Le cancer encéphaloïde se développe dans la jeunesse et dans l'âge adulte ; le squirrhe appartient plutôt à l'âge mur.

Enfin, on a admis la contagion comme cause de cancer, mais des expériences ont démontré que cette supposition n'était nullement fondée (Dupuytren, Alibert, Biett, etc.).

Diagnostic. — Le diagnostic du cancer est souvent entouré de grandes difficultés. Non-seulement il est fort difficile de distinguer les différentes formes de cancer au début, mais encore il est un grand nombre de cas où l'on ne peut reconnaître la nature réelle de la maladie, même lorsqu'elle est déjà très-avancée.

L'âge des malades, le siége de l'affection, peuvent quelquefois donner des présomptions sur la nature du cancer ; la marche de la maladie, rapide dans l'encéphaloïde, lente dans le squirrhe, pourra conduire au diagnostic. Mais les tumeurs cancéreuses elles-mêmes peuvent être confondues avec une foule d'affections. Nous avons déjà indiqué la fluctuation des tumeurs encéphaloïdes ramollies, il y a donc confusion possible avec un abcès froid, car l'abcès phlegmoneux se reconnaîtra à la marche de la maladie. Les kystes, les engorgements ganglionnaires, les tumeurs fibreuses, érectiles, les anévrysmes, les lipomes les adénomes, pourront être pris pour des cancers, et réciproquement. Dans ces circonstances, on s'aidera des commémoratifs, on tiendra compte de l'hérédité, de la constitution du malade, du siége de l'affection, de l'état des ganglions, etc. Nous ne nous arrêterons pas davantage sur ce diagnostic, dont il a été question quand nous avons étudié les diverses affections que nous venons d'énumérer.

Ce n'est pas tout d'avoir reconnu le cancer, il faut aussi connaître son étendue, sa mobilité ; quel est l'état des organes voisins : tous ces points demandent la plus minutieuse attention. Il faut varier l'attitude des malades, il faut les interroger avec soin, car il est important de déterminer la nature et la cause des troubles fonctionnels que l'on observe chez les individus affectés de cancer. On a besoin de savoir, quand il existe un engorgement ganglionnaire, si celui-ci est le résultat de l'infection cancéreuse ou de l'inflammation. Nous insistons sur ce point, qui est de la plus haute importance, car c'est seulement d'après ces données que l'on se décidera à l'opération qui peut seule arrêter les progrès du mal.

Pronostic. — Le cancer est excessivement grave, non-seulement par lui-même, mais à cause des récidives qui sont tellement fréquentes, que la guérison radicale du cancer est encore regardée par des chirurgiens d'un mérite incontestable comme impossible. La mémorable discussion soulevée au sein de l'Académie de médecine (1858) n'a pu trancher cette question importante.

Traitement. — Nous ne nous arrêterons pas aux moyens pharmaceutiques ; l'expérience a démontré qu'ils n'avaient aucune valeur ; tels sont la ciguë, l'acétate de cuivre, la digitale, etc. Nous ne ferons que mentionner les *émissions sanguines*, qui n'ont d'action que sur l'inflammation qui se développe autour des tumeurs cancéreuses ; l'*électricité*, la *ligature des artères*, la *compression*, qui n'a pas donné tout le succès qu'on en attendait et sur laquelle nous aurons occasion de revenir en traitant des tumeurs du sein.

Le seul moyen de guérir le cancer est de l'enlever ou de le détruire. On a conseillé un grand nombre de méthodes.

1° La *ligature* ne saurait être raisonnablement appliquée que quand la tumeur renferme un gros vaisseau et que l'on craint une hémorrhagie ; souvent elle n'est que partielle, le reste de la tumeur étant enlevé avec l'instrument tranchant. Dans quelques cas, on a employé des ligatures multiples, la tumeur étant traversée par un certain nombre de fils qui la partageaient pour ainsi dire, et chaque portion étant liée séparément.

A cette méthode se rapporte l'*écrasement linéaire* préconisé par M. Chassaignac.

