, soit des opérations, le chirurgien se propose de remplir un certain nombre d'indications que, dans leur savant article sur le cancer, les auteurs du *Compendium* de chirurgie ont rangées sous les trois chefs suivants : 1° obtenir la résolution du cancer; 2° détruire sur place la tumeur cancéreuse; 3° enlever le mal ou la partie qui en est le siège. Nous allons rattacher maintenant à ces trois indications les différents moyens qui s'y rapportent.

1° *Obtenir la résolution du cancer.* — a. *Topiques.* — Autrefois, quelques chirurgiens, et de nos jours, des charlatans ont préconisé certains topiques pour guérir le cancer; mais un rigoureux examen des faits ne permet plus d'admettre ces guérisons. Les topiques de toute sorte, assez rarement utiles dans certains engorgements inflammatoires, douloureux ou d'origine vénérienne, sont tout à fait impuissants contre l'affection cancéreuse. Aussi s'accorde-t-on à rejeter de la thérapeutique du cancer l'acétate de plomb liquide (Goulard), les solutions de fer (Carmichaël), les sucs de joubarbe, de digitale, etc., etc., et l'on ne conserve en topiques que l'opium et la belladone, dans le but d'apaiser les douleurs.

b. *Les émissions sanguines locales* ont trouvé des partisans pour le traitement du cancer, et Lisfranc conseillait d'appliquer tous les douze ou quinze jours un petit nombre de sangsues autour des tumeurs cancéreuses. Les succès qu'il invoquait se rapportent à certaines tumeurs d'origine inflammatoire; les demi-succès s'expliquent par l'union fréquente avec le cancer d'un élément phlegmasique. Aujourd'hui, et de l'aveu de tous les praticiens, les émissions sanguines locales ne guérissent pas

le cancer; tout au plus soulagent-elles lorsque certaines tumeurs sont le siège d'un travail phlegmasique douloureux; la tension des parties cesse alors, et le malade accuse du bien-être. Bell raconte aussi que certaines hémorrhagies cancéreuses qui avaient résisté à tous les autres moyens ont été arrêtées par de simples ponctions pratiquées sur des veines dilatées autour de la tumeur.

c. *La compression*, beaucoup vantée dans le traitement du cancer, est aujourd'hui tombée dans un grand discrédit. Desault tenta le premier, par la compression, la cure des engorgements squirrheux du rectum; S. Young essaya plus tard ce moyen à l'hôpital de Middlesex, contre les cancers externes, et en particulier celui du sein; mais Ch. Bell, peu de temps après, s'efforça de montrer l'insuffisance et les dangers de la compression, qui ne tarda pas à être abandonnée en Angleterre. Vers 1825, Récamier remit ce traitement en honneur parmi nous, et il y a une douzaine d'années, Arnott le préconisa aussi dans la Grande-Bretagne. Young se servait d'emplâtres et de bandages; Récamier, d'amadou soutenu par des bandes élastiques; Arnott emploie un sac à air maintenu en place par des courroies, et il exerce la pression à l'aide d'un bandage à ressort dont la force varie de 2 à 16 livres. Tous les faits publiés aujourd'hui par divers auteurs pour soutenir la guérison du cancer par la compression ont été soumis à un examen rigoureux, et il n'en est pas resté un pour prouver la vertu curative de ce moyen. Des faits cités par Récamier, les uns sont inexacts (1), et les autres manquent des renseignements suffisants pour préciser le diagnostic; le même reproche est formulé par Erichsen (2) contre les faits d'Arnott. On trouve d'ailleurs là de nombreuses causes d'erreur: ainsi, certaines tumeurs chroniques du sein produites par contusion, par inflammation, par engorgement lacté, etc., peuvent, sous l'influence de la compression, diminuer et disparaître ou rester indéfiniment stationnaires. Si le diagnostic n'a point été posé avec exactitude, on compte alors un cancer guéri ou amélioré. Certains cancers peuvent même diminuer sous l'influence de la compression, mais c'est qu'autour d'eux se sont déposés des produits plastiques que la compression a pu faire résorber. On constate alors une diminution de la tumeur, et cela suffit à quelques médecins peu soucieux d'une observation exacte pour conclure à la guérison.

En résumé, jamais la compression n'a guéri de cancer, et cette méthode de traitement a pour nous, partisans de l'ablation prématurée de ces tumeurs, le grave inconvénient de faire perdre au malade un temps précieux.

d. *La ligature des artères*, proposée vers 1814 en Angleterre, par Colas, pour obtenir la résolution des tumeurs cancéreuses, a été mise en pratique plus tard par Maunoir, et dans ces derniers temps par Maisonneuve.

(1) Voyez la thèse de Dufresse-Chassaigne pour l'agrégation, 1839.

(2) *The Science and Art of Surgery*, p. 390.