

De la fièvre dans le néoplasme : thèse présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier le 19 février 1908 / par G. Maurat.

Contributors

Murat, G., 1883-
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

Montpellier : Impr. G. Firmin, Montane et Sicardi, 1908.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/t4yjbber>

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. Conditions of use: it is possible this item is protected by copyright and/or related rights. You are free to use this item in any way that is permitted by the copyright and related rights legislation that applies to your use. For other uses you need to obtain permission from the rights-holder(s).

**wellcome
collection**

Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

DE

N° 30

19.

LA FIEVRE

DANS LE NÉOPLASME

THÈSE

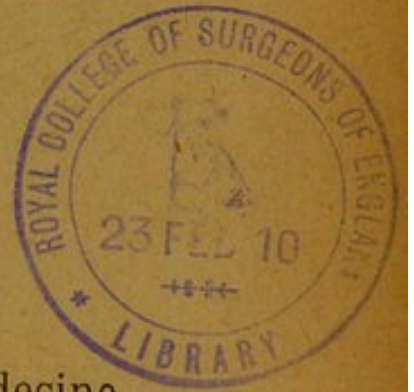
Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 février 1908

PAR

G. MAURAT

Né à Villefort (Lozère), le 2 juillet 1883



Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*) DOYEN
SARDA ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*)
Clinique chirurgicale	TEDENAT (*)
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (*)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*)
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (*)
Clinique ophtalmologique	TRUC (*)
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH

Doyen honoraire : M. VIALLETON

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agr. libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEIRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secrétaire*.

Examinateurs de la Thèse

MM. ESTOR, <i>président</i> .	MM. JEANBRAU, <i>agrégé</i> .
FORGUE (*), <i>professeur</i> .	RICHE, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de gratitude et de reconnaissance.

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

G. MAURAT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

A MONSIEUR LE DOCTEUR FORGUE
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MM. les Professeurs-Agrégés JEANBRAU et RICHE

G. MAURAT.

INTRODUCTION

L'idée de ce travail revient à M. le Professeur Estor dans le service duquel, pendant l'année 1906-1907, évoluèrent plusieurs tumeurs dont la présence suffit à amener une élévation notable de la température générale du corps. Cette hyperthermie n'a pas été fréquemment observée dans le cours de l'évolution des tumeurs. Aussi est-ce faute de ne la point connaître, que l'on s'expose parfois à commettre des erreurs de diagnostic, à attribuer par exemple à des suppurations cachées ce qui relève de la tumeur elle-même.

Nous nous sommes donné pour but, dans ce travail, de démontrer l'existence réelle de cette fièvre des néoplasmes, et de voir s'il était possible de la rattacher à tel ou tel type de fièvre ; de rapporter les théories pathogéniques que l'on a imaginées pour en donner une explication rationnelle ; enfin nous essaierons d'attirer l'attention sur son importance au point de vue du diagnostic en insistant un peu plus particulièrement sur les difficultés du diagnostic des sarcomes du rein avec les suppurations du foie et de la rate.

Mais avant d'aborder notre sujet, il nous reste à remplir un dernier devoir auquel nous ne saurions pas et auquel nous ne voudrions pas nous dérober. A tous nos maîtres de cette Faculté nous adressons nos meilleurs remerciements pour l'enseignement clair et toujours le plus pratique possible qu'ils nous ont donné.

Plus particulièrement, notre reconnaissance va vers M. le professeur Estor qui, après nous avoir appris dans sa clinique de l'Hôpital Suburbain de nombreux détails pratiques, a bien voulu nous donner le sujet de notre thèse inaugurale et présider sa soutenance.

A l'habile chirurgien qu'est M. le professeur Forgue, nous devons aussi des remerciements. Ses leçons cliniques nous ont toujours été d'un enseignement profitable. En acceptant de faire partie du jury de notre thèse, il nous a comblé d'honneur ; nous l'en remercions vivement.

M. le professeur Jeanbrau, ce maître dans l'art de traiter un urinaire, soit dans son cours, soit dans ses leçons cliniques de l'Hôpital Général, nous a enseigné ce qu'il ne fallait pas faire et ce qu'il fallait faire en présence d'un malade des voies urinaires. Il a à ce titre pleinement droit à notre reconnaissance.

M. le professeur agrégé Riche nous a honoré en acceptant de faire partie du jury de notre thèse ; il a aussi droit à nos remerciements.

Pendant nos vingt mois d'Internat à l'hôpital de Cette, MM. les docteurs Ducloux et Petit nous ont prodigué leurs conseils ; nous sommes heureux de pouvoir les en remercier publiquement aujourd'hui.

DE

LA FIÈVRE

DANS LE NÉOPLASME

CHAPITRE PREMIER

IL Y A UNE FIÈVRE DES NÉOPLASMES

Y a-t-il une fièvre des néoplasmes et où la rencontre-t-on ?

Parmi les nombreuses observations de tumeurs que nous avons dépouillées, nous n'avons pas une seule fois trouvé signalée une élévation de la température au cours de l'évolution de certaines d'entre elles. Seuls quelques épithéliomes et quelques sarcomes à marche particulière ont été notés comme étant susceptibles d'amener une hyperthermie de tout l'organisme. Cette absence de fièvre dans les tumeurs bénignes tient peut-être aux caractères mêmes qui font la bénignité de ces néoplasmes. Quoi qu'il en soit, et quelle que soit la cause de l'hyperthermie, l'observation nous démontre que les tumeurs malignes exclusivement sont capables de la produire. Il va sans dire que si une ulcération se fait à la surface d'un papillome, d'un lipome, par exemple, son évolution pourra ne

pas être apyrétique. Mais alors cette pyrexie ne saura être mise sur le compte du néoplasme, car elle aura été produite par des infections secondaires qui l'auront envahie. Il en est de même pour les tumeurs malignes. Nous ne pourrions pas dire, en effet, que tel cancer a évolué en produisant une élévation de la température générale du corps si nous constatons, soit pendant la vie, soit à l'autopsie, qu'il est le siège d'une ulcération. Que celle-ci soit grande ou petite, peu important ses dimensions, il suffit qu'il y ait une solution de continuité permettant aux éléments septiques venus du dehors d'envahir l'organisme, d'y cultiver, d'y sécréter des toxines qui amèneront l'hyperthermie. Il ne nous viendra pas davantage à l'idée de mettre sur le compte des tumeurs malignes la fièvre due à des phlegmasies diverses qui se développent d'une façon concomitante chez certains cancéreux. Nous ne nous occuperons donc ici que de l'hyperthermie générale due à la tumeur maligne elle-même, qui seule s'est montrée capable de la produire.

La fièvre néoplasique a tour à tour été niée et admise par les auteurs. Ceux qui ne reconnaissaient pas son existence objectaient aux autres que l'élévation de température constatée au cours de l'évolution des tumeurs était due soit à une ulcération, soit à une phlegmasie d'un point quelconque de l'organisme.

Bayle et Cayol, dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, article cancer, s'exprimaient ainsi : « Un des principaux caractères de la cachexie cancéreuse est qu'en général la fièvre s'y joint fort tard et manque même parfois entièrement. »

Grisolles professait la même opinion et, tout en reconnaissant que parfois certains cancéreux présentent dans les derniers temps un mouvement fébrile, symptomatique

le plus souvent d'une lésion phlegmasique, d'ictère en parlant du cancer du foie, il concluait que les malades atteints de cette variété de cancer ont paru apyrétiques comme tous les cancéreux. »

Lebert, dans son *Traité des maladies cancéreuses*, 1851, s'étonnait de la rareté proportionnelle du mouvement fébrile, qui, dans les cancers les plus graves, peut quelquefois manquer jusqu'à la fin.

Venait Monneret, qui, en 1855, décrivait une fièvre spéciale dans le cancer du foie, et écrivait même pouvoir s'en servir pour établir le diagnostic de cet organe.

Malgré cela, quelques années plus tard, Luton disait que la fièvre n'est pas un symptôme propre du cancer. A son avis, lorsqu'elle s'allumait, l'on devait toujours supposer quelque complication.

Vunderlich pensait que l'élévation de température dans le cancer dépendait toujours de complications. Woodmann confirmait cette opinion et admettait que dans cette affection la température ne sort guère des limites de la normale.

Moxon, en 1873, dans le *Medical Times and Gazette*, citait un cas d'un homme de 26 ans ayant eu avant sa mort des signes de pyohémie hépatique, avec température atteignant 103° Fahrenheit, qu'on trouva à l'autopsie atteint d'un cancer du foie ayant envahi la veine-porte.

Murchinson, en 1875, à la *Clinical Society* de Londres, donnait lecture de l'observation d'un homme de 34 ans dont le cas montrait bien, fait clinique important, que certains cancers peuvent être suivis d'une élévation de température.

L'hyperthermie paraissait donc nettement établie dans les cancers du foie. Cela n'empêcha pas Thaon d'écrire dans le *Nice médical*, en 1876, en parlant des tumeurs

épithéliales malignes en général : « Ces malignités s'exercent sans fièvre aucune. » Et plus loin : « Le cancer le plus avancé ne donne même pas lieu à la fièvre hectique véritable ; pendant qu'on voit le pouls s'élever à 120-150 pulsations, la température reste normale. Cette opposition entre les deux principaux signes de la fièvre est même si fréquente que nous sommes tenté d'en faire un des caractères du cancer, arrivé à une période avancée. »

Deux ans plus tard, Verneuil venait dire à l'Académie de médecine qu'une fièvre plus ou moins intense pouvait naître et durer sous l'influence de néoplasmes simples en apparence, n'offrant aucune des complications éloignées ou générales réputées capables d'élever la température.

A la même époque, Estlander (d'Helsingfors) s'étonnait de n'avoir trouvé nulle part mention d'un des caractères importants des tumeurs malignes, savoir l'élévation de température qu'elles déterminent lorsqu'elles acquièrent rapidement un grand volume. Le mémoire d'Estlander n'avait pas trait seulement à des sarcomes, plusieurs observations se rapportaient à des tumeurs de différentes natures : chondro-sarcomes et cancers.

A dater de cette époque, on commença à croire à l'existence réelle de cette fièvre des néoplasmes.

Swartz, en 1880, la nota dans les ostéosarcomes des membres. Havage, en 1882, dans les ostéosarcomes du bassin. Aussourd, en 1882, termina son travail sur l'élévation de température dans les néoplasmes, et en particulier dans le cancer du foie, par les conclusions suivantes : « La fièvre n'est pas un phénomène aussi rare que le disent les auteurs dans l'évolution du cancer. Elle peut être indépendante des lésions inflammatoires de voisinage, des complications qui peuvent se développer

vers la fin de la maladie (pneumonie, érysipèle, etc.) et être liée à la marche de la tumeur. »

Hanot et Gilbert, en 1888, dans leur *Traité des maladies du foie*, reprirent la question. Dans le cancer nodulaire, disent-ils, la température est habituellement normale ; pourtant, on observe parfois une ascension légère dans les quelques jours qui précèdent la mort ; parfois l'ascension se montre, dès le début de l'affection, avec des oscillations entre 38° et 39° qui persistent jusqu'à la dernière période. Enfin, dans quelques cas, la fièvre reste soit dès le début du cancer, soit après une phase prodromique plus ou moins longue, et en dehors de toute complication d'une intensité inusitée qui imprime à la maladie un aspect tout particulier, de sorte que c'est avec une affection fébrile aiguë que le diagnostic sera à faire.

En 1889, Rollet signala deux cas de cancer thyroïdien dont la marche se fit toujours avec une élévation de température. La même année Volkers publia deux cas de sarcome ayant évolué avec fièvre à type récurrent. Anker cita plusieurs cas de sarcome en 1890. Masters, en 1891, dans le *Medic. and surg. rep. Philadelphie*, publia une observation de cancer primitif de la tête du pancréas, Il n'y avait pas d'ictère, pas d'albumine, pas de généralisation cancéreuse. L'amaigrissement était grand, la perte des forces était extrême. Le teint cireux, pas d'impaludisme dans les antécédents du malade : fièvre intense à type intermittent, ensuite rémittent. Garcin, de Lyon, en 1893, dit que dans certains cas de cancer de l'estomac, la fièvre semble indépendante des lésions inflammatoires de voisinage et paraît devoir être rattachée aux produits pyrétogènes fabriqués par la néoplasie elle-même. Un cas d'ostéosarcome du fémur ayant évolué avec une fièvre

intense fit porter à Vanverts, en 1895, le diagnostic d'ostéomyélite.

En 1899, Fretel, après avoir parlé de la fièvre due aux éléments septiques, pense qu'il y a place pour une autre variété de fièvre sans contredit la plus intéressante, qui est liée au développement même de la néoplasie, en l'absence de toute infection. Max Freudweiler, la même année, dans le *Deut. Arch. für clin. Med.*, donna le résultat de ses observations. En se basant sur les matériaux de la clinique de Zurich, il a réuni 475 cas de cancers diagnostiqués avec certitude ; sur ce nombre 30 0/0 des malades présentaient de la fièvre et chez plus de la moitié de ceux-ci, cette fièvre ne pouvait s'expliquer que par l'affection cancéreuse.