2° La *cautérisation* avec la pâte de Canquoin, l'arsenic, etc., est un mauvais moyen, très-douloureux, qui expose à laisser une partie de la tumeur ; elle est tout au plus applicable à la destruction des champignons cancéreux et des tumeurs d'un petit volume. Ce que nous disons de la cautérisation est indépendant des accidents qu'elle entraîne avec elle, l'empoisonnement par le caustique par exemple.

3° L'*extirpation* et l'*amputation* de la masse cancéreuse est l'opération qui doit être préférée. Dans la première, on laisse les téguments encore sains ; dans la seconde, on enlève la tumeur et la peau qui lui adhère. On aura soin de ne pas laisser dans la plaie un portion de cancer, car la récidive arriverait avec la plus grande rapidité ; aussi doit-on avoir soin de disséquer complétement les prolongements fibreux que nous avons signalés dans le squirrhe ; il vaut même mieux enlever une certaine portion de tissu sain autour de la tumeur.

Il ne faut pas croire qu'il soit toujours possible d'enlever les masses cancéreuses, aussi l'opération est-elle contre-indiquée dans un assez grand nombre de cas. On doit s'abstenir : lorsque les malades, sous le coup de la diathèse cancéreuse, ont plusieurs tumeurs dont l'une est inaccessible aux instruments tranchants ; lorsqu'on n'a pas la certitude d'enlever toute la tumeur ; lorsque le malade est arrivé à la période cachectique. Enfin, il est contre-indiqué d'opérer chez les vieillards les squirrhes à marche chronique.

Quand l'opération sera impossible, on se bornera à un traitement palliatif, la douleur sera calmée par les opiacés, les soins de propreté : le chlorure de chaux enlèvera l'odeur fétide de la suppuration, la compression arrêtera les hémorrhagies. Telles sont les seules ressources que l'on possède pour apporter quelque soulagement à l'état affreux des malades. M. Laugier a pu arrêter certaines hémorrhagies par l'excision des fongosités. Des toniques, du quinquina, seront administrés pour soutenir les forces des sujets affaiblis par la cachexie cancéreuse.

