

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΜΗ ΜΕΛΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ.—**Du pronostic des cancers***, par M. *Pierre Delbet*

Je vous remercie, Monsieur le Président, de me donner la parole. C'est pour moi un grand honneur d'exposer quelques-unes de mes recherches devant cette assemblée qui réunit les représentants les plus éminents de toutes les branches de la Science. La vieille Académie d'Athènes a eu une puissance de rayonnement unique dans l'histoire. Et voici que, comme le phénix, elle renaît de ses cendres. Il y a peu de temps encore, on était attiré à Athènes par son passé; on y vient aujourd'hui pour son présent que l'on sent riche d'avenir.

— Je vous demande la permission, de vous exposer quelques considérations sur le pronostic des cancers — je ne parlerai pas du diagnostic — je le suppose fait. Il s'agit d'un cancer — quelle est la signification de ce diagnostic?

— Il signifie que l'affection n'est pas inflammatoire, que les lésions abandonnées à elles-mêmes iront sans cesse en progressant et qu'elles entraîneront inévitablement la mort. C'est beaucoup, mais c'est tout. Si le patient ou son entourage demande quelle sera la survie, le médecin ne peut répondre. Il est des cancers qui tuent en trois mois; il en est d'autres qui évoluent pendant des années sans troubler la santé générale et qui n'ammèneront la mort qu'au bout de dix ou douze ans.

Si l'on demande quel sera le résultat de la thérapeutique opératoire ou par les radiations, on ne peut répondre que d'une manière évasive.

— On a pris l'habitude, dans les statistiques opératoires des cancers du sein de les diviser en trois catégories: 1° les bons cas, cancer où il n'y a pas d'adhérences ni d'adénopathie; 2° les cas moyens ou cancer présentant des adhérences et de l'adénopathie; 3° les mauvais cas avec ulcération et adénopathie considérable.

Cette division purement clinique paraît satisfaisante. Mais on opère un mauvais cas, la tumeur est largement ulcérée, l'adénopathie est volumineuse, on opère la malade bien plus pour la débarrasser d'une ulcération

* PIERRE DELBET.—Περὶ τῆς προγνώσεως τῶν καρκίνων.

Ἀνεκοινώθη κατὰ τὴν συνεδρίαν τῆς 18 Ἀπριλίου 1929

suintante et saignante que pour chercher à la guérir et on la trouve dix ans plus tard florissante de santé. Inversement, on opère un bon cas, la tumeur est petite, sans adhérence, sans adénopathie appréciable et en quelques mois la généralisation entraîne la mort.

Ainsi les pronostics basés sur la clinique sont complètement déjoués.

Pourquoi? C'est qu'il y a des cancers très différents les uns des autres. Le mot cancer ne devrait jamais être employé au singulier, sans épithète, non seulement les cancers de chaque organe ont des caractères propres, mais dans chaque organe il y a de multiples variétés de cancers, qui ont chacun leur évolution particulière.

— Ces divers cancers sont aussi différents les uns des autres que le sont la rougeole, la scarlatine, la variole, la fièvre typhoïde, le typhus et la peste, — aussi diagnostiquer cancer tout court c'est à peu près l'équivalent de ce que faisaient les médecins d'il y a deux siècles lorsqu'ils diagnostiquaient une fièvre synoque.

— La postérité nous jugera sévèrement. Les chirurgiens qui se battent entre eux ou avec les radiothérapeutes à coup de statistiques où tous les cancers d'un même organe sont envisagés en bloc, sans distinction des espèces feront sur nos successeurs à peu près le même effet que font sur nous les médecins de Molière.

Peut-on apporter quelque lumière dans ce chaos des maladies cancéreuses? Il en est pour qui l'on peut déterminer et le pronostic et les indications opératoires par l'examen histologique.

Les études microscopiques ne doivent pas être purement morphologiques. La morphologie n'a de valeur que dans la mesure où elle est révélatrice de la physiologie. Ce qui nous intéresse dans une cellule, particulièrement dans une cellule cancéreuse, ce n'est ni sa forme ni ses dimensions, ce n'est pas son aspect optique, c'est sa puissance de prolifération c'est son affinité pour les tissus voisins ou lointains d'où dépendent l'extension ou la généralisation, c'est la toxicité de ses sécrétions qui produit la cachexie cancéreuse.

Tout cela peut être déterminé dans un certain nombre de cas.

— Je dirai peu de chose des sarcomes, variété de cancer qui se développe dans les éléments d'origine mésenchymateuse et cependant les espèces en sont prodigieusement différentes.