En 1903, Schwartz, faisant un travail sur la fièvre dans les néoplasmes, donna un résumé des travaux allemands faits jusqu'à cette époque à ce sujet. Reboul, en 1904, s'exprima ainsi : « Verneuil a montré que certains sarcomes à évolution rapide amènent une légère augmentation de la température. Le cancer de l'intestin n'échappe point à cette règle. Nous avons noté quelques températures de 38°. Dans notre observation on constate même une fois 40°. Le pouls est légèrement accéléré. »

Enfin, en janvier 1907, Alfred Alexandre reprend la question de la fièvre dans les carcinomes. Il en admet nettement l'existence ; malheureusement il s'appuie pour arriver à cette démonstration sur 4 cas de néoplasmes malins de l'estomac dont 3 furent trouvés ulcérés à l'autopsie, le quatrième ne put pas être observé jusqu'à la fin.

Par contre, Fromme, dans le même journal, en mars de la même année, écrit que la fièvre constatée dans le cancer dépend toujours soit d'ulcérations, soit de compli-

cations septiques de voisinage, soit de phlegmasies éloignées.

Nous ne saurions nous ranger à cette dernière opinion. Nous admettons en effet avec Alexander et ses prédécesseurs, qu'une fièvre peut naître et durer sous l'influence de néoplasmes sans complications. Nous en donnons pour preuve les observations suivantes dans lesquelles on a noté des élévations de température que l'examen clinique corroboré par l'autopsie a dû attribuer à la tumeur elle-même et à la tumeur seule.

Observations

OBSERVATION PREMIÈRE

(Inédite. — Service de M. le professeur Estor)

Sarcome du rein

V..., âgé de un an et demi, domicilié au hameau de Pedou, canton d'Entraigues (Ardèche), entre à l'hôpital le 26 décembre 1906.

Pas de renseignements bien précis sur ses antécédents personnels ou héréditaires sur le début de la maladie. Toutefois pas d'hématurie, pas de cancéreux dans la famille.

Etat actuel le 7 janvier 1907. — L'enfant est pâle, a de la fièvre: 39° rectal hier soir ; 38°8 ce matin. Le 3 janvier au soir température de 40°1, pouls 130. Abdomen anormalement développé surtout à gauche. Par la palpation dans la moitié gauche de l'abdomen on sent une tumeur ayant le volume de la tête d'un enfant, donnant nettement la sensation de ballottement rénal ; ne présentant pas un bord tranchant comme les tumeurs de la rate. Nous pensons qu'il s'agit d'un sarcome du rein. Il existe un très léger œdème des membres inférieurs.

Laparotomie le 7 janvier 1907. Incision latérale le long du bord externe du grand droit du côté gauche ; le péritoine une fois ouvert on aperçoit une tumeur volumineuse recouverte par le côlon descendant et le mésocôlon dédoublé. Avec la sonde cannelée nous éraillons le feuillet viscéral du péritoine. Nous tombons dans une masse sarcomateuse très saignante. C'est bien là la bouillie caractéristique du tissu sarcomateux. Le diagnostic une fois fait, nous refermons le ventre.

5 février 1907. — L'enfant est en pleine cachexie. Mort le 13 mars 1907.

Autopsie le 15 mars. — Dans toute la moitié gauche du ventre : tuméfaction considérable. La tumeur présente le volume d'une tête d'enfant et pèse 1720 grammes. Elle a la contenance encéphaloïde ; elle est assez bien encapsulée, mais cependant adhère fortement à la rate. Le rein est normal ; il en est de même du foie. Très nombreux ganglions mésentériques engorgés. Certains sont gros comme un haricot. D'autres comme une lentille. Certains points du mésentère en sont absolument bourrés. Appareil pleuro-pulmonaire sain. Vessie absolument saine.

OBSERVATION II

(Inédite. — Service de M. le professeur Estor)

Sarcome du rein

X..., âgé de 5 ans, domicilié à Lodève, rue de Goulondre, entré à l'hôpital le 15 janvier 1906.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, mort aliéné, mère bien portante.

Antécédents personnels. — L'enfant a été sujet à des éruptions furonculeuses pendant la période d'allaitement. Depuis le sevrage il a été bien portant. Il y a trois semaines, avant qu'on ait reconnu la maladie pour laquelle il est entré à l'hôpital, il a présenté sur tout le thorax une éruption sur laquelle nous n'avons pas de renseignements précis.

Début. — Depuis 3 semaines, l'enfant décline et maigrit et en l'examinant on a constaté que l'abdomen présentait un volume anormal ; on a de plus reconnu de l'élévation de température.

Etat actuel, 16 janvier 1906. — Amaigrissement notable, pâleur de la face. Fièvre 38°4 hier soir, abdomen très développé.

Diagnostic. — Kyste hydatique suppuré du foie.

Opération le 18 janvier 1906. — Incision de 18 centimètres le long du bord inférieur des fausses côtes à droite. Le péritoine une fois ouvert, il s'est échappé une petite quantité de liquide ascitique. On trouve alors une tumeur d'aspect jaunâtre et nettement

fluctuante. On la ponctionne à deux reprises avec un gros trocart et il s'écoule du sang mélangé à des grumeaux ressemblant à de la bouillie sarcomateuse. Nous incisons la tumeur et il s'écoule en quantité abondante de cette bouillie sanglante. Nous cherchons alors à libérer le néoplasme et nous n'obtenons qu'une libération partielle. Il est adhérent en avant et à sa partie supérieure au tissu du foie dont il est cependant nettement différencié.

Marsupialisation, évacuation de tout le contenu de la tumeur; on aperçoit alors dans le fond un bourgeon qui paraît manifestement du foie en voie de dégénérescence.

20 janvier 1906. — Depuis l'opération la fièvre est tombée; deuxième pansement; la cavité paraît se retrécir notablement.

28 janvier. — Cachectisation, œdème des bourses.

1^{er} mars. — Mort.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'une tumeur rénale : adénome ou adéno-sarcome.

OBSERVATION III

(*Revue de médecine* 1905, p. 1013. Dr Girard).

Cancer massif du foie

S..., 32 ans, ouvrier aux constructions navales, entré à l'hôpital principal de la marine à Toulon, le 18 août 1902, avec cette note : ascite, hypertrophie du foie.

Le début de l'affection remonterait à 2 mois; le symptôme le plus marquant, initial, aurait été une perte brusque et considérable des forces, une faiblesse telle qu'elle aurait obligé le malade à cesser presque incontinent tout travail et à s'aliter peu de temps après. Sous l'influence du repos, une amélioration passagère se serait, paraît-il, produite, bientôt suivie d'une rechute caractérisée surtout par le ballonnement du ventre et de l'œdème limité aux extrémités du membre inférieur. Durant cette période, les fonctions digestives ne semblent pas avoir été bien troublées; quant à la douleur accusée au niveau du foie, elle ne date que de quelques jours. Trois choses encore à noter en dehors des signes précités : une modification de coloration du côté de la peau, un amaigrissement qui n'a cessé de

progresser et une polyurie assez marquée. Le malade avait été soumis au régime lacté.

Antécédents héréditaires. — Rien.

Antécédents personnels. — Rien.

Août. — Maigreur considérable. Les téguments ont une teinte cireuse, mais les sclérotiques ne sont pas jaunes ; œdème périmalléolaire. Ventre ballonné, légèrement météorisé, matité dans les parties déclives de l'abdomen, épanchement ascitique médiocre ; hernie inguinale droite facilement réductible. Douleurs spontanées dans l'hypocondre droit et la région épigastrique. Foie difficilement explorable à cause du développement et de la tension du ventre, très volumineux, descendant presque au niveau de l'ombilic, douloureux à la pression, lisse au toucher. Langue humide, non saburrale, mais dépouillée et fendillée ; inappétence, tendance à la constipation. Accélération des battements cardiaques. Dyspnée légère, à l'auscultation respiration rude et soufflante. Ni polyurie, ni pollakiurie, urines claires. Température : matin, 39°2, soir, 39°4.

20 août. — Disparition de l'œdème des membres inférieurs, après l'administration d'un purgatif. Température : matin, 38°9, soir, 38°9.

21 août : T., m., 37°9, s., 38°4 ; — 22 août : T., m., 38°3, s., 38°9 ; — 23 août : T., m., 38°, s., 39°2 ; — 24 août : T., m., 38°6, s., 39° ; — 25 août : 38°3, s., 38°6. Trois ponctions intrahépatiques ne ramènent que quelques gouttes de sang.

26. — T., m., 38°2, s., 39°2 ; — 27 : T., m., 38°3, s., 2 heures 37°, 4 heures, 36°5. 6 heures, 39°1.

28 — Le malade est évacué sur notre service. Outre les signes précédents on constate la présence d'un réseau veineux abdominal développé sans exagération, la dilatation des vaisseaux est plus prononcée à droite. Le foie est considérablement augmenté de volume. Son bord inférieur arrondi dépasse d'un large travers de main le rebord costal, descendant vers l'ombilic et débordant largement dans l'hypocondre gauche ; sa forme paraît régulière, sa surface lisse, sa consistance notablement accrue. A l'auscultation, on perçoit quelques frottements sur la partie antérieure de la région hépatique. La percussion donne comme étendue de la matité : sur la ligne para-sternale 13 cent., sur la ligne mammaire 16 cm. 5, sur la ligne axillaire antérieure 16 cm. 5. Le malade se plaint de vives

douleurs au niveau du foie sans irradiation vers l'épaule droite. La pression est très douloureuse dans l'hypocondre droit et la région épigastrique. La rate est grosse, très sensible. Anorexie complète, dégoût complet pour les aliments carnés, soif modérée ; selles dures, presque décolorées et fétides. T., m., 38°3, s., 39°3 ; — 29 août : T., m., 38°6, s., 39°1 ; — 30 août : T., m., 38°4, s., 39°3 ; — 31 août : T., m., 38°7, s., 39°4 ; — 1^{er} septembre : T., m., 38°6, s., 39° ; — 2 septembre : T., m., 38°8, s., 39°1 ; — 3 septembre : T., m., 38°5, s., 39°6 ; — 4 septembre : T., m., 38°7, s., 39°3 ; — 5 septembre : T., m., 39°2, s., 39°6 ; — 6 septembre : T., m., 38°9, s., 39°6 ; — 7 septembre : T., m., 38°5, s., 39°3 ; — 8 septembre : T., m., 38°4, s., 39°4 ; — 9 septembre : T., m., 38°4, s., 39°2 ; — 10 septembre : T., m., 38°9, s., 39°2 ; — 11 septembre : T., m., 38°6, s., 38°9 ; — 12 septembre : T., m., 38°8, s., 39°2 ; — 13 septembre : T., m., 38°9. Décès à 3 h. 40 du soir.

L'autopsie (pratiquée 42 heures après la mort) a montré un foie pesant 3900 grammes, dont le lobe gauche, le lobe carré, le lobule de Spiegel, le centre du lobe droit sont occupés par une masse néoplasique que l'examen microscopique a démontré être du cancer. 3 litres de liquide dans la cavité péritonéale, 300 grammes de liquide dans le péricarde. Rien ailleurs.

OBSERVATION IV

Société anatomique (Vanverts), 1895

Ostéosarcome du fémur

Le premier symptôme accusé par la malade fut une violente douleur qui aurait apparu subitement le 1^{er} août 1895 dans le genou droit avec irradiation dans la cuisse. La malade dut s'aliter. En même temps apparut de la fièvre. Les deux symptômes, douleur et fièvre, ont persisté depuis cette époque (1^{er} août). Avant cette date, l'état général était excellent.

Le 21 août, c'est-à-dire trois semaines après le début des accidents, la malade entre à l'hôpital Cochin dans le service de notre maître M. le docteur Potterat.

A ce moment, les douleurs qui siègent dans la région du genou

droit existent même au repos, vives toutefois. La marche, pénible, est cependant possible.

Au-dessus du genou, on constate l'existence d'une tuméfaction qui occupe la moitié inférieure de la cuisse ; elle fait une saillie plus considérable en dehors qu'en dedans. La peau qui la recouvre est normale, sillonnée de veines nombreuses. La palpation permet de reconnaître l'existence d'une tumeur profonde, régulière, faisant corps avec le fémur, de consistance ferme. On croit cependant percevoir en un point de la fluctuation profonde. Pas d'engorgement ganglionnaire au niveau de l'aîne. Les mouvements de l'articulation du genou sont libres, mais déterminent quelques douleurs.

L'état général est mauvais ; la malade est anémiée. La température est de 39° le 21 août au soir, 38°8 le 22 au matin.

Diagnostic. — Ostéomyélite.

Incision à la partie externe du tiers inférieur de la cuisse. Le bistouri pénètre dans un foyer sanguin dont la charpente est formée par des lamelles osseuses qui crépitent sous le doigt. Il se fait une hémorragie veineuse qu'on arrête par la compression avec bande d'Esmarch. Pansement.

On avertit les parents que l'amputation est jugée nécessaire. Ils la refusent.

Les douleurs sont intenses. On a recours à la morphine. A la fin septembre, l'état général est devenu très mauvais. La plaie était presque complètement cicatrisée. Mais la tumeur avait notablement augmenté de volume. Elle était nettement fluctuante en certains points et deux ponctions faites avec l'aiguille de Pravaz ramenèrent du sang pur.

Depuis le jour de l'opération, la température s'était toujours maintenue au-dessus de la normale. Jusqu'au 27 août, elle avait oscillé entre 38°5, 40° ou 40°5, puis entre 37°5 et 38°5. Du 21 août au 3 septembre, la température du matin fut toujours supérieure d'un à deux degrés à celle du soir ; à partir du 3 septembre, les oscillations fébriles reprirent le type ordinaire.

Le 3 octobre, les parents ayant consenti à l'opération, l'amputation au 1/3 supérieur fut faite par M. Potterat. Depuis ce moment-là, la température ne s'éleva pas au-dessus de 37°5.

La malade sortit de l'hôpital le 24 novembre en excellent état.

A l'examen histologique fait par M. Péan, on constate qu'il s'agit

d'un sarcome mixte globo et fuso-cellulaire s'organisant par places autour de certains vaisseaux adultes plus ou moins atteints, en nouveaux systèmes de Havers ; et, par conséquent, ossifiant, subissant au contraire en d'autres endroits la dégénérescence myxomatéuse.

OBSERVATION V

(Thèse Paris 1905. — Néoplasmes malins primitifs de la plèvre)

Endothéliome de la plèvre

Homme de 39 ans. Pas d'antécédents. Débuts par signes vagues. Dyspnée croissante. Etat général conservé. Température : 37.6. Pas d'adénopathie. La moitié gauche du thorax est très dilatée. Signes nets d'épanchement. Expectoration muqueuse. Pouls fréquent, 124. Rien ailleurs.

On fait une ponction : liquide hémorragique (3 litres 1/2) avec sédiment énorme ; éléments du sang et grosses cellules vacuolaires, globules de graisse en conglomerats.

On fait successivement, en l'espace de deux mois, dix autres ponctions : le liquide garde les mêmes caractères. Celui des trois dernières présente la réaction du glycogène. Après la 3^e évacuation, on sent de petits nodules intrapariétaux au lieu de la ponction. Température autour de 38° à la fin.

On constate, lors des ponctions successives, une augmentation de la force nécessaire pour faire l'aspiration, une amélioration de plus en plus négative après l'évacuation et une augmentation de la proportion de sang. On pense à un néoplasme secondaire : mort après deux mois.

Autopsie : (Neumann) Epanchement hémorragique (1600). Poumon soudé à la plèvre en arrière et en haut, et sur la plèvre médiastine. Léger épanchement péricardique. La plèvre gauche s'enlève d'un seul bloc en un sac à parois épaisses (2/3 mm. ; 5/6 mm. sur plèvre diaphragmatique). Sur la plèvre pariétale quelques élevures et noyaux. A la pointe du lobe inférieur du poumon, groupe de nodules sous-pleuraux sur le côté péritonéal du néoplasme : quelques nodules néoplasiques.

Examen histologique. — Pas d'endothélium de revêtement ; puis couche de tissu conjonctif mince, couche fibrineuse mince ; et enfin couche fibrillaire épaisse, avec nids de grosses cellules épithélioïdes de plus en plus nombreuses. Elles sont de formes variées avec un ou plusieurs noyaux ; inclusions, mitoses. Infiltration abondante de cellules rondes. Puis tissu élastique ; couche anthracosique et poumon normal.

Altérations semblables sur plèvre pariétale et péritoine diaphragmatique.

Dans le diaphragme on trouve les cloisons conjonctives interfasciculaires infiltrées de cellules rondes et quelques amas de cellules cancéreuses. Il y a des cellules néoplasiques dans les fibres musculaires qui présentent des cavités centrales remplies de ces éléments. Les nodules intra-pariétaux présentent les mêmes lésions.

OBSERVATION VI

Bulletin Soc. méd. des Hôpitaux, 1875, Martineau

Sarcome fasciculé du rein

Petite fille, âgée de 2 ans 1/2, entre le 3 février 1875 à l'hôpital Sainte-Eugénie, vient à la consultation depuis un mois pour amaigrissement, pâleur, inappétence, fièvre vespérale tous les jours à la même heure, ce qui, joint à l'existence d'une tumeur régulière dans l'hypocondre gauche, fit diagnostiquer : « Fièvre intermittente ».

Etat actuel. — Ventre considérablement augmenté surtout depuis deux mois, tumeur lisse régulière ; en avant, perception très nette des mouvements péristaltiques de l'intestin. Veines sous-cutanées abdominales développées. Aspect cachectique. Grande maigreur, teint pâle mais jaune. Diarrhées fréquentes. Enfant meurt le 13 mars.

A l'autopsie on trouve une tumeur volumineuse de 30 centimètres de long sur 25 de large, pesant 1980 gram. Adhérences assez fortes avec la paroi abdominale antérieure et une anse d'intestin grêle. Enveloppe luisante, nacrée par places. Contenu formé dans ses 4/5 de caillots sanguins à divers états, caillots noirs, feuilletts de fibrine superposés, puis d'un liquide (environ 100 gram.) noir,

épais, de couleur chocolat, enfin profondément de nombreux noyaux fibreux jaunâtres.

Examen histologique par M. Cornil : sarcome fasciculé.

OBSERVATION VII

Inédite. — Service de M. le professeur Estor

Ostéosarcome du tibia

X..., 13 ans, entre à l'hôpital le 2 avril 1906, domicilié à Fonvieille (Bouches-du-Rhône).

Antécédents héréditaires. — Père mort à 40 ans de pneumonie, Mère bien portante.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle.

Début. — Il y a trois mois par une douleur vive au 1/3 supérieur du tibia gauche. Au bout de un mois la douleur s'est calmée et le membre s'est tuméfié.

Etat actuel le 6 avril 1906. — Etat général excellent, enfant gras. Légère élévation de température qui ne descend pas au-dessous de 37° et oscille entre 37°1 et 37°6. Bon appétit, bon sommeil. Plus de douleur locale, l'enfant ne se sent pas malade. La moitié supérieure de la jambe gauche est le siège d'un gonflement considérable. Les limites du gonflement sont mal accusées. La partie tuméfiée est beaucoup plus chaude que la partie saine. La tumeur fait corps avec le tibia, douloureuse à la palpation, de consistance inégale, dure à la périphérie, ramollie à la partie saillante. Le péroné paraît sain. Circonférence de la jambe gauche prise à 9 centimètres au-dessous de la pointe de la rotule, 39 centimètres 5. La jambe droite à 28 centimètres du même point.

A 18 centimètres au-dessus de la malléole externe la circonférence est de : jambe gauche, 31 centimètres : jambe droite, 26 centimètres 5.

L'articulation du genou gauche et la tibio-tarsienne sont saines malgré le voisinage de la tumeur.

Traitement radiothérapique.

31 mai. - Prélèvement pour examen anatomo-pathologique ; quoique la plaie ne présente aucun signe d'infection, ce prélèvement a déterminé une poussée fébrile et un accroissement notable de la

tumeur. Depuis lors la radiothérapie n'a plus eu d'action. Amputation le 6 octobre 1906. Le 22 novembre 1906, sarcome à l'occipital gros comme orange.

Mort le 20 février 1907.

Examen histologique. — A la périphérie de la partie osseuse, il existe une cavité dont les bords sont découpés par de larges golfes constitués par des processus très actifs d'ostéite raréfiante et remplis par des amas de cellules petites à gros noyaux très riches en chromatine. Ces amas sont parcourus par des vaisseaux néoformés autour desquels les cellules s'allongent en forme de fibroblastes. Il s'agit d'un sarcome d'origine ostéo-blastique.

OBSERVATION VIII

Thèse Marquis 1887, Montpellier.

Sarcome du rein

X..., 3 ans, entré à l'hôpital le 23 mai 1897, domicilié à Autignac (Hérault).

Antécédents héréditaires. — Père et mère en bonne santé; un autre enfant de 11 ans bien portant.

Antécédents personnels. — Enfant chétif. Rougeole il y a un mois; bronchite à 3 mois.

Début. — Il y a 4 mois, les parents se sont aperçus que le flanc gauche était plus volumineux que le droit; depuis lors, l'enfant est devenu plus triste, demandant à se reposer, dormant bien la nuit.

Etat actuel le 25 mai. — Flanc gauche plus volumineux que le droit; par la palpation et la percussion on peut limiter une tumeur ayant les dimensions d'une tête d'enfant de naissance, à grand axe dirigé de haut en bas de dehors en dedans. Elle mesure 0^m 20 sur 0^m 12. Elle est mate et rénitente et paraît constituée par une collection liquide à forte pression. Il s'agit très probablement d'un abcès car le malade a de la fièvre: 37° 8 hier soir, 38° ce matin. Nous avons examiné soigneusement le squelette; les os nous paraissent sains, mais il nous est très difficile d'avoir des renseignements précis, l'enfant ne pouvant nous indiquer si la pression est plus douloureuse en un point que sur un autre.

La tumeur envahit franchement la région rénale gauche, mais on ne peut cependant avoir le signe du ballottement. Il est probable que l'absence de ballottement résulte des adhérences de la tumeur. Depuis hier matin, il s'est formé au niveau de la face un œdème considérable surtout accentué aux paupières. Cet œdème n'existe pas aux membres inférieurs. L'enfant est plutôt maigre et a perdu l'appétit et le sommeil. Écoulement purulent de l'oreille datant de 8 jours.

Diagnostic — Abscès du rein gauche probablement tuberculeux.

Traitement. — Nous décidons, si la fièvre ne diminue pas, de pratiquer l'ouverture large de l'abcès rénal par l'abdomen et les lombes, avec large drainage. Nous pensons que grâce aux adhérences il sera possible de faire l'incision antérieure sans ouvrir la cavité péritonéale. Albumine dans les urines. Le 28 mai, analyse d'urine : faiblement acide. Densité 1003; urée, 4 gr. 09 par litre; chlorure de sodium, 0 gr. 90; sucre, 0; albumine, 0; acide phosphorique, 0 gr. 35.

Opération le 31 mai. — Anesthésie chloroformique, incision large dans le flanc gauche sur la partie la plus saillante de la tumeur longue de 10 centimètres et placée à 4 centimètres en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure. Incision perpendiculaire s'arrêtant à 1 centimètre de l'ombilic; on arrive, après avoir incisé tous les plans de l'abdomen, sur le péritoine; on aperçoit le côlon descendant au devant de la tumeur. On incise alors un second feuillet péritonéal et on découvre la tumeur. Celle-ci, adhérente en beaucoup d'endroits aux anses intestinales, est parcourue par de très grosses veines qui nécessitent de nombreuses ligatures. Après une heure de dissection on est amené sur un pédicule qui est lié et coupé. On ferme le ventre par des sutures comprenant toute la paroi; pansement à la gaze iodoformée. La tumeur, nettement fluctuante en certains points, s'est crevée à diverses reprises pendant l'opération laissant s'écouler une bouillie rougeâtre de nature sarcomateuse. Nous avons dû laisser un petit nodule néoplasique immédiatement en rapport avec la veine cave inférieure. Le rein a été enlevé en totalité. Poids: 1 kilog. Dimensions: 19 centimètres sur 13.

Mort du 31 mai au 1^{er} juin. — Le soir de l'opération, température 36° 5. Autopsie impossible.

Examen microscopique a démontré qu'il s'agissait d'un sarcome globo-cellulaire.

OBSERVATION IX

(*Archives générales de médecine*, Monneret, 1885).

Cancer du foie

Femme âgée de 36 ans, bien réglée, constitution robuste et athlétique, éprouve une forte émotion morale dont elle se remet difficilement ; de retour à Paris, elle reprend sa profession de domestique et tombe malade 10 jours seulement avant son entrée à Necker, le 7 mars 1854.

Il est impossible de faire remonter la maladie au delà de cette époque.

Elle éprouve d'abord, tous les soirs, vers trois heures, un accès de fièvre marqué par un frisson, chaleur, sueur, qui continuent pendant la nuit. Perte de l'appétit, douleur au creux épigastrique. La marche et la pression l'augmentent. Elle ne cesse de travailler qu'à son entrée à l'hôpital.

7 mars. — Embonpoint prononcé, coloration rouge du visage, pas de fièvre ; à la visite, pouls 84 ; décubitus forcé sur côté droit : tout autre amène une forte douleur ; tuméfaction de l'épigastre et de l'hypocondre droit, où l'on sent une tumeur et une douleur vive à la pression. Peau chaude, inondée de sueur, sans couleur jaune ; céphalalgie nulle ; visage souffrant, intelligence développée ; langue blanche à enduit épais ; soif vive ; selles naturelles. Foie augmenté de volume.

8 mars. — Journée meilleure ; moins d'anxiété ; douleurs irradiées à l'épaule droite et au bras droit, où se sont montrés des mouvements convulsifs, occupant les doigts de la main et les muscles de l'avant-bras ; mauvais état de l'organe digestif ; soif vive.

Le 9, dans la soirée, frisson léger, suivi de chaleur et sueur. Pouls, 92.

Les jours suivants, on observe pendant le jour un mouvement fébrile faible, redoublant la nuit (104-120), suivi tantôt de moiteurs, tantôt de forte sueur. Vomissements fréquents.

Ce qui frappe surtout, c'est la rapidité avec laquelle le volume du foie s'accroît chaque jour.

Dans les trois derniers jours de la vie, les sclérotiques se colorent en jaune ; la peau offre une teinte anémique ; un peu de liquide s'épanche dans les cavités péritonéales ; œdème des membres.

15 mars. — A l'autopsie, on trouve de la sérosité récente dans le péritoine. Le foie, énorme, remplissant tout le ventre, bosselé, défiguré ; sa substance propre dégénérée, jaunâtre, réduite à peu de chose en présence de la substance encéphaloïde disséminée partout.

Conduits biliaires, vaisseaux sanguins exempts de toute altération ; ganglions, estomac, pancréas, intestins, rien : rate aussi.

OBSERVATION X

Thèse, Paris. — Tumeurs malignes de l'intestin chez l'enfant

Sarcome de l'intestin

L. Pierac, 8 ans, salle Trélat, lit n° 5, hôpital Herold, entré le 4 mai 1904.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Trois frères aînés aussi.

Antécédents personnels. — Rougeole et pneumonie dans la première enfance. Époque précise inconnue.

Maladie actuelle. — Début il y a deux mois par douleurs de ventre. L'abdomen a grossi très rapidement en même temps qu'est survenu un amaigrissement très rapide.

Etat actuel. — 4 mai 1904. — Enfant maigre, affaibli ; peau blanche, légèrement jaune ; muqueuses décolorées, atrophie musculaire, température 40°, pouls 96.

Ventre tendu, bombé dans moitié droite ; peau luisante avec circulation veineuse collatérale très développée. Abdomen dur à la palpation donnant sensation ligneuse. A la percussion, matité absolue dans tout l'hypocondre droit ; confondue à matité hépatique. Fosse iliaque droite sonore. De même, la ligne de matité semble s'arrêter nettement sur la ligne médiane. Du 4 au 7 on constate en même temps que des élévations thermiques des alternatives de constipation et de diarrhée. Cœur et poumons normaux.

Diagnostic. — Tuberculose intestinale probable localisée au cœcum.

Opération 7 mai 1904 (Villemin). — Laparotomie. On se trouve en présence d'une tumeur d'apparence sarcomateuse occupant le côlon ascendant, adhérente avec infiltration à distance. On referme la paroi ; drainage.

8 mai. — Température 38°5, pouls 108. Etat général relativement bon ; pas de douleurs.

15 mai. — On enlève les fils ; guérison opératoire. Il ne reste qu'une fistule insignifiante à l'angle inférieur de la ligne d'incision. L'enfant a continué à s'alimenter. Etat général stationnaire. Douleurs sourdes dans le ventre. Diarrhée. On prend un peu de sang. Légère leucocytose. Urines normales sans sucres, sans albumine. Température 37°5, pouls 96.

3 juillet. — Appétit conservé, diarrhée disparue. Peau terreuse. A la palpation, on sent une grosse masse dans l'hypocondre droit, sensible à la pression, non mobile, lisse et résistante ; elle semble envoyer un prolongement vers l'hypocondre gauche et vers la fosse iliaque droite. Au toucher rectal, rien d'anormal. Pas de ganglions perceptibles. Température 38°, pouls 98.

16 juillet. — Amaigrissement, appétit diminué, ganglions perceptibles dans les aines. Rate volumineuse. Urines légèrement albumineuses. Légère leucocytose. Pas de bacilles de Koch dans les selles. L'enfant continue à décliner ; diarrhée profuse. Mort le 27 août 1904.

Autopsie. — Sarcome intestinal.

OBSERVATION XI

(Revue de chirurgie 1878. — Verneuil)

Sarcome de la cuisse

B..., 51 ans, haute taille, vigoureux, sobre ; aucun antécédent morbide ; contusion de la cuisse il y a 3 ans. Depuis 1 an, la santé générale, jusque-là excellente, s'altère, l'appétit disparaît ; à la vérité, les digestions sont mauvaises et les aliments souvent vomis.

Une claudication légère du membre gauche est attribuée à des varices très anciennes.

En avril 1877, démangeaisons très vives à la cuisse, où l'on remarque du gonflement pour la première fois. On prescrit des frictions résolatives qui restent sans effet. A la partie antéro-externe de la cuisse, au niveau du tiers moyen, tumeur considérable, sans limites précises, régulières, non bosselée, de consistance ferme à la base, beaucoup plus molle et quasi fluctuante au sommet, tout à fait indolente au toucher, n'étant le siège d'aucune douleur spontanée, et ne déterminant que dans la marche une gêne imputable à son poids.

La peau est saine, lisse, faiblement distendue, un peu rouge sans adhérences, et sillonnée de veines dilatées.

La jambe n'est point gonflée ; elle est seulement variqueuse, depuis fort longtemps, du reste.

L'état général est médiocre, les forces diminuent, l'appétit presque nul, vomissements fréquents, sommeil inquiet, visage fatigué ; mouvement fébrile le soir, du reste fort irrégulier.

Le tracé oscille pendant plusieurs jours entre 38 degrés le matin et 38° 5 le soir ; puis il descend à 37° 3, même 36° 8, pour remonter à plusieurs reprises à 39 degrés.

L'écart entre le matin et le soir est tantôt d'un degré à un degré et demi.

L'examen le plus minutieux des viscères ne peut jamais nous rendre compte de ce mouvement fébrile.

Un instant, en tenant compte de la fausse fluctuation, de la fièvre, des symptômes généraux, nous pensâmes qu'on avait peut-être affaire à un abcès à marche lente. En conséquence, on fit une ponction exploratrice qui resta sans résultat et ne donna issue qu'à quelques gouttes de sang.

Le 4 juin, l'opération fut pratiquée ; le thermomètre qui, la veille au soir, marquait 38° 4, était descendu ce matin-là. La perte de sang fut assez considérable ; aussi la température descendit-elle dans le courant du jour à 36° 4 (midi), 36 degrés (3 heures), 35° 5 (5 h. 1/2), mais, remontant brusquement, elle revenait à 37° 8 (6 heures), 38 degrés (8 h. 1/2), et enfin 38° 2 (minuit).

Le deuxième jour, elle oscillait entre 37 et 38 degrés.

Les troisième et quatrième jours, elle atteignit, le soir, comme maximum, 38° 2, puis tomba définitivement, le cinquième jour, à 37 degrés, pour ne plus dépasser 37° 6.

Donc, à partir du moment où la tumeur fut supprimée, la fièvre cessa, si je mets sur le compte de l'opération les deux légères ascensions jusqu'à 38° 2 qui eurent lieu les troisième et quatrième jours.

La tumeur présentait toutes les variétés du tissu conjonctif en voie d'hyperplasie. Tissu fibreux ou fibroïde, amas de corps fusiformes ou de cellules embryonnaires, matière colloïde pure et en masses volumineuses ou infiltrées au milieu des autres éléments morbides. La prédominance de cette matière et des cellules jeunes ferait appeler cette tumeur un myxo-sarcome. Sur les coupes, ces différences de structure se traduisent par les aspects les plus variés. Ici, un tissu jaunâtre opaque simulant le lipome induré ; là, une masse d'apparence caséuse ; en d'autres points, une matière gélatiniforme ou une substance ramollie.

Une foule d'éléments infiltrés de graisse ou de fines granulations sont à peine reconnaissables au microscope.

La structure type ne se trouve qu'en des points épars et surtout à la périphérie.

OBSERVATION XII

(Revue de chirurgie 1878. — Verneuil).

Sarcome de la cuisse gauche chez une rhumatisante. — Accès fébriles à caractère rémittent. — Opération. — Disparition immédiate de la fièvre. — Guérison.

Julien (Jeanne), 55 ans, domestique, entrée à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Augustin, numéro 29, le 12 octobre 1877, pour une tumeur ancienne de la cuisse gauche.

Elle a la figure ridée, le teint terreux, l'air fatigué. Pas d'antécédents scrofuleux. A 25 ans, fièvre typhoïde assez grave. A 30 ans, pour la première fois, accidents rhumatismaux se traduisant par des fluxions articulaires multiples d'une certaine intensité, se répétant d'intervalle à intervalle, et empêchant la marche au moment de leur apparition.

Du reste, la mère de la malade était franchement rhumatisante et l'un de ses fils est mort, à l'âge de 20 ans, des suites

d'une affection cardiaque consécutive elle-même à trois attaques de rhumatisme articulaire aigu.

La tumeur présente les caractères suivants : elle siège au niveau de la pointe du triangle de Scarpa et se prolonge un peu en dedans ; du volume des deux poings d'un adulte, ferme au toucher et résistante ; elle est bosselée, mobile sur les parties profondes, adhérente en certains points à la peau qui est bleuâtre au niveau des adhérences ; la surface de la tumeur est sillonnée par de nombreuses veines dilatées. Point de ganglions inguinaux, point de douleur à la pression ; aucun trouble dans l'innervation et la circulation de la partie inférieure du membre.

La tumeur remonte, paraît-il, à six ans ; à ce moment, elle est absolument indolente et ne dépasse pas le volume d'une noisette ; elle s'est accrue peu à peu, mais assez lentement, pendant les cinq premières années. Dans la dernière, elle a grossi d'une façon rapide, surtout vers le mois de juin. Alors, aussi, pour la première fois, se sont montrées des douleurs, très supportables, du reste, et ne troublant jamais le sommeil. La marche a toujours été facile.

En même temps que la tumeur faisait des progrès plus rapides, l'état général devenait de moins en moins bon ; les forces diminuaient, l'appétit tombait et il survenait une petite toux fatigante. Dès le mois de juillet éclataient fréquemment des accès d'une intensité telle que, au milieu des plus fortes chaleurs de l'été, la malade faisait de grands feux et s'en rapprochait le plus possible.

C'est dans cet état qu'elle se présente à nous, maigre, pâle, fatiguée, affaiblie, avec un bruit de souffle anémique, et toutes les apparences d'une cachexie menaçante.

La température, prise deux fois par jour, dénotait tout d'abord une fièvre continue évidente : 38° le matin, 39° le soir. Vers 2 heures de l'après-midi, il y avait sensation de refroidissement. Je soupçonnais une fièvre intermittente ancienne, bien que la malade n'eût pas souvenir de l'avoir jamais eue et n'ait pas habité de contrée paludique. Je fis donner 60 centigrammes de sulfate de quinine. Pendant deux jours, la température tomba à 37°, puis le tracé remonta peu à peu. La quinine fut donnée de

nouveau trois jours de suite, sans autre résultat que d'augmenter l'amplitude des oscillations du tracé. Le paludisme mis de côté, nous explorâmes très minutieusement tous les viscères, ce que la maigreur rendait aisé et nous fîmes, à plusieurs reprises, l'analyse des urines. Nous ne tirâmes aucune lumière de toutes ces explorations, et nous en vinmes à conclure que la fièvre était entretenue par le néoplasme lui-même. D'ailleurs, il fallait prendre un parti ; les forces diminuaient toujours, les fonctions digestives languissaient de plus en plus et la malade se désespérait d'être depuis un mois dans une salle, sans être débarrassée de son mal.

Depuis quelques jours, la température était fort irrégulière ; ainsi, étant à 39°, le 5 au soir, elle était descendue à 37° le 6 au matin, et se maintenait le lendemain vers 38°5, pour descendre encore à 36°2 le 8 au matin. Le 9, état presque stationnaire. Le 11, ascension subite de 37°4 le matin à 39°6 le soir. Je ne pus découvrir la cause de ces irrégularités, mais je me décidais à opérer le 12 novembre ; le thermomètre marquait ce jour-là 37°2. La tumeur est enlevée au thermocautère ; les vaisseaux fémoraux sont mis à nu sur une longueur de 6 à 7 centimètres, et ne restent recouverts que d'une mince couche de tissu conjonctif. La quantité de sang perdu est minime et malgré la grande étendue de la plaie, qui ne mesure guère moins de 16 centimètres à 18 dans ses divers diamètres, un petit nombre de ligatures sont nécessaires.

Pansement antiseptique.

Le soir de l'opération, la journée ayant été fort calme, la température tomba à 36°4. Le lendemain matin, elle remonta à 37°. La malade, contente d'être opérée, n'éprouva pas le moindre malaise, pas la plus petite douleur.

Cet état favorable se continue les jours suivants. Le tracé thermométrique oscille entre 37°, 37°5 ou 37°8, pendant les cinq premiers jours ; puis entre 37° et 37°2 la semaine suivante. La température restant continuellement basse, nous supprimons l'exploration vingt jours après l'opération.

L'appétit, le sommeil, la gaieté reparaissent bientôt ; le teint cesse d'être terreux et les chairs sont moins flasques.

Le 15 décembre, la plaie, réduite de moitié dans toutes ses di-

mensions et de niveau avec les parties voisines, offre la plus belle apparence. La malade, qui s'est levée dans la salle depuis plusieurs jours, demande à terminer sa guérison chez elle. Nous lui accordons sa sortie. Depuis quelques jours, les douleurs rhumatismales légères ont apparu dans le côté sain.

La tumeur examinée par M. Nepveu est un sarcome fasciculé, dont la composition varie d'un point à l'autre. Au centre, les éléments sont à peine reconnaissables, parce qu'ils sont ramollis ou infiltrés de graisse en état de nécrobiose ; en plusieurs endroits, ils forment des masses qui rappellent la matière phymatoïde de Lebert.

A la périphérie, au contraire, on reconnaît la structure véritable du néoplasme. Ici, des masses de tissu fibro-plastique peu dense ou infiltré de matière colloïde ; là, des amas d'éléments plus jeunes (cellules et noyaux embryoplastiques). Les vaisseaux ne sont pas très abondants ; à une certaine profondeur, ils sont comprimés ou envahis par le tissu morbide ; ce qui explique, sans doute, les altérations si étendues au centre de la tumeur.

OBSERVATION XIII

(Revue de chirurgie 1877. — Estlander.)

Ostéosarcome du fémur

Homme de 32 ans. Remarque : il y a deux ans que son genou droit devenait raide et volumineux. Le massage essayé n'eut aucun résultat.

Entrée à l'hôpital le 22 février 1876. Constitution bonne, nulle affection viscérale. Au-dessus, en avant et en dedans du genou, tumeur adhérent au fémur, inégale, recouverte d'une mince couche osseuse, pulsatile, mais diminuant à peine de volume par la compression. Les mouvements du genou sont indolores, mais un peu limités. Ganglions de l'aîne volumineux.

Température à la surface de la tumeur, 38°3 ; au point correspondant de l'autre côté, 38°, dans l'aisselle 39°. Le lendemain,

nouvelle exploration : surface de la tumeur 38° ; côté opposé 36°5, dans l'aisselle 38°.

Dès lors, le doute sur la nature de la tumeur n'est plus possible. C'est un ostéosarcome fortement vasculaire. Comme les ganglions qui sont pris peuvent être enlevés sans difficulté, l'amputation de la cuisse est proposée. Le malade la refuse.

OBSERVATION XIV

Anker. Inaug. Diss. Strassburg 1890.

Sarcome du rein et du foie

Mme M..., 44 ans, jusque-là bien portante. Depuis plusieurs mois, elle souffre d'une fièvre intermittente opiniâtre. Tous les soirs, vers 4 heures, apparaît un frisson suivi de chaleur et de sueur. La température monte jusqu'à 40° et même plus haut. Plus tard, dans les derniers temps survint de la perte des forces et de l'appétit. A part cela, on ne note aucun symptôme de maladie.

L'examen de la malade montre les faits suivants : Le foie est augmenté de volume, mais on n'y sent pas de nodosités ; le contenu de l'estomac est normal, pas de fermentation. L'acide chlorhydrique est prescrit. Le rein gauche est perceptible, repose à gauche sous le bord des côtes et semble glisser vers le petit bassin. Il est facilement ballotable, sensible à la palpation bimanuelle, à une légère pression, dur et bosselé. Les frissons deviennent insupportables à la malade qui demande par tous les moyens d'en être délivrée. La néphrectomie est décidée et acceptée.

Soupçonnant la présence de noyaux secondaires dans le foie, on fait une laparotomie.

On arrive sur le rein et on trouve l'organe envahi presque totalement par un noyau gros comme une pomme. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un sarcome. Pas de métastases ailleurs. Les suites de l'opération furent très bonnes. Les frissons disparurent. La malade reprit des forces. Mais, quatre semaines après, alors que la plaie abdominale était pres-

que complètement fermée, la fièvre réapparut telle qu'auparavant. Tous les soirs, la malade se plaignait de frissons, suivis de chaleur et de sueur. La température monta à 40° et même à 41°. La malade mourut.

L'autopsie montra la présence dans le foie d'un gros noyau, dont la constitution histologique était identique à celle de celui trouvé dans le rein. Il n'y avait nulle part de suppuration.

OBSERVATION XV

Lyon médical 1903. — Cade et André.

Sarcome du rein dissimulant une splénomégalie

Garçon de 19 ans, porteur d'une grosse tumeur abdominale qui avait débuté trois mois auparavant.

Le malade avait un aspect cachectique et racontait avoir craché du sang. La tumeur occupait tout l'hypocondre gauche, s'étendant jusqu'à la ligne médiane et dépassant la hauteur de l'ombilic. Le foie est gros. Induration d'un sommet pulmonaire; signes d'épanchement léger à la base.

Rien au cœur. Pas de troubles urinaires. Très légers disques d'albumine. Fièvre 38° à 39°. Leucocytose, 25.000 globules blancs avec prédominance polynucléaire. Pas de formes anormales. La plupart firent le diagnostic de tumeur splénique; quelques-uns firent des réserves pour le rein à cause d'un varicocèle gauche récent. Il ne fut pas fait de séparation des urines.

L'autopsie montra qu'il s'agissait d'un énorme sarcome du rein (1.880 gr.) vérifié par l'examen histologique avec généralisation au foie et aux deux poumons.

OBSERVATION XVI

Orcel. Thèse Lyon 1889.

Cancer thyroïdien

P. Françoise, 66 ans, blanchisseuse, née à Vourcieux (Loire), entre le 15 septembre 1887, numéro 18, salle Ste-Anne, service du professeur Tripier, suppléé par M. Sabatier.

Antécédents héréditaires. — Rien.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle. Ménopause à 36 ans. Jamais de goître, même peu marqué.

Début de la maladie actuelle, il y a deux mois environ, à la suite d'un refroidissement contracté dans l'exercice de sa profession, au dire de la malade. Elle eut à ce moment des symptômes fébriles, soif vive, frissons. En même temps, le cou de la malade augmentait de volume petit à petit. A ce moment, légères douleurs au niveau de la partie antérieure du cou, douleurs que la malade compare à des picotements. La nuque, l'oreille étaient également le siège de douleurs plus marquées, qui persistent encore aujourd'hui. Il y avait de la gêne de la déglutition et de la respiration, dès le début.

Cet état a persisté depuis, en s'aggravant plutôt.

Amaigrissement prononcé ; appétit peu marqué, soif vive. Plus de frissons, mais douleurs persistantes à la nuque. Au cou, on trouve une tumeur énorme, saillante, siégeant à la partie antérieure du cou et présentant trois lobes, deux adhérents ensemble. La peau est encore mobile sur la tumeur au niveau des parties latérales, mais elle est adhérente, œdématéuse, d'un rouge sombre sur la ligne médiane. Elle est chaude à la palpation. Elle adhère fortement à la tumeur sur le lobe médian ; sur la partie supérieure, la peau présente au niveau de la tumeur un aspect qui rappelle celui de la peau d'orange ; sur le côté droit, la tumeur présente quelque mobilité, mais sur la ligne médiane, elle est complètement immobile, soudée au sternum et aux parties profondes. La consistance générale est dure, cependant en certains points et principalement sur le lobe droit

il semble y avoir des points plus ramollis, plus fluctuants. La tumeur du côté gauche est moins dure que le reste. Aucune mobilité dans les mouvements de déglutition ou de respiration. Douleurs irradiées aux épaules. Circulation sous-cutanée sur le sternum et à la partie supérieure du thorax. Aux poumons, râles de bronchite sonores, étendus aux deux poumons, respiration rude, toux quinteuse. La peau est chaude. La température rectale du soir est de 38°6.

20 septembre. — Ponction donnant issue à un peu de sang. La ponction a été faite dans le lobe médian.

21 septembre. — Température locale prise sur la tumeur médiane du cou, 37° ; sur la région précordiale, 36°8. La malade, depuis la ponction d'hier, souffre moins ; la ponction paraît donc avoir notablement soulagé les douleurs. Elle a permis, en outre, de faire le diagnostic entre une thyroïdite suppurée et un cancer fébrile. L'intervention radicale est repoussée en raison du mauvais état général. Amaigrissement, teinte jaune paille, râles disséminés de bronchite. Pas d'hémoptysies.

Autopsie le 21 octobre 1887 (résumée). — Elle a démontré qu'il s'agissait d'une tumeur épithéliale du corps thyroïde, avec noyaux de généralisation dans la portion antérieure des deux poumons.

Températures rectales du matin et du soir présentées par la malade, pendant son séjour à l'hôpital :

16 septembre : m. 38°6, s. 38°6 ; — 17 : m. 37°4, s. 39°3 ; — 18 : m. 38°7, s. 39°2 ; — 19 : m. 38°, s. 39°2 ; — 20 : m. 38°4 (ponction), s. 37°9 ; — 21 : m. 37°8, s. 38°7 ; — 22 : m. 37°9, s. 39°3 ; — 23 : m. 38°2, s. 39°1 ; — 24 : m. 38°2, s. 39°6 ; — 25 : m. 37°9, s. 38°8 ; — 26 : m. 38°2, s. 39°1 ; — 27 : m. 38°, s. 38°1 ; — 28 : m. 38°3, s. 37°9 ; — 29 : m. 38°4, s. 39°1 ; — 30 : m. 38°1, s. 37°8.

1^{er} octobre : m. 37°9, s. 39° ; — 2 : m. 38°4, s. 38°8 ; — 3 : m. 38°2, s. 38°4 ; — 4 : m. 38°6, s. 38°7 ; — 5 : m. 38°2, s. 38°5 ; — 6 : m. 38°8, s. 39°1 ; — 7 : m. 38°2, s. 39° ; — 8 : m. 38°1, s. 38°1 ; — 9 : m. 38°1, s. 38°7 ; — 10 : m. 38°8, s. 38°6 ; — 11 : m. 38°, s. 38°7 ; — 12 : m. 38°4, s. 39°6 ; — 13 : m. 38°, s. 38°6 ; — 14 : m. 38°1, s. 38°8 ; — 15 : m. 38°6, s. 38°8 ; — 16 : m. 38°6, s. 38°9 ; — 17 : m. 38°4, s. 38°6 ; — 18 : m. 37°6, s. 38°5.

OBSERVATION XVII

(Bulletin Société anatomique 1898.)

Sarcome aigu du poumon. — Généralisation.

X... entre le 16 septembre 1897, à Tenon, service du docteur Béclère.

Antécédents héréditaires. — Mère épileptique.

Antécédents personnels. — Rougeole de l'enfance. Réglée à 16 ans et demi, périmétrite à 19 ans ; à 27 ans, douleurs des seins. Pas de syphilis, pas d'éthylisme.

Maladie actuelle. — Bien portante, lorsqu'il y a quatre mois, à la fête de Neuilly, douleurs dans les deux membres inférieurs avec parésie. Trois jours après, peur vive d'un incendie. La malade se couche ; ses règles cessent ; le lendemain, elle ne peut quitter le lit. Depuis ce jour-là, d'ailleurs, elle ne l'a plus quitté. Quinze jours après, elle a eu une crise pulmonaire dénommée pneumonie par le médecin traitant (dyspnée intense et expectoration sanglante). Depuis, son état pulmonaire s'est amélioré, mais elle n'a pas cessé d'avoir de la dyspnée, de tousser, de cracher (blanc verdâtre). Un mois avant son entrée, rétention complète d'urine ayant nécessité l'emploi de la sonde pendant trois semaines.

Etat actuel. — Motilité, paresse des deux membres inférieurs. Sensibilité subjective : douleurs dans les membres inférieurs ; hyperesthésie généralisée de tout le corps au contact. Mouvements douloureux.

Objective : pas d'anesthésie, ni d'hyperesthésie des parties du corps situées au-dessus de la ceinture. Hyperesthésie à la douleur des membres inférieurs de l'abdomen, de la partie inférieure du dos.

Réflexes : patellaire exagéré ; pas de clonus du pied ; pharyngé aboli ; yeux réagissant à la lumière et à l'accommodation. Miction difficile ; la malade urine goutte à goutte sans incontinence. Transpiration opiniâtre.

Poumon. — Aux deux bases, râles de congestion pulmonaire.
Cœur. — Tachycardie, arythmie. Rien aux autres organes.

Températures de la malade durant son séjour à l'hôpital :

16 avril : s. 38°2 ; — 17 : m. 37°4, s. 39°1 ; — 18 : m. 37°4, s. 38°5 ; — 19 : m. 37°8, s. 38°5 ; — 20 : m. 38°1, s. 38°8 ; — 21 : m. 38°6, s. 39°5 ; — 22 : m. 39°1, s. 40°5 ; — 23 : m. 38°4, s. 40° ; — 24 : m. 38°4, s. 39°8 ; — 25 : m. 38°4, s. 39°6 ; — 26 : m. 39°1, s. 39°6 ; — 27 : m. 38°6, s. 39°5 ; — 28 : m. 38°8, s. 39° ; — 29 : m. 38°6, s. 38°7 ; — 30 : m. 38°2, s. 38°4 ; — 31 : m. 38°4, s. 38°5.

1^{er} mai : m. 38° , s. 39°6 ; — 2 : m. 39°8, s. 39°6 ; — 3 : m. 39°8 ; s. 39°5 ; — 4 : m. 39° , s. 39°4 ; — 5 : m. 38°8, s. 39° ; — 6 : m. 38°8, s. 39° ; — 7 : m. 38°8, s. 38°6 ; — 8 : m. 38°9, s. 38°9 ; — 9 : m. 39°2, s. 39°4 ; — 10 : m. 38°8, s. 38°6 ; — 11 : m. 39°2, s. 39°4 ; — 12 : m. 39°2, s. 40°6.

Les symptômes restent ce qu'ils étaient à l'arrivée. A signaler seulement une hémoptysie abondante survenue du 1^{er} au 5 octobre. La malade, qui a un embonpoint considérable, maigrit peu, mais ses traits se tirent et son facies exprime une souffrance intense.

Les diagnostics portés sont successivement constipation, endocardite infectieuse (à cause de la température et des signes cardiaques), puis enfin granulie après l'hémoptysie.

Mort le 12 mai, 27 jours après son entrée, avec phénomènes de dyspnée, cyanose, hyperthermie.

Autopsie le 14. — Poumon gauche, transformé en une vaste cavité contenant un liquide crémeux, blanchâtre. Les parois de la cavité sont constituées par une enveloppe de tissu pulmonaire intact, doublé en dedans d'une couche de tissu blanchâtre et grisâtre lardacé. Poumon droit normal. Congestion légère de la base à la partie moyenne des 5^e et 6^e côtes droites, et les espaces intercostaux adjacents faisant saillie sous le sein et aussi dans la cavité pleurale.

Les ganglions médiastinaux, les corps des 2^e et 3^e vertèbres sont envahis par des tumeurs analogues, ainsi que la moelle.

L'examen microscopique fait par M. Miliou démontre qu'il s'agissait d'un sarcome globo-cellulaire.

OBSERVATION XVIII

(Thèse Paris. Cancer primitif pleuro-pulmonaire.)

Cancer aigu du poumon

X..., âgé de 28 ans, entre le 6 mars 1865, salle Saint-Charles, numéro 16, pour névralgie sciatique gauche, ayant cédé à des bains sulfureux. Le malade se disposait à quitter l'hôpital, lorsqu'il fut pris tout à coup, sans cause appréciable, des symptômes d'une fièvre catarrhale : fièvre intense, courbature générale, toux, douleurs thoraciques vagues, gêne de la respiration, inappétence, langue blanche, diarrhée.

L'auscultation fit entendre dans les premiers jours de nombreux râles ronflants et sibilants, disséminés dans les deux poumons. Ces râles ne tardèrent pas à se transformer en râles sous-crépitants, qui furent perçus également dans toute la hauteur de la poitrine, tant en avant qu'en arrière. Les râles sous-crépitants sont devenus de plus en plus humides. Dans les derniers jours, on a constaté de la submatité dans tout le côté gauche du thorax, surtout à la partie postéro-supérieure.

Pendant près d'un mois que la maladie a duré, la fièvre a été vive, continue ; la transpiration abondante, l'affaiblissement a rapidement progressé ; les crachats n'ont jamais été différents de ceux de la bronchite. La face a toujours été d'une pâleur considérable. Mort le 10 juin.

Autopsie. — Masses cancéreuses dures ; quelques-unes en voie de ramollissement dans les deux poumons, surtout au poumon gauche. La plus volumineuse était située de ce côté, vers l'angle de l'omoplate, et plus près du bord postérieur que de la face antérieure. Les bronches étaient injectées.

Des masses cancéreuses étaient dans les reins et le pancréas. L'intestin était sain.

OBSERVATION XIX

Murchinson. Clinical Society de Londres. Lancet, 1875.

Cancer du foie et du testicule

Homme de 34 ans, dont le cas montre bien, fait clinique important, que certains cancers peuvent être suivis d'une élévation de température. Il n'y a guère de cas connus de température dans les cancers. Wunderlich dit que l'élévation de température dans le cancer dépend toujours de complications. Le docteur Woodmann a confirmé cette opinion et dit que dans cette affection la température ne sort guère des limites de la normale.

Le patient est un charpentier qui, six semaines avant son admission à l'hôpital, à la suite de fatigues excessives, éprouva une vive douleur dans le testicule gauche.

Aucun antécédent carcinomateux dans la famille.

Six semaines avant son admission, il commença également à souffrir dans l'hypocondre droit. Le foie augmenta rapidement et cette augmentation fut accompagnée de sueurs nocturnes et de beaucoup d'émaciation. A son admission, la température était de 101° Farenheit, 38°3. Il se plaignait de douleurs dans la région hépatique. Le foie descendait jusqu'à la crête iliaque et s'élevait à un pouce et demi au-dessous du mamelon. Ni ictère, ni ascite. L'urine avait une densité de 1018 et contenait peu d'albumine. Le pouls était à 120 pulsations. Le foie continua à grossir. Les attaques de vomissements devenaient fréquentes. Les températures étaient les suivantes :

6 novembre : soir 101°2, 38°4 ; — 7 : m. 101°1, 38°3 ; s. 101°3, 38°5 ; — 8 : m. 99°, 37°2 ; s. 101°4, 38°6 ; — 9 : m. 98°5, 36°9 ; s. 101°2, 38°4 — 10 : m. 99°, 37°2 ; s. 100°, 37°7 ; — 11 : m. 100°, 37°7 ; s. 103°, 39°4.

Un jour, il eut un frisson violent suivi d'une fièvre à allure pyohémique. Il mourut bientôt et à l'autopsie on trouva que le foie était gros de 12 pouces et demi verticalement. Sa substance était farcie de masses cancéreuses. Il n'y avait pas de péritonite.

Le testicule était infiltré de cancer ; le cœur et les autres organes étaient sains. Ce cas, dit Murchinson, est assez difficile à interpréter étant donné l'âge du patient. Le diagnostic qui semblait devoir s'imposer était pyohémie du foie. Ce cancer a donc évolué absolument comme une pyohémie.

La lecture de ces observations nous paraît suffisamment démonstrative pour admettre que certains néoplasmes sont susceptibles de produire de la fièvre. Point n'est besoin que la tumeur soit généralisée. Isolée dans l'organisme, sa présence seule suffit à amener l'hyperthermie. Pour bien mettre en évidence ce fait, nous avons placé les premières les observations ayant trait à des néoplasmes isolés, citant ensuite celles ayant donné lieu à des métastases dans les organes. On ne peut donc pas nous objecter que c'est à ces dernières qu'est due l'élévation de la température. Cela serait-il, la fièvre serait quand même due à la tumeur, puisque les métastases ne sont que l'envahissement d'un point de l'organisme par des éléments néoplasiques issus de la tumeur première.

Quelques remarques s'imposent maintenant. L'hyperthermie générale nous a paru plus fréquente dans les sarcomes que dans les tumeurs épithéliales malignes.

On a vu de plus dans notre travail qu'il n'est nullement fait mention des cancers épithéliaux les plus fréquents, ceux de la glande mammaire, de l'utérus, de l'estomac. Pour les deux premiers, nous n'avons pas trouvé dans la littérature médicale, d'observations nous montrant qu'ils étaient susceptibles de modifier en plus la température du corps. Quant au troisième les observations ne manquent pas. Elles sont même très nombreuses, mais elles présentent un défaut essentiel : c'est que toutes ont trait

à des tumeurs ulcérées, particularité qui ne nous permet point de tirer des conclusions.

Dans toutes les observations que nous avons soumises à l'appréciation de nos juges, trois choses nous ont frappé. D'abord, la rapidité d'évolution de tous ces néoplasmes. L'un d'eux a évolué en 6 mois : c'est le sarcome de la cuisse chez une rhumatisante de Verneuil. Certains ont emporté le malade en 4 à 5 mois, tels le sarcome du rein pris pour un abcès rénal, celui du poumon et de la colonne vertébrale, d'autres ont duré 3 à 4 mois, comme le cancer de la thyroïde, le sarcome de l'intestin. 2 à 3 mois ont suffi à quelques-uns pour tuer le malade qui en était atteint : parmi eux nous citerons le sarcome du rein relaté dans notre première observation, ceux pris pour un kyste hydatique, une fièvre intermittente, celui de la cuisse observé par Verneuil, le cancer massif du foie vu par le Dr Girard de l'École de médecine navale de Bordeaux. Tant que l'amputation ne fut pas faite, un ostéosarcome du fémur produisit de la fièvre : elle dura 2 mois. Pour évoluer, 3 semaines suffirent au cancer du foie étudié par Monneret ; aussi celui-ci ne manque pas de dire que ce qui frappe surtout dans cette observation, c'est la rapidité avec laquelle le volume du foie s'accroît chaque jour. Dans l'ostéosarcome du tibia ayant évolué dans le service de M. le professeur Estor, on voit que le prélèvement fait pour l'examen histologique a, bien que la plaie ne présente aucun signe d'infection, déterminé une poussée fébrile et un accroissement notable de la tumeur. Il existe donc une relation très importante entre la marche fébrile des tumeurs malignes et leur mode de développement. L'hyperthermie n'apparaît que lorsqu'elles évoluent d'une façon rapide. Est-ce à dire toutefois que toutes les tumeurs qui s'accroissent vite soient susceptibles d'amener

une élévation de la température générale du corps? Non certes, mais cela signifie que toutes les tumeurs qui joignent à leur séméiologie le symptôme fièvre acquièrent très rapidement de grandes dimensions, sont douées d'une plus grande vitalité.

La seconde chose qui nous a frappé, c'est que presque tous ces cancers sont des cancers mous.

Dans la plupart des relations de sarcome du rein on lit que la tumeur une fois ouverte, soit d'elle-même, soit d'un coup de ciseau, laisse s'écouler une bouillie rougeâtre, caractéristique du tissu sarcomateux. Les ostéosarcomes sont aussi ramollis et fluctuants. Le cancer aigu avec métastases dans les reins et le pancréas et le sarcome du poumon présentent aussi des points de ramollissement. Monneret écrit qu'il trouva la substance propre du foie dégénérée jaunâtre, réduite à peu de chose, en présence de la substance encéphaloïde disséminée un peu partout. Les néoplasmes malins, mous, sont donc ceux qui produisent la fièvre avec le plus de facilité.

Sont donc capables d'élever la température générale du corps, les tumeurs malignes à accroissement rapide, constituées pas du tissu encéphaloïde.

Enfin le troisième fait remarquable qui a attiré notre attention, c'est l'irrégularité et la forme atypique de la fièvre.

On a d'abord essayé de donner un type, puis plusieurs de la fièvre dans les tumeurs malignes.

La fièvre est constituée pour Monneret par une série de petits accès quotidiens; parfois il y en a deux chaque jour. Ils sont exacerbants et entés sur une fièvre continue tantôt légère, tantôt intense. Dans un cas la fièvre avait adopté le type intermittent avec frissons, chaleur et sueur. Murchinson a vu la fièvre être continue et rémit-

tente. Pour Vernéuil, il n'y a pas de forme bien définie, l'écart entre les chiffres du matin et du soir est tantôt de quelques dixièmes à peine, tantôt de 1° à 1°5. A la vérité, dit-il, la fièvre s'est montrée toujours sans type constant. Swartz, Havage et Aussourd n'ont pas pu davantage la rattacher à un type particulier. Hanot et Gilbert, en observant des cancers du foie, furent amenés à décrire deux types de cette fièvre: 1° un type fébrile continu qui débute avec fracas par des frissons, des malaises, de la courbature et est d'emblée intense, rougeur de la face, sécheresse de la langue, chaleur; tous ces symptômes ne cessent pas jusqu'à la mort; 2° un type fébrile rémittent: le matin, température subnormale; l'après-midi ou le soir, exacerbation marquée par des frissons, des sueurs; la langue est blanche, la soif vive, l'appétit nul et les urines sédimenteuses.

Volkers, en 1889, cite le cas de deux malades atteints de sarcomes, chez lesquels la fièvre prit toujours le caractère récurrent. Fretel fait de la fièvre du cancer une fièvre intermittente à type quotidien.

Freudweiler divise ses cas en 4 groupes: dans le premier la fièvre est continue, c'est-à-dire ne s'élève pas de plus de 1° par jour; dans le second cas, elle est rémittente; dans le troisième, elle est intermittente avec accès semblables à ceux de la malaria; enfin le quatrième groupe renferme les cas où l'élévation de la température ne s'est pas présentée d'une façon constante pendant la durée de maladie.

Schwartz, dans sa thèse inaugurale, écrit que tous les types de fièvre intense se rencontrent dans le carcinome comme dans le sarcome. Dans ces tumeurs malignes la fièvre, dit-il, est tantôt continue, tantôt rémittente, tantôt intermittente, tantôt récurrente, tantôt irrégulière.

Nous nous rangeons pleinement à l'opinion de Schwartz. Les quelques observations que nous présentons tendent, en effet, à démontrer que la fièvre dans les tumeurs malignes peut revêtir tous les types. La fièvre dans les néoplasmes malins est donc atypique. Elle est de plus irrégulière. C'est ainsi par exemple que dans le cours d'un cancer la fièvre sera d'abord continue, puis prendra le caractère rémittent, ou intermittent, tout en revêtant parfois le type inverse.

Irrégulière et atypique, tels sont donc les deux caractères de la fièvre néoplasique

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE DE LA FIÈVRE NEOPLASIQUE

Pour certains, et parmi eux Hanot et Gilbert, la fièvre est dans le cancer l'indice d'une pullulation active des éléments cancéreux. Elle annonce une marche suraiguë du néoplasme et présage une mort prochaine. « Il est naturel, disent-ils, de supposer que la fièvre est là le résultat de la division et de la multiplication exceptionnellement rapide des éléments néoplasiques. »

C'est ce qu'avait proclamé Péter, en 1878, dans la *France médicale*: « En pathologie, comme en mécanique, il y a calorique dégagé. Il s'ensuit encore réciproquement que ce calorique dégagé décelant un travail accompli peut devenir un moyen de diagnostiquer ce travail. Enfin cette notion du travail morbide ne doit pas seulement s'entendre de la sécrétion d'un produit morbide inflammatoire, mais encore de la genèse d'un néoplasme et de l'évolution de celui-ci. Le calorique dégagé à cette occasion pourrait révéler la naissance comme les phases d'évolution du néoplasme. » Cette théorie se rapproche de celle de Zimmermann qui, dans les inflammations locales attribuait la fièvre à l'échauffement de l'économie par ces mêmes foyers d'inflammation. Sans doute dans les néoplasmes fébriles, comme l'ont montré Estlander,

Swartz et d'autres, il y a production de chaleur au point même où ils se développent, mais cette augmentation de chaleur locale est incapable d'expliquer l'élévation de la température générale, car au moment de la fièvre, la température est toujours plus élevée dans le rectum et souvent aussi dans l'aisselle qu'au niveau du foyer néoplasique. Dans l'observation d'Estlander le thermomètre, qui au niveau de la tumeur était monté à 38°3, atteignait dans l'aisselle 39°.