BIBLIOGRAPHIE. — M. Curtius, *Liber de cancro et ejus naturâ et curatione*, Lyon, 1750, in-8°. — C. V. Schneider, *De cancro*. Wittemberg, 1666.— J. B. Alliot, *Traité du cancer, etc.* Paris, 1698, in-12. — Gendron (Des Haies), *Recherches sur la nature et la guérison du cancer*. Paris, 1700, in-8°. — M. Alberti, *Diss. de cancro*. Halle, 1731, in-4°. — Bunows, *Pratical essay on cancer*. London, 1767, in-8°. — J. C. Frank, *Diss. de cancro*. Iena, 1770, in-4°. — Ber. Peyrilhe, *Diss. academica de cancro*, etc., Academia scient. Lugdunensis anno 1773. Paris, 1774, in-8°. — Wagner, *Diss. de scirrho et cancro*. Vienne, 1783. — Pouteau, *Œuvres posthumes*, t. I, p. 1, et t. III, p. 417, 1783. — P. Camper, *Sur la vraie nature du cancer*, in *Opuscules*. — Legaux, *Sur le cancer*, thèse de Paris, 1803. — J. Abernethy, *A classification of tumours in Surg. obs.* London, 1804, in-8°. — Everard Home, *Observations on cancer*. London, 1805, in-8°. — Roux, *Quelques remarques générales sur le cancer*, in *Œuvres chirurgicales* de Desault, t. III, p. 406, 1803. — Bayle, *Dictionnaire des sciences médicales* en 60 vol., t. III, p. 537, art. CANCER. — Bayle, *Vues théoriques et pratiques sur le cancer*, in *Biblioth. méd.*, t. XXXV, 1812. — Laennec, *Dictionnaire* en 60 vol., art. ENCÉPHALOÏDE, t. XII, p. 165.—Abernethy, *On tumours in Surgical Works*. London, vol. II, 1816. — Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, t. II, p. 353 et suiv. et 291 et suiv., 1828. — J. F. Meckel, *Handbuch der pathol. Anatom.* Leipzig, 1812-1817. —Velpeau, *Mémoire sur les altérations du sang dans les maladies cancéreuses*, in *Revue médicale*, 1825, t. I, p. 217 et 343. — Recamier, *Recherches sur le traitement du cancer par la compression*. 1829, 2 vol. in-8. — P. H. Bérard, *Dictionnaire* en 30 vol., art. CANCER (*Anat. path.*).—Littré, *Dictionnaire* en 30 vol., art. CANCER (*Path. et thérap.*), t. VI, p. 268 et 302, 1834. — Carswell, *Cyclopedia of prat. med.*, art. SCIRRHUS, 1834. — Mandl, *De la structure intime des tumeurs, etc.*, in *Arch. gén. méd.*, 1840, 3e série, t. VIII, p. 313. — A. Bérard et Denonvilliers, *Compendium de chirurgie*, t. I, p. 645, 1845. — Rokitanski, *Lehrbuch der patholog. Anatomie*, 1846. — Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. I, p. 342, 1844. — R. Virchow, *Zur Entwickelungsgeschichte des Krebses*, in *Arch. für path. Anatomie*, t. I, 1re livraison, 1847. — Virchow, *Die endogene Zellenbildung beim Krebs*, in *Arch. für path. Anat.*, t. III, 1849. — F. Th. Frerichs, *Ueber Gallert-oder colloïd Geschwülste*. Göttingen, 1847. — H. Bennet, *On cancerous and cancroïd Growths*, Edinburgh, 1849. — Broca, *Anatomie pathologique du cancer*, in *Mém. Acad. méd.*, 1850, vol. XVI. — Lebert, *Traité pratique des maladies cancéreuses, etc.*, 1851. — Lebert, *Physiologie pathologique*, t. II, p. 241, 1845. — Paget, *Lectures on surgical pathology*, vol. II, *Scirrhous or hard cancer*, p. 287. *Hematoid, colloid.*, etc., p. 481 et suiv., 1853. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1854-55. *Discussion sur le diagnostic et la curabilité du cancer*. — Virchow, *Gazette méd. de Paris*, 7 avril 1855. — Follin, *Thérapeutique du cancer*, in *Arch. gén. méd.*, vol. I, 1855, p. 732. — Wagner, *Zur Colloïdmetamorphose der Zellen*, in *Arch. für physiol. Heilkunde*, 1re partie, 1856. — Wagner, *Ueber die Bedeutung der Bindegewebekörperchen, die Entstehung und insbesondere für das Wachsthum der krebsigen Geschwülste*, in *Arch. für phys. Heilkunde*, 1857. — Wagner, *Ueber die Gestalt der krebsalveolen*, etc., in *Wunderlich's Archiv*, 1858. — Ollier, *Recherches anatomo-pathologiques sur la structure intime des tumeurs cancéreuses, etc.* Paris, 1856. — Lebert, *Traité d'anatomie pathologique, etc.*, t. I, p. 272, 1857. — J. Z. Lawrence, *The diagnosis of surgical cancer*, 1858. — Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. I, p. 273, 1861. — Moricourt, *De la nature des affections considérées cliniquement comme cancéreuses*. Thèse, Paris, 1864. — V. Cornil, *Mémoire sur les tumeurs épithéliales du col de l'utérus*, in *Journal de l'anatomie et de la physiologie* de M. Ch. Robin, nos 5 et 6, 1864, p. 472 et 627.

§ 2. — Cancer épithélial. — Cancroïde.

Nous décrirons sous ce nom cette forme particulière de cancer que l'on observe surtout à la peau et dans quelques membranes muqueuses, à la langue, au col de l'utérus, par exemple. Cette affection a été décrite sous différents noms, tels que : *ulcère chancreux* ou *cancéreux* des auteurs, *cancroïde* (Lebert), *épithélioma* (Hannover). Nous lui conservons le nom de *cancer*, car sa marche constamment envahissante, ses récidives sur place, dans les ganglions et même dans l'économie, ainsi qu'on en a cité des exemples (Velpeau, etc.), l'assimilent tout à fait au cancer. Elle diffère des espèces précédemment étudiées par ses éléments anatomiques, et l'examen microscopique a montré qu'elle était constituée par des cellules analogues, sinon tout à fait semblables à celles de l'épiderme.

Le cancer épithélial n'est pas d'ailleurs le seul que l'on observe dans l'épaisseur de la peau, et à part ces cancers secondaires qui sont déterminés par la propagation des tumeurs squirrheuses et encéphaloïdes, nous devons dire que l'on a trouvé dans l'épaisseur des téguments des tumeurs primitives ayant tous les caractères que les micrographes ont assignés aux tumeurs squirrheuses et encéphaloïdes ; ces tumeurs sont souvent multiples, elles présentent d'ailleurs tous les symptômes propres au cancer, elles nécessitent le même traitement et récidivent aussi fatalement. Nous ne croyons donc pas devoir y insister davantage.

Anatomie pathologique. — Le cancer épithélial se rencontre surtout à la peau et sur les muqueuses. Les lèvres, les paupières, le prépuce, le gland en sont surtout affectés.

Il est très-fréquent au col utérin, au rectum et à la langue. Ajoutons qu'il se généralise et que des tumeurs épithéliales se retrouvent alors dans le foie, les poumons, les ganglions lymphatiques, etc.

Le cancroïde peut prendre primitivement naissance dans les papilles du derme, dans le derme et enfin dans ses glandes, de là trois variétés à étudier.

A. *Cancroïde papillaire.* — Il se développe dans la couche la plus superficielle de la peau, et s'accompagne d'une hypertrophie des papilles, entourées elles-mêmes de gaînes épaisses constituées par de nombreuses lames épithéliales superposées. Peu à peu la papille s'atrophie et est envahie par les éléments épidermiques ou les noyaux d'épithélium ; enfin le derme lui-même est le siége d'une altération analogue, des trainées de noyaux épithéliaux entourant les capillaires s'infiltrent dans l'épaisseur de la peau et peuvent pénétrer assez loin pour envahir les tissus sous-jacents, même les os.

B. *Cancroïde dermique.* — Il apparaît d'emblée dans l'épaisseur du derme et ne s'accompagne pas d'hypertrophie papillaire. Au début de l'affection, le derme est épais, d'un blanc mat, et beaucoup moins résistant que normalement. Il se déchire nettement si on le saisit entre deux pinces et est en quelque sorte transformé en une matière amorphe, granuleuse. Cette gangue amorphe renferme des gouttelettes de graisse mais pas de traces de l'infiltration épithéliale. Plus tard on rencontre cette infiltration (Heurtaux).

C. *Cancroïde folliculaire.* — On l'observe dans les glandes sudoripares, sébacées et dans les follicules pileux.

Ces altérations étudiées par MM. Verneuil, Robin, Remak, ont été déjà signalées. (Voyez l'art. *Polyadénomes. — Kystes des glandes sudorifères.*)

Ajoutons que la dégénérescence des follicules pileux serait beaucoup plus rare et plus mal étudiée que les altérations des glandes sudorifères ou sébacées.

M. Lebert a admis aussi une forme de cancroïde qui se développerait dans un tissu où normalement ne se rencontrent pas d'éléments épithéliaux. Il la désigne sous le nom de cancroïde par hétérotopie plastique. (Voyez *Tumeurs hétéradéniques.*)

Complétement développé, le cancroïde, quelle que soit son origine, se présente sous la forme d'une petite tumeur mal circonscrite, ou d'une ulcération à base plus ou moins indurée. Sa couleur varie beaucoup du jaune blanchâtre au rouge brun. Sa coupe est souvent sèche, d'aspect fibreux, elle ne donne qu'une très-légère quantité de sérosité par le grattage. Cependant cette coupe peut être molle, opaline, et présenter de petits corps allongés vermiformes d'un blanc jaunâtre qui ne sont autres que le contenu des alvéoles du tissu malade.