Il en est une qu'on peut mettre tout-à-fait à part, c'est le sarcome de

Peyton-Rouss. Cet auteur a découvert chez la poule une tumeur très particulière qui a été retrouvée au Japon, en Italie, puis un peu partout. Elle présente une propriété caractéristique, la transmissibilité par filtrat. Il ne s'agit pas de greffe; le filtrat ayant traversé les bougies Reckenfeld ne peut contenir aucune cellule c'est une véritable inoculation.

La tumeur de Peyton-Rouss est spéciale aux oiseaux. Si toutes ou presque toutes les tumeurs des mammifères sont transmissibles par greffe il n'en est pas une qui soit transmissible par filtrat. Elles sont greffables elles ne sont pas inoculables. La tumeur de Peyton-Rouss est donc très différente des véritables cancers et l'on ne sait pas si on doit la ranger dans les néoplasmes.

Entre les productions d'ordre irritatif et les cancers véritables se placent des lésions d'interprétation difficile. Certaines ostéites fibreuses qui n'ont aucune malignité étaient confondues naguère encore avec les ostéosarcomes. J'ai montré que les myélopaxes sont des éléments d'ordre réactionnel, qui n'ont aucune signification néoplasique. On les rencontre aussi bien dans les productions inflammatoires que dans les tumeurs les plus malignes comme les épithéliomes secondaires des os.

Les sarcomes véritables étaient généralement divisés d'après la forme des cellules en globo-cellulaires et fuso-cellulaires. Les premiers formés de cellules arrondies étaient considérés comme les plus graves. Or, parmi ceux-ci certains sont formés d'éléments lymphoïdes: ce sont les lymphocytopomes qui sont extraordinairement radiosensibles. D'autres au contraire constitués par des cellules qui dérivent de la lignée musculaire les rhabdomyomes ou leïomyomes sont radiorésistants. Les épithéliomes sont bien plus fréquents que les sarcomes. Quand on parle de cancer, c'est d'épithéliomes qu'il s'agit.

Ménétrier a proposé une classification générale de ces tumeurs. Le principe de cette classification, c'est la ressemblance de la cellule cancéreuse avec le type cellulaire dont elle dérive.

Dans les épithéliomes typiques, la cellule cancéreuse conserve des caractères qui permettent de la rattacher aisément à sa souche. Dans les épithéliomes métatypiques le rattachement est plus difficile. Dans les épithéliomes atypiques, il est impossible.

Pour Ménétrier, cette classification n'est pas seulement morphologique elle a une signification clinique. La gravité va croissant des formes

typiques qui sont les moins malignes aux formes atypiques qui sont les plus terribles.

Cette conception est très séduisante. S'il y avait réellement une relation entre la gravité d'un cancer et l'atypie des cellules qui le constituent, on en éprouverait une sorte de satisfaction rationnelle. Malheureusement il n'en est rien. Certaines tumeurs du corps thyroïde, à tel point typiques que le microscope ne permet pas toujours de les considérer comme des cancers, se généralisent dans les os, et parmi les épithéliomes pavimenteux, les formes les plus graves sont celles où l'évolution cellulaire se rapproche le plus de l'épiderme normal. L'important en face d'un cancer est de savoir s'il envahira les ganglions et s'il se généralisera.

Il y a en effet des cancers dont les cellules n'ont aucune affinité pour les vaisseaux lymphatiques ou sanguins. Ils sont *lymphophobes* et *hémophobes*. Leur malignité est purement locale. ils détruisent les tissus de proche en proche, sans jamais présenter d'extensions discontinues. Leur évolution est lente et ils sont facilement curables.

D'autres au contraire ont une affinité particulière pour les voies lymphatiques. Leurs cellules pénètrent dans les fentes du système réticulo-endothélial, s'y multiplient, sont entraînées par la lymphe dans les ganglions où elles colonisent; parfois la tumeur ganglionnaire secondaire devient plus volumineuse que la tumeur primitive. Les formes *lymphophiles* pures ne se généralisent que très exceptionnellement. Leur malignité est régionale. On comprend qu'elles sont bien plus difficilement curables que les formes précédentes.

Enfin, les cellules de certains cancers ont une affinité spéciale pour les vaisseaux sanguins; elles sont *hémophiles*, elles pénètrent dans les capillaires, dans les veines et même dans les artères. Entraînées par le sang elles vont coloniser là où elles trouvent des conditions favorables, dans les viscères, dans les os. De toutes les tumeurs, ce sont les plus traîtresses. Leur gravité est terrible, elles défient tous nos moyens thérapeutiques.

Le type le plus achevé des cancers hémophiles est le choréo-épithéliome. Cette tumeur se développe dans l'ectoplacenta. Les cellules qui la constituent gardent de leur origine une affinité extraordinaire pour les veines de l'utérus. Elles végètent formant des bourgeons qui cheminent loin et dont les débris entraînés par le courant sanguin vont coloniser partout.