Il faut donc chercher ailleurs la raison de la fièvre.

Pour un autre groupe d'observateurs, la fièvre du cancer est le résultat d'une intoxication, seulement la substance toxique n'est pas sécrétée par la tumeur elle-même mais par les cellules de l'organisme qui souffrent du fait de la tumeur. Autrement dit, la présence du cancer dans l'économie n'est pas sans altérer profondément toutes les cellules de l'individu et ces troubles dans les phénomènes nutritifs sont analogues à ceux que l'on rencontre dans la chlorose, la leucémie par exemple et amènent à leur suite ainsi que ceux-ci un état de déchéance organique caractérisé entre autres symptômes par la fièvre. C'est donc une fièvre par auto-intoxication. Cette théorie a pour elle la réalité des troubles nutritifs constatés chez les cancéreux par la généralité des auteurs. On a observé en effet dans l'urine de ces malades une notable augmentation de produits azotés, augmentation proportionnelle au genre d'alimentation. Toutes choses égales d'ailleurs, à nourriture égale en quantité et en qualité, le poids des matières azotées éliminées est plus grand chez un cancéreux que chez un sujet bien portant. Cette augmentation des produits azotés dans l'urine paraît avoir sa cause dans la destruction de l'albumine des organes. En opposition à cette augmentation des produits de l'azote dans

l'urine, il y a, comme l'a montré Moracewzki, diminution des chlorures. A la destruction de l'albumine correspond aussi une diminution du poids du carcinomateux. La graisse du corps est moins attaquée que l'albumine. L'anémie fait aussi son apparition : le sang s'appauvrit en hémoglobine et même en érythrocytes, les globules blancs sont en surplus, le sang contient moins de CO_2 . Le pouls est la plupart du temps accéléré. Dans un tiers des cas il y a albuminurie. D'autres symptômes de la cachexie cancéreuse apparaissent : la perte de l'appétit, un sentiment de lassitude, la perte du sommeil, une dépression excessive pouvant aller jusqu'au coma. A tous ces symptômes il ne manque que l'élévation de la température pour qu'il y ait fièvre. Pourquoi ne pas admettre dès lors, que celle-ci, comme dans la chlorose, l'anémie pernicieuse, la leucémie, se produit sous l'influence de l'auto-intoxication ?

Deux raisons, semble-t-il, s'opposent à ce que nous nous rangions à cette manière de voir.

En effet, pourquoi toutes les tumeurs malignes qui amènent une cachexie plus ou moins rapide de l'organisme ne modifient-elles pas en l'élevant la température générale du corps ? Si cette pathogénie de la fièvre était exacte, à un moment donné de l'évolution des néoplasmes, quand l'organisme est complètement infecté, que des métastases se sont faites dans les organes, la fièvre devrait apparaître. Or, on ne la constate pas le plus souvent. Bien plus, dit Chevalier, les malades ont une tendance manifeste à l'hypothermie, ce qui tient surtout au ralentissement profond de la nutrition et à l'hypoglobulie marquée que l'on observe chez ces malades.

Pourquoi cette hyperthermie disparaît-elle dès l'extirpation du néoplasme ? L'organisme encore infecté devrait manifester cet état par de la fièvre. Rien de tel n'est

cependant constaté. Comme le montrent les observations de Verneuil, d'Estlander, de Anker, de Vanverts, de M. Estor, dès que le néoplasme ne fait plus partie intégrante de l'individu la fièvre tombe pour ne plus reparaitre. On dirait vraiment que l'on a supprimé un foyer septique.

L'augmentation des produits azotés dans les produits d'élimination des cancéreux frappa d'une façon particulière certains observateurs allemands, surtout depuis que Pétri eut montré qu'il y a dans le carcinome beaucoup plus que dans les autres tissus un ferment capable de détruire l'albumine. Neuberg et Blumenthal admirent presque en même temps que ce ferment enlève aussi leur albumine aux organes qui en contiennent le moins. Le premier Neuberg put montrer la décomposition de l'albumine du tissu pulmonaire par le ferment du carcinome du foie ; les autres la décomposition de l'albumine du foie par un carcinome mammaire.

Cela a amené ces observateurs à penser qu'il pourrait bien exister certains rapports entre d'une part l'hyperthermie et d'autre part la destruction de l'albumine.

Voilà pourquoi Schwartz pose la question suivante : La destruction de l'albumine des organes et l'hyperthermie sont-elles la cause l'une de l'autre ou bien apparaissent-elles parallèlement sans qu'il y ait entre elles aucun rapport de cause à effet ? L'élévation de la température ne peut être la cause de la décomposition de l'albumine car, même si l'on ne tenait pas compte de ce fait que cette destruction peut se faire sans élévation de la température, on constaterait que l'augmentation pendant la fièvre des produits azotés arrive quelques heures avant cette élévation et persiste même après la disparition de la fièvre comme l'a montré Moracewzki. De même la des-

truction de l'albumine n'est pas la cause de l'élévation de la température. En effet, les produits azotés éliminés pendant la fièvre atteignent à peine la quantité des produits rejetés par un homme qui travaille, soumis à une riche alimentation. De même la quantité d'acide carbonique exhalée par un homme qui fait un travail pénible diffère peu de celle exhalée par un fièvreux. De plus, chez les diabétiques il n'y a pas de fièvre et cependant il y a une grande destruction d'albumine. Celle-ci ne peut donc pas être la cause pathologique de la fièvre.

Il faut donc admettre que l'élévation de la température et la décomposition de l'albumine apparaissent parallèlement et ne sont pas la cause l'une de l'autre. La question demeure donc toujours entière : quelle est dans les néoplasmes la cause de la fièvre ?

Pour Lucke, pour Verneuil, pour Swartz, il y a au milieu des tumeurs une grande quantité de matériaux en voie de régression et la pénétration de ces tissus en nécrobiose dans le sang aurait pour effet d'allumer la fièvre. Celle-ci serait donc produite par la pénétration des matériaux de désassimilation du néoplasme dans le torrent circulatoire. Cette explication, quoique séduisante, a contre elle un fait important : c'est que beaucoup de tumeurs qui sont dans les meilleures conditions pour produire cette fièvre néoplasique, ne la produisent pas.

D'après Estlander, l'élévation thermique serait en rapport avec la richesse de la tumeur en vaisseaux ; mais de plus ce chirurgien croit qu'il existe une autre source de chaleur due aux différents processus qui se passent, au milieu des éléments cellulaires des sarcomes. Rien ne dit en effet que, dans les sarcomes à développement rapide, les éléments cellulaires ne se comportent point comme en cas de formation d'abcès, cas dans lesquels les change-

ments et les réactions qu'ils subissent, s'accompagnent de chaleur locale et de fièvre. En somme, Estlander soupçonne les tumeurs malignes fébriles d'être des lieux de fabrication de toxines qui, prises par la circulation, empoisonnent l'organisme et produisent la fièvre.

C'est d'ailleurs là l'opinion la plus courante à l'heure actuelle ; on considère en effet le cancer comme élaborant des poisons ; et ces poisons, utilisant la voie sanguine et la voie lymphatique, se répandent dans l'organisme et l'intoxiquent. La présence de poisons dans le tissu cancéreux n'est pas une vue de l'esprit. C'est une vérité expérimentalement démontrée. Adamkiewicks, de Cracovie, en 1890, après de nombreuses expériences, est arrivé aux résultats suivants :

1) Le tissu cancéreux, lorsqu'il vient d'être pris sur un malade et lorsqu'il n'est pas encore altéré, contient une substance toxique.

2) Ce poison tue en peu d'heures les animaux en expérience.

3) Il agit uniquement sur le système nerveux et amène la mort par paralysie de l'encéphale.

4) L'ébullition et les substances antiseptiques lui enlèvent son activité.

Charles Richet, en 1895, fait une communication à la Société de biologie sur les effets toxiques des injections intra-veineuses des tumeurs cancéreuses. Il trouve que dans certains cas il suffit de 1 cent. cube de liquide pour tuer un chien de 20 kilogs, ce qui répond à 1 gram. de tumeur cancéreuse.

Mme Girard Mangin et M. Roger, en 1907, tirent de leurs recherches expérimentales sur la toxicité des cancers les conclusions suivantes : « Nos recherches, disent-ils, nous permettent de conclure que la plupart des

tumeurs malignes renferment des substances toxiques. Les poisons cancéreux sont d'autant plus actifs que le tissu est plus mou. A la formule histologique se superpose assez exactement une formule toxicologique. Les néoplasmes durs à évolution fibreuse ne sont pas ou presque pas toxiques. Ceux dont le tissu fibreux est relativement peu abondant entraînent la mort lente par cachexie. Les tumeurs molles renferment des poisons qui tuent rapidement et si la quantité injectée est minime provoquent une affection chronique se terminant par la mort. Certains extraits agissent seulement quand on les introduit dans les veines, au moins aux doses que nous avons employées. D'autres exercent suivant la voie d'entrée des actions différentes ; d'autres sont enfin suffisamment actifs pour entraîner dans tous les cas une mort rapide.

» Les poisons sont donc multiples si l'on en juge par la multiplicité de leurs effets.

» Comme les poisons microbiens les toxines cancéreuses semblent de nature colloïdale. Elles sont précipitées par l'alcool et ne dialysent pas.

» Il ne faudrait pas conclure cependant que les néoplasmes renferment à l'exclusion des autres tissus des substances toxiques. Tous les extraits organiques sont capables quand on force la dose d'amener la mort ; seulement, tandis qu'avec les organes sains il faut en introduire dans les veines des quantités considérables, avec les tissus cancéreux il suffit souvent de doses minimales. » L'existence des toxines cancéreuses est donc hors de conteste.

Reste à savoir si ces toxines peuvent expliquer la fièvre dans les tumeurs malignes. Rien n'est certain à ce sujet. Nous en sommes réduits à des hypothèses. Remar-

quons tout d'abord qu'il y a un rapport entre le degré de toxicité des cancers et leur mollesse. Or nous avons vu que les néoplasmes malins fébriles revêtaient le caractère encéphaloïde. Ils sont donc éminemment riches en toxines. D'autre part, les poisons cancéreux sont au point de vue physique et chimique analogues aux poisons microbiens. Or nous savons que ceux-ci, dans certaines conditions, dont la principale est le degré de virulence, sont capables d'élever la température générale du corps. Ces deux remarques étant faites, est-il vraisemblable d'admettre que la fièvre du cancer est due aux toxines fabriquées par ce genre de néoplasme ?

Etant donnés d'une part les caractères des cancers fébriles, à savoir leur évolution rapide et leur consistance encéphaloïde, étant données d'autre part les variations dans le degré de toxicité de ces tumeurs, il nous paraît logique d'attribuer la fièvre observée dans le cours de leur évolution aux toxines qu'elles fabriquent. Cette hypothèse, car ce n'est là qu'une hypothèse, s'appuie aussi sur cette considération, à savoir que les poisons cancéreux, grâce au développement rapide de la tumeur, sont fabriqués en plus grande quantité et sont en outre doués d'un pouvoir virulent plus intense.

Une objection se présente cependant à l'esprit. Pourquoi tous les cancers mous à évolution rapide qui sont de ce fait dans les meilleures conditions pour produire la fièvre, n'entraînent-ils pas l'hyperthermie générale du corps ? A cela nous répondons : de même que tous les organismes ne réagissent pas de la même façon aux toxines microbiennes, même lorsque celles-ci, toutes choses égales d'ailleurs, sont douées d'une virulence égale, de même les malades atteints de cancers ne réa-

gissent pas d'une façon identique aux poisons cancéreux. Il faut donc tenir compte dans l'appréciation de la cause de cette fièvre néoplasique, de l'état du sujet chez lequel elle se manifeste, et surtout de la facilité avec laquelle est influencé le pouvoir régulateur de sa température.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

Comme on a pu le voir par la lecture des observations que nous présentons, l'existence de la fièvre dans le cours de l'évolution des tumeurs malignes a maintes fois été la cause d'erreurs de diagnostic. C'est à cause d'elle que dans le service de M. le professeur Estor, on porta dans un cas le diagnostic de tuberculose suppurée du rein. Un sarcome du même organe, fortement adhérent au foie, fut pris, à cause de la fièvre, pour un kyste hydatique suppuré du foie. Vanverts, si l'évolution de l'ostéosarcome qu'il observa, avait été apyrétique, n'eût certainement pas porté le diagnostic d'ostéomyélite. Pour se décider entre un cancer thyroïdien et une thyroïdite suppurée, Sabatier dut pratiquer une ponction. Martineaud, voyant, dans un cas de sarcome du rein, la fièvre apparaître tous les jours à la même heure, pensa à la fièvre intermittente. Verneuil fit de même et administra de la quinine. Murchinson écrit que dans un cas de cancer fébrile, le diagnostic qui semblait devoir s'imposer était pyohémie du foie. Le docteur Girard, de Bordeaux, croyant à un abcès du foie, fit trois ponctions blanches. Villemain prit un sarcome de l'intestin pour une tuberculose cœcale. C'est la coïncidence de cette fièvre avec quel-

ques symptômes particuliers, qui, dans le sarcome aigu du poumon et de la colonne vertébrale, contribua à faire porter successivement les diagnostics de constipation, d'endocardite, d'hémoptysie. L'on est donc exposé, si l'on n'est pas averti de l'apparition possible de la fièvre dans le cancer, à attribuer à des suppurations cachées, à un paludisme méconnu ou à quelque symptôme important ce qui est le fait de la tumeur. Une autre difficulté se présente dans les sarcomes du rein. Si la tumeur siège à droite, on peut la confondre avec un néoplasme ou une tuméfaction du foie, et cela d'autant plus facilement que la fièvre revêt un caractère intermittent. Si elle se développe à droite, on peut penser à une tumeur hépatique. Cette confusion est d'autant plus facile, que parfois le néoplasme rénal contracte des adhérences étroites avec les organes adjacents, et plus particulièrement avec le foie et la rate. Comme le pronostic et le traitement varieront avec le diagnostic, il importe donc de ne pas attribuer à des suppurations cachées, au paludisme ou à des tumeurs du foie et de la rate, prises pour des tumeurs rénales, ce qui est le fait de la tumeur elle-même.