Par le grattage, ces tumeurs fournissent un certain nombre d'éléments : 1° des cellules épithéliales aplaties avec ou sans noyaux ; 2° des corps granuleux spéciaux ; 3° des globes épidermiques ovoïdes ou sphériques, corpuscules désignés et décrits par Lebert : « Les globes, ovoïdes ou sphériques, ne sont composés que d'un véritable tassement concentrique de feuillets épidermiques qui, dans la partie périphérique surtout, sont si étroitement juxtaposés, que ces globes en prennent un aspect tout à fait fibreux, ce n'est que vers le centre et plus généralement lorsqu'on ajoute de l'acide acétique, que l'on reconnaît les cellules propres de l'épiderme. »

Enfin on rencontre encore dans le tissu de l'épithéliome des *cytoblastions* (Robin), des *éléments fibro-plastiques*, des *fibres de tissu lamineux*, une grande quantité de *substance amorphe*, et parfois des *cristaux de cholestérine* et des gouttelettes de *graisse*.

Le cancroïde fait disparaître par atrophie les divers tissus qui l'environnent, mais comme la résistance de ces tissus varie quelque peu, il en résulte qu'il est fréquent de rencontrer le tissu pathologique s'enfonçant au loin sous forme de traînées blanchâtres ou jaunâtres. On comprend tout de suite l'importance de cette remarque au point de vue pratique, lorsqu'on doit faire l'ablation d'une tumeur épithéliale.

Le cancroïde se propage aussi aux couches profondes, et surtout par le tissu cellulaire qui est le premier envahi par les épithélions. Il peut détruire ainsi les muscles, les nerfs (Cornil), les artères (Paget), les veines. Dans ce dernier cas le tissu perfore la paroi veineuse, pénètre dans le sang et infecte l'économie d'une façon tout à fait analogue à celle que nous avons déjà signalée pour le cancer.

Les os sont aussi envahis ; les canaux de Havers s'élargissent, les cellules épithéliales s'y enfoncent, peu à peu les lamelles osseuses sont détruites et il en résulte une communication entre les points envahis d'abord isolément.

Les lymphatiques de la région malade et les ganglions où ils vont se rendre, sont le plus souvent rapidement envahis par la dégénérescence épithéliale. Le mécanisme de cet envahissement est encore fort obscur. Y a-t-il absorption d'un blastème épidermique ? Transport en nature des éléments épithéliaux ? Deux fois on a vu « des kystes séreux développés dans des ganglions qui correspondaient à des altérations d'un épithéliome (Follin). »

Quand le cancroïde est généralisé, lorsqu'il y a *infection viscérale* (Follin), on rencontre des tumeurs épithéliales dans le foie, les poumons, la rate, le pancréas, le cœur, les os, etc. Elles ont d'ailleurs la même structure que les tumeurs développées primitivement soit à la peau, soit aux muqueuses.

En résumé, le cancer épithélial présente comme la tumeur cancéreuse proprement dite trois périodes : une première période de genèse d'éléments épithéliaux dans les tissus, une seconde pendant laquelle ces éléments s'infiltrent, s'accumulent dans les organes où ils se sont développés, enfin une troisième période de destruction ou d'ulcération. Mais cette destruction marche toujours moins vite que le développement d'éléments nouveaux, d'où l'incurabilité et la persistance de la maladie.

Symptomatologie. — Au début, la maladie se présente sous l'apparence d'une petite tumeur verruqueuse offrant une légère desquamation. Bientôt celle-ci prend l'aspect d'une verrue sur laquelle on peut à la loupe distinguer un assez grand nombre de vaisseaux capillaires. La maladie peut rester ainsi stationnaire, mais au bout d'un temps dont il n'est pas possible de préciser la durée, et souvent à la suite d'irritations successives, la tumeur augmente de volume, devient douloureuse et s'ulcère. Bientôt la petite tumeur est détruite par les progrès du mal, et l'on observe sur les téguments une ulcération à fond grisâtre, inégale, exhalant un liquide ichoreux non fétide ou recouvert d'une croûte sèche qui tombe pour se reproduire incessamment et masque les progrès du mal. Cette ulcération repose sur une base plus ou moins indurée, généralement peu épaisse et peu étendue. Les malades ressentent souvent de la douleur ; celle-ci est

tantôt lancinante, d'autres fois elle se manifeste par des fourmillements fort incommodes qui forcent le malade à se gratter sans cesse. Cette affection n'exerce pendant fort longtemps aucune réaction fâcheuse sur l'économie, le mal paraît d'abord tout à fait local, mais l'ulcération, marchant de proche en proche, détruit non-seulement la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, mais encore les muscles, les os eux-mêmes. Au bout d'un temps variable, le malade finit par succomber, soit aux progrès de l'ulcération, soit par infection générale; mais, nous devons le dire, cette terminaison est rare, car l'engorgement ganglionnaire consécutif est moins fréquent que dans le cancer vrai, et les dépôts secondaires loin du siége primitif du mal sont assez rares pour que pendant longtemps on en ait contesté l'existence.

Étiologie. — Les causes du cancroïde sont fort obscures, on peut admettre l'intervention d'une prédisposition spéciale, mais il n'est pas possible de déterminer quelle est cette prédisposition. Cette affection est plus commune chez les hommes que chez les femmes, elle s'observe surtout à l'âge de quarante à cinquante ans. D'après certains auteurs il serait plus fréquent chez les fumeurs de pipe (Bouisson). Est-il transmissible par hérédité?

Diagnostic. — Le cancer épithélial peut être confondu avec les différentes sortes d'ulcère, mais la marche de la maladie, les antécédents peuvent facilement le faire reconnaître; quelquefois un traitement spécifique fera disparaître une ulcération, tandis qu'il n'aura aucune action sur le cancroïde.

Pronostic. — Si la maladie est abandonnée à elle-même, elle fait toujours des progrès; on l'a vue quelquefois rester longtemps stationnaire, mais elle ne rétrograde jamais; elle finit donc par faire périr le malade, si elle n'est pas complétement extirpée. Malheureusement, il faut craindre les récidives, qui sont fréquentes sur place, et qui s'observent plus rarement dans les ganglions et dans l'économie.

Traitement. — Deux indications se présentent : 1° ne pas toucher au mal; 2° l'extirper par l'instrument tranchant, ou le détruire par des cautérisations énergiques.

Lorsque la maladie est encore à l'état verruqueux, lorsqu'elle ne fait pas de progrès, il ne faut pas y toucher, à moins qu'on ne la détruise complétement, car les pommades, les onguents, les emplâtres, etc., ne peuvent qu'irriter le mal et le faire progresser au lieu de le détruire; il en est de même des cautérisations superficielles, celles que l'on fait avec l'azotate d'argent, par exemple.

Mais, dès que la maladie tend à faire des progrès, il faut la faire disparaître, soit par des cautérisations énergiques, telles que les pâtes arsenicales, le chlorure de zinc, le caustique de Vienne, etc., soit par l'instrument tranchant. Quand on se décide à pratiquer l'excision, il

faut porter l'instrument non-seulement à la base de l'ulcère cancéreux, mais enlever une étendue notable de tissu sain, afin de prévenir les récidives. Lorsque la maladie s'est étendue aux tissus sous-jacents, on pourra combiner les deux méthodes et appliquer la cautérisation dans les points qui n'avaient pas été atteints par l'instrument tranchant. La cautérisation convient aux affections très-étendues; on préférera l'ablation dans les cas où la tumeur est d'un petit volume, dans ceux où elle peut être extirpée en entier sans laisser une perte de substance trop étendue, et quand les tissus sains peuvent être facilement affrontés et réunis par première intention, aux lèvres par exemple.

Bibliographie. — Ledran, *Mémoire avec un précis de plus. Observations sur le cancer*, in *Mém. de l'Ac. de chirurg.*, t. III, p. 1, 1757. — Lebert, *Physiologie pathologique*, 1845, t. II, p. 291. — Lebert, *Traité des maladies cancéreuses*, 1851, p. 594. — Lebert, *Traité d'anatomie pathologique*, etc. *Tumeurs épidermiques, épithéliales et papillaires*, t. I, p. 130, 1857. — Mayor, *Recherches sur les tumeurs épidermiques, etc.*, thèse de Paris, 1846. — Michon, *Du cancer cutané*, thèse de concours, 1848, Paris. — Hughes Bennett, *On cancerous and cancroïd Growths*, Edinburgh, 1849. — Virchow, *Ueber cancroïde und Papillargeschwülste* (*Verhandl. der phys. med. Gesellsch. in Würzburg*, vol. I, 1850. — Hannover, *Das Epithelioma*. Leipzig, 1852. — Paget, *Lectures on Surg. path., epithelial cancer*, vol. II, p. 412, 1853. — Verneuil, *Observat. pour servir à l'histoire des tumeurs de la peau*, in *Arch. gén. de méd.*, mai, août, décembre 1854. — J. N. Dupuy, *Du cancroïde ou du cancer épithélial, etc.*, thèse de Paris, 1855. — Bouisson, *Du cancer buccal chez les fumeurs*, in *Gazette médicale*, p. 492, 505, 520, 557, 573, 1859. — Heurtaux, *Du cancroïde en général*, thèse de Paris, 1860. — Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. I, p. 249, 1861. — Cornil, *Sur la production de tumeurs épith. dans les nerfs*, in *Journ. d'anat. et de phys.*, 1864.

§ 3. — Du cancer fibro-plastique.

Si nous étudions la marche des tumeurs fibro-plastiques, nous voyons qu'elle présente la plus grande analogie avec celle des tumeurs cancéreuses. Tantôt ces tumeurs restent stationnaires, tantôt elles se développent avec plus ou moins de rapidité; elles sont susceptibles de se ramollir, de s'ulcérer, enfin elles récidivent non-seulement sur place, mais encore dans les ganglions et même dans toute l'économie (Voillez).

En voilà certes bien assez pour justifier le titre que nous avons donné à ce chapitre; nous regardons en effet ces tumeurs comme des tumeurs cancéreuses, mais nous constatons en même temps qu'elles possèdent un élément anatomique distinct. Les différences qu'elles présentent et qui les distinguent du cancer proprement dit, sont basées sur deux points : 1° Par le grattage et par la pression, on n'obtient pas le suc blanc que nous avons décrit plus haut et qui a été considéré comme le signe caractéristique du cancer; le liquide qu'on exprime est un pseudo-suc qui diffère du suc véritable en ce que ce dernier est miscible à l'eau, et que le pseudo-suc se dissocie dans ce liquide. 2° Dans

le cancer vrai, les éléments anatomiques constatés par le microscope sont les cellules et les alvéoles ; dans le cancer fibro-plastique, on trouve des *corps fibro-plastiques* fusiformes présentant un noyau central placé dans le point où la fibre a le plus de largeur ; les extrémités de la fibre sont très-effilées, souvent bifurquées ; des cellules fibro-plastiques allongées et contenant un noyau, enfin des noyaux fibro-plastiques ovales-allongés.

On a décrit trois espèces de tumeurs fibro-plastiques : 1° celles qui sont composées de corps fibro-plastiques, elles sont de consistance sarcomateuse et ne donnent pas de suc ; 2° celles qui sont exclusivement ou presque exclusivement composées de noyaux. Ces tumeurs sont souvent mélangées à de la matière amorphe, à du tissu colloïde, elles se ramollissent souvent, et ont la consistance de l'encéphaloïde ramolli, présentent des excavations dans lesquelles on trouve des épanchements sanguins. Ces tumeurs se développent avec rapidité, répullulent facilement et se généralisent : elles ont donc la plus grande analogie avec les tumeurs cancéreuses, dont elles ne diffèrent que par l'absence de suc et la forme des éléments anatomiques. 3° La troisième espèce est composée de cellules fibro-plastiques, elle tient le milieu, pour la consistance et la vascularisation, entre la première et la seconde ; elles récidivent et se généralisent comme les tumeurs cancéreuses.

Symptomatologie. — Les tumeurs fibro-plastiques, désignées aussi sous le nom de *plasmomes* (Follin), se présentent sous l'aspect de masses dures, élastiques. Cependant dans quelques cas elles peuvent être molles et fluctuantes.

Ordinairement mobiles, elles n'adhèrent pas à la peau, au moins dès leur début. Souvent elles sont indolentes. Leur marche est lente, mais parfois, sous une influence inconnue, elles prennent un accroissement rapide.

Elles peuvent s'enflammer, s'ulcérer et même se gangrener. Longtemps on a cru à leur bénignité, on croyait ces tumeurs très-localisées sans tendance à récidiver ou à se généraliser (Lebert). De nombreuses observations ont prouvé leur malignité et justifient leur rapprochement des tumeurs cancéreuses les plus graves.

Leur diagnostic est souvent difficile ; elles siégent dans le tissu cellulaire sous-cutané ou profond. A la cuisse on les voit se développer de préférence dans l'épaisseur de l'aponévrose *fascia lata*. On les rencontre encore dans les os, la dure-mère, les gaînes tendineuses, etc.

Traitement. — Leur traitement est celui des tumeurs cancéreuses proprement dites.

BIBLIOGRAPHIE. — Lebert, *Traité d'anatomie pathologique générale, etc.*, t. II, p. 177, 1857. — Paget, *Lectures on surg. path.*, t. II, p. 212, art. MYELOÏD TUMOURS, 1853. — Woillez, *Obs. de fibro-plastie, etc.*, in *Arch. gén. méd.*, août 1852. — Follin, *Du cancer, du cancroïde et du tissu fibro-plastique, etc.*, in *Arch. gén. méd.*, décembre 1854. — Birkett, *Contributions to the practical surgery*, etc., 2e série, *Fibro-plastic* in *Guy's hospital Reports*, 3e série, vol. IV, p. 231. — Hugo-Senftleben, *Ueber Fibroïde und Sarcome*, etc., in *Arch. für klinische Chirurgie herausgegeben von Langenbeck*, 1 vol. p. 81, 1860. — Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. I, p. 266, 1861.

DEUXIÈME PARTIE

AFFECTIONS DES DIVERS TISSUS ET SYSTÈMES ORGANIQUES.

CHAPITRE PREMIER

AFFECTIONS DU TISSU CELLULAIRE.

Art. I. — Des lipomes.

On donne le nom de *lipome* à une tumeur formée par l'hypertrophie du tissu cellulo-adipeux.

Les lipomes se rencontrent sur tous les points du corps, et principalement dans les régions pourvues d'un tissu cellulo-adipeux abondant. Souvent uniques, on en trouve quelquefois plusieurs sur le même individu ; nous avons vu récemment à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Huguier, un homme qui était littéralement couvert de lipomes disposés symétriquement des deux côtés du corps. Les lipomes sont généralement demi-sphériques, plus rarement pédiculés ; leur volume est très-variable et ils peuvent arriver à des dimensions énormes, 2, 3 kilogrammes, 11 et même 22 (Pelletan, J. L. Petit).

Anatomie pathologique. — Les lipomes sont constitués par une enveloppe celluleuse lâchement unie aux parties environnantes, et qui envoie par sa face interne des prolongements qui constituent autant de cloisons incomplètes disposées irrégulièrement dans tous les sens. La tumeur est donc divisée en lobes et en lobules. Chacun de ces lobules a tous les caractères du tissu cellulo-adipeux normal mais dont tous les éléments sont hypertrophiés. Un peu plus de fermeté du tissu adipeux et surtout du tissu cellulaire est la seule altération de texture que l'on puisse signaler.

Certains lipomes ne sont pas entourés de tissu celluleux et se continuent directement avec la graisse des parties voisines, on les rencontre surtout au jarret et au cou.

Symptomatologie. — Les lipomes sont complétement indolents, aussi les malades ne s'aperçoivent-ils de leur présence que quand le