Permettez-moi, Messieurs, de vous montrer par quelques exemples les applications de cette classification.

— Les cancers qui prennent naissance dans les épithéliomes ectodermiques sont les premiers que l'on ait cherché à classer. Cornil les avait divisés en tubulés et lobulés. Krongpécher, au lieu d'envisager l'architecture générale des tumeurs a surtout étudié le caractère des cellules. Il a distingué les épithéliomes baso-cellulaires qui correspondent aux tubulés de Cornil et les spino-cellulaires qui correspondent à peu près aux lobulés de l'histologiste français.

Les épithéliomes baso-cellulaires sont lymphophobes. Ils n'envahissent pas les ganglions. Ils sont facilement curables; ils sont très radio-sensibles.

Les épithéliomes spino-cellulaires sont lymphophiles; ils produisent des adénopathies précoces et volumineuses; ils sont difficilement curables; ils sont radio-résistants particulièrement dans leur étape ganglionnaire. Voilà donc des cancers de même origine à évolution très différente, dont l'histologie permet de faire le pronostic et de régler la thérapeutique. Ce n'est pas à dire que toutes les difficultés soient tranchées, il en subsiste. En général les épithéliomes spino-cellulaires produisent de la kératine, mais il en est qui n'en produisent pas et d'autre part on rencontre, bien que ce soit plus rare, des épithéliomes qui produisent de la kératine sans que les cellules passent par la phase des filaments d'union. Krongpécher a pris ces filaments comme principe de sa classification. Est-ce leur existence ou bien celle de la kératine qui conditionne la gravité. Ce point nécessite de nouvelles études.

En tout cas, la différence d'évolution et par suite de pronostic des épithéliomes pavimenteux spino-cellulaires est acquise. On ne supporterait pas que dans un travail sur les épithéliomes cutanés on envisageât en bloc ces deux variétés si différentes. Et cependant c'est ce que l'on fait pour les cancers des autres organes.

Voyons par exemple le col de l'utérus, on y trouve, 1° des cancers baso-cellulaires purs, qui sont lymphophobes, très sensibles aux radiations, facilement curables par le radium; 2° des cancers spino-cellulaires quelquefois kératinisants qui sont lymphophiles et radio-résistants; 3° des cancers que l'on appelle à tort intermédiaires où les cellules suivent une évolution qui rappelle celle de l'épithéliome pavimenteux des muqueuses; 4° des

cancers, qui prennent naissance dans les glandes dont les uns qui sécrètent du mucus sont relativement bénins, et 5° dont les autres n'en sécrètent pas et sont plus malins; 6° des cancers dont les cellules ont le caractère embryonnaire. Toutes ces variétés seront décrites en détail et avec une très belle iconographie dans le prochain fascicule de l'atlas du cancer que publie l'association française pour l'étude du cancer.

Ces six variétés de cancer sont de gravité fort inégale. Je vous demande ce que peuvent signifier les statistiques où sont envisagés en bloc tous les cancers du col de l'utérus. Dire qu'on a soigné de telle ou telle façon quelques centaines de cancers du col de l'utérus et qu'on a obtenu telle proportion de survie, c'est ne rien dire du tout si l'on n'apporte pas la discrimination des cas. Il suffit qu'il se trouve dans le nombre un peu plus ou un peu moins de formes bénignes ou de formes malignes pour que les résultats soient profondément modifiés. Comme les cas ne sont jamais assez nombreux pour que puissent jouer les lois des grands nombres, on pourrait produire indéfiniment des statistiques de cette sorte sans faire avancer la question d'un pas.

Je me suis efforcé de chercher des caractères permettant d'établir le pronostic des cancers du sein dont les variétés sont aussi très nombreuses. Sans entrer dans le détail de cette question complexe, je me bornerai à signaler les plus extrêmes des formes que j'ai réussi à individualiser. Elles montreront à quel point les signes cliniques que l'on a généralement adoptés pour établir les statistiques opératoires sont trompeurs.

Une malade, femme et mère de chirurgiens, présente un petit cancer du sein gauche gros comme une aveline, sans adhérence ni adénopathie. Le fils en me demandant d'opérer sa mère me dit: «Voilà un bon cas». D'après les données de la clinique courante, c'en était un en effet. L'ablation faite, j'étudie la tumeur histologiquement et je trouve de nombreux envahissements vasculaires. La petite tumeur était hémophile. J'avertis le fils que, contrairement à ses prévisions, le cas est extrêmement grave et l'opérée succombe au bout de trois mois avec des noyaux métastatiques dans l'abdomen.