Diagnostic avec les suppurations cachées. — Le type de la fièvre ne nous fournira aucun renseignement puisqu'il est établi que, dans les néoplasmes malins, celle-ci est atypique et irrégulière. L'hyperthermie et la douleur locales ne nous aideront pas davantage car elles existent aussi au niveau même de la tumeur. Par contre, la connaissance des antécédents du malade, surtout au point de vue de la tuberculose et des maladies infectieuses aiguës, telles que fièvre typhoïde, variole, dysenterie, nous sera d'une grande utilité. L'état général du malade pourra nous fournir quelques renseignements. L'œdème

des téguments, la défense musculaire, l'hyperesthésie, la paresse des réactions vaso-motrices (Forgue), au niveau de la tuméfaction, guideront aussi notre diagnostic. La détermination des limites de cette tuméfaction ne nous sera pas non plus inutile. Enfin, si l'interrogatoire et l'examen du malade nous laissent toujours sceptiques sur l'affection qu'il présente, nous aurons recours à la ponction exploratrice, comme l'ont fait Sabatier, Billroth, Girard, etc. Si l'aiguille ramène du pus, nous aurons certainement affaire à une suppuration cachée. Si le sang sourd, nous aurons pleinement le droit de songer au cancer. En dernier lieu, si la ponction n'a pas été suffisante pour éclairer notre diagnostic, un dernier moyen nous restera, savoir : la laparotomie exploratrice, aujourd'hui sans danger.

Diagnostic avec le paludisme. — Les antécédents du malade nous fourniront à ce sujet d'utiles renseignements. Le malade a-t-il vécu dans une région palustre ou habite-t-il un pays marécageux, il faudra envisager l'hypothèse de paludisme plus sérieusement que dans le cas contraire. Sa profession (jardinier, voyageur, chasseur, soldat) sera également une utile indication. A-t-il eu antérieurement une ou plusieurs atteintes de fièvre paludéenne. Il y a des chances sérieuses pour que les accidents actuels relèvent du paludisme. Toutefois cette existence d'accès antérieurs ne fournira qu'une présomption. Il ne faut pas tomber dans l'excès qui consiste à rapporter au paludisme tous les accidents qui surviennent chez d'anciens fébricitants.

L'hypersplénie sera également un signe très important dans le diagnostic du paludisme. Mais disons de suite qu'on pourra trouver à l'occasion d'un cancer une augmentation du volume de la rate, due par exemple à un noyau

secondaire de cet organe ou à une propagation de voisinage, comme c'est le cas pour les sarcomes du rein adhérents à la rate.

Mais les deux signes les plus importants sont sans contredit : 1° l'action de la médication quinique ; 2° l'examen du sang.

La quinine est, en général, un spécifique des accidents paludéens, tandis que nous avons vu qu'elle n'avait aucune action sur les malades dont nous publions l'observation.

La présence de l'hématozoaire du paludisme est le critérium du diagnostic. Cet examen du sang n'indique pas seulement le diagnostic, il montre également l'intensité de l'infection. Cet examen, pour donner des résultats, doit être fait pendant les accès, et autant que possible à leur début. Si l'examen est négatif, cela ne veut pas dire qu'il ne s'agit pas de paludisme ; « La recherche des hématozoaires est, en effet, difficile lorsque ces parasites sont en petit nombre. Il ne faut donc pas négliger l'étude des autres données du problème. » (Laveran). Par conséquent le diagnostic est difficile et il faudra souvent un assez long temps d'observation pour savoir à laquelle des deux affections l'on a affaire ou si ces deux affections ne sont pas associées.

Diagnostic des sarcomes du rein avec les tumeurs de la rate et du foie. — Ce diagnostic ne présente de difficultés que dans les cas où les sarcomes du rein adhérents ou non au foie ou à la rate présentent pour tout symptôme une tumeur sans hématurie; ce sont ces cas seuls que nous envisagerons.

Entre les tumeurs du foie et du rein, les deux caractères différentiels importants sont : l'absence de ballot-

tement et l'absence d'une bande sonore entre le foie et la tumeur. Mais ces deux signes peuvent manquer. De plus, comme l'enseignent très justement MM. Albarran et Imbert, d'une part les tumeurs du foie peuvent ballotter ; d'autre part, l'intestin peut s'insinuer entre le foie et le néoplasme lorsque celui-ci a pris naissance sur la face inférieure. Il faut donc trouver ailleurs d'autres signes diagnostiques. En voici un qui a son importance. Tandis que les tumeurs rénales donnent l'impression de masses arrondies, les tumeurs hépatiques se terminent assez souvent par un bord antérieur bien net, se prolongeant sous les côtes, et se séparent nettement du rein par une dépression dans laquelle on peut introduire l'extrémité des doigts. Le refoulement en avant de la paroi costale sera, chez l'adulte, un signe diagnostique d'une tumeur du foie. Ce signe toutefois manquera chez l'enfant, car il est établi que les néoplasmes rénaux offrent précisément ce caractère : de refouler en avant la paroi costale. Si, malgré ces explorations, le diagnostic reste encore douteux, on aura recours à la phonendoscopie qui nous montrera, lorsque la tumeur est hépatique, qu'elle se continue sans ligne de démarcation avec le foie.

A gauche, des sarcomes du rein pourront être pris pour des tumeurs de la rate et inversement. Pour ne point commettre cette confusion il faudra se rappeler que la rate hypertrophiée conserve un bord antérieur net et aigu, facile souvent à apprécier car il est au contact immédiat de la paroi abdominale. Il en résulte que la zone de sonorité antérieure due à la présence du côlon, n'existe pas dans les tumeurs spléniques. Un caractère des plus importants sera fourni par le ballottement ; les tumeurs de la rate, en effet, ne prennent pas le contact lombaire et ne peuvent pas, par conséquent, ballotter. Toutefois Guil-

let fait remarquer qu'en glissant une main sous les lombes on peut imprimer aux tumeurs de la rate de petites secousses, mais il ne s'agit là que d'une impulsion transmise d'un point à l'autre de la tumeur sans déplacement.

Un autre signe sera donné par la direction du grand axe de la tumeur. Dans les néoplasmes de la rate ce grand axe n'est pas vertical comme dans les tumeurs rénales mais oblique en bas et à droite vers l'ombilic. De plus, il existe une bande de sonorité entre les tumeurs de la rate et le rachis.

En somme, le ballottement, la situation et la direction d'une rate hypertrophiée permettront ordinairement de faire le diagnostic. Lorsque, dans un cas de ce genre, le diagnostic restera en suspens, il y aura lieu de faire l'examen du sang ; si l'on constate de la leucocythémie, on pourra à bon droit penser à une tumeur de la rate. Enfin, la phonendoscopie, en aidant à la délimitation des organes, pourra rendre de réels services. C'est ainsi que M. Albarran put fixer le diagnostic hésitant chez un enfant dont la rate, augmentée de volume, faisait penser à une tumeur rénale.

CONCLUSIONS

1. Il existe une fièvre de néoplasmes.
2. On l'observe généralement dans les néoplasmes à évolution rapide.
3. Cette fièvre n'est pas le résultat d'une infection secondaire.
4. Elle résulte probablement d'une auto-intoxication occasionnée par les toxines cancéreuses.
5. Cette fièvre est atypique et irrégulière.
6. La connaissance de cette fièvre néoplasique est importante pour le diagnostic.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 15 février 1908.
Le Recteur,
BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 15 février 1908
Pr le Doyen
L'Assesseur délégué,
SARDA.

BIBLIOGRAPHIE

- LEBERT. — Traité des maladies cancéreuses, 1851.
- BAYLE et CAYOL. — Dictionnaire des sciences médicales.
- GRISOLLES. — Thèse Aussourd, 1882.
- MONNERET. — Archives générales de médecine, mai 1855.
- VUNDERLICH. — Das Verhalten der Eigenwärme bei Krankheiten, Leipzig, 1870.
- MOXON. — Medical Times and Gazette, 1873.
- MURCHINSON. — Gazette des Hôpitaux, 11 décembre 1875.
- THAON. — Nice Médical, 1876.
- VERNEUIL. — Note sur la fièvre symptomatique des néoplasmes, suivie d'un extrait du travail de M. le professeur Estlander sur la température des sarcomes, 1878.
- SWARTZ. — Thèse d'agrégation, 1880. Ostéosarcomes des membres.
- HAVAGE. — Thèse de Paris, 1882. Ostéosarcomes du bassin.
- AUSSOURD. — Thèse de Paris, 1882. Elévation de la température dans les néoplasmes.
- GILBERT. — Thèse de Paris, 1886. Cancer massif du foie.
- HANOT et GILBERT. — Traité des maladies du foie, 1888.
- ROLLET. — Gazette médicale des Hôpitaux. Paris, 1888. Cancer thyroïdien.
- VOLKERS. — Berliner Klinische Wochenschrift, 1889. Über das Sarkom mit recurrirendem Fieberverlauf.
- MASTERS. — Med. and surg. rep. Philadelphie, 1891.
- GARCIN. — Thèse Lyon, 1893. Fièvre dans le cancer gastrique.
- VANVERTS. — Bulletin Société anatomique, 1895.
- FRETEL. — Thèse Paris, 1899. De la fièvre dans le cancer.
- FREUDWEILER. — Deut. Arch. für Klinische Medizin, 1899.
- SCHWARTZ. — Über das fieber bei malignen neoplasmen, 1903. Inaug. Dissert.

- REBOUL — Thèse Paris, 1904. Les tumeurs malignes de l'intestin de l'enfant.
- ALEXANDER. — Deut. med. Wochenschrift, 1907. Ueber das fièber bei Carcinom.
- FROMME. — Deut. med. Wochenschrift, 1907. Ueber das fieber bei Carcinom.
- DUCASTEL. — Thèse d'agrégation, 1878. Physiologie pathologique de la fièvre.
- ROUQUÈS. — Thèse Paris, 1894. Substances thermogènes et fièvres par auto-intoxication.
- BERTRAND. — Thèse Lyon, 1893. Cancer aigu du corps thyroïde.
- MANGIN-BOCQUET. — Thèse Paris, 1896. De la fièvre hectique.
- CHEVALIER. — Thèse Paris, 1899. Le cancer.
- RIOUFOL. — Thèse Lyon, 1899. Cancer aigu du foie.
- FLOURET. — Thèse Lyon, 1902. Cancer aigu à marche infectieuse.
- SIMON. — Thèse Paris, 1904. Tumeurs solides du rein chez l'enfant.
- IZELAZOWSKI. — Thèse Paris, 1900. Cancer primitif pleuro-pulmonaire.
- BLOCH. — Thèse Paris, 1905. Néoplasmes malins primitifs de la plèvre.
- PÛCHART. — Thèse Lille, 1906. — Etude clinique de la fièvre essentielle dans le cancer de l'estomac.
- BREVANNES. — Thèse Paris, 1905. Formes hypothermiques du cancer du foie.
- KLEMPERER. — Berliner Wochenschrift, 1890.
- ADAMKIEVICKS. — Viener Medical Blat, 1890.
- P. MULLER. — Zeitschrift fur Klinische Medizin, Bd. 16.
- MORACZEWSKI. — Virchow Archiv. Bd 146.
- NEUBERG. — Berliner Klinische Wochenschrift, 1905.
- PETRI. — Hofmeisters Beiträge, Bd 2.
- BLUMENTHAL und WOLFF. — Medizinische Klinik, 1905.
- ANKER. — Uber das Vorkommen intermittirenden fièber bei Kronische Krankheiten ohne Eiterung. Inaug. Dissert. 1890.
Presse Médicale, 1906, p. 709.
» » 1907, p. 241-243. Recherches expérimentales sur la toxicité des tumeurs malignes.
- ALBARRAN et IMBERT. — Les tumeurs des reins, 1903.
-

SE RMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