Les cas les plus bénins, bien que d'allure cliniquement maligne sont les épithéliomes sécrétants mucoïdes. On ne peut les reconnaître qu'en traitant les coupes microscopiques par les colorants de la mucine. Ils n'ont pas une grande affinité pour les voies lymphatiques; ils ne sont cependant

pas lymphophobes, ils peuvent envahir les ganglions. Mais ils présentent parfois une particularité curieuse.

Dans certains cas les ganglions sont augmentés de volume. Cliniquement, on ne peut les considérer que comme des ganglions cancéreux. Et cependant, l'ablation faite, l'étude histologique la plus minutieuse n'y révèle pas d'éléments cancéreux. Voilà donc des ganglions hypertrophiés manifestement en rapport avec un cancer, qui cependant ne sont pas cancéreux.

Qu'est-ce que cette adénopathie liée à un cancer et non cancéreuse? Je parle naturellement de cancers non ulcérés. Quand il existe une ulcération, l'infection peut amener une augmentation de volume des ganglions — cela est bien connu. Mais quand il n'y a pas d'ulcération, on ne peut attribuer l'hypertrophie ganglionnaire à l'infection — à quoi est-elle due?

Ce qui se passe dans certains névocarcinomes nous fournit l'explication de ce fait paradoxal.

Les névocarcinomes sont des tumeurs extrêmement malignes qui envahissent très fréquemment les ganglions. Mais parfois quand on détruit la tumeur primitive par l'électrolyse, des ganglions volumineux, chargés de pigment, si noirs que leur couleur transparaît au travers de la peau distendue, disparaissent complètement sans qu'on ait agi directement sur eux. Ce fait étrange a suscité bien des hypothèses. J'en ai fait une moi-même que l'expérience m'a montrée tout-à-fait fausse.

Les études de Bruno Bloch de Zurich ont fourni l'explication de ce paradoxe. Ces ganglions hypertrophiés ne sont pas cancéreux, ce sont des citmetières de pigment. Le pigment fabriqué en quantité considérable par la tumeur est transporté par les lymphatiques dans les ganglions. Des macrophages se développent pour le résorber et le ganglion augmente de volume. La tumeur détruite, la source de pigment est supprimée. Celui qui a passé dans les ganglions est progressivement résorbé et le ganglion reprend peu à peu son volume normal. — Cela permet de supposer que dans les épithéliomes sécrétants mucoïdes, la mucosité plus ou moins modifiée est entraînée par les lymphatiques jusqu'aux ganglions et que ceux-ci s'hypertrophient pour la résorber. En tout cas, ces adénopathies en rapport avec le cancer, mais non cancéreuses, montrent combien les classifications cliniques sont trompeuses.

Permettez-moi de citer encore deux exemples empruntés aux cancers du tube digestif.

Certains épithéliomes de l'estomac envahissent le foie. De volumineuses tumeurs, se glissant de proche en proche dans l'épiploon gastro-hépatique, peuvent arriver jusqu'au foie.

Ce n'est pas de ces cas-là que je parle.—J'envisage seulement les envahissements discontinus par des noyaux métastatiques isolés.

On a remarqué que les cancers qui produisent cette généralisation dans le foie sont toujours petits. S'ils ne deviennent pas volumineux, c'est simplement que le temps leur manque.

En raison même de leur puissance de généralisation, ils tuent avant d'être devenus gros. Mais pourquoi produisent-ils à distance des noyaux métastatiques intra-hépatiques? Parce qu'ils sont hémophiles. Leurs cellules pénètrent dans les veines qui font partie du système porte et entraînées par le courant sanguin, elles vont coloniser dans le foie.

Inversement il y a dans l'estomac des épithéliomes sécrétants mucoïdes qui prennent souvent l'allure de la limite plastique et dont l'évolution est très lente.

Ces épithéliomes à évolution lente existent aussi dans l'intestin.

Dans beaucoup de cancers du colon, les ganglions bien qu'augmentés de volume ne sont pas cancéreux. Moutier a mis ces faits en lumière. Il y a donc des cancers du colon qui sont lymphophobes.

Un chirurgien éminent très expérimenté en matière de chirurgie rectale, fait une laparotomie pour un cancer recto-sigmoïdien.—Il constate que la tumeur est inopérable, se borne à établir un anus artificiel et déclare à la famille que la survie ne peut dépasser trois ou quatre mois. Sept ans après, l'opéré faisait tous les matins sa promenade à cheval au Bois de Boulogne.—Ne croyez pas que l'on avait fait une erreur de diagnostic.—Le malade avait bien un cancer et il en est mort, mais c'était un cancer sécrétant mucoïde à type colloïde.

Je n'ai pas besoin d'insister sur le parti que l'on pourrait tirer de cas de ce genre en faveur de thérapeutiques illusoires—Supposez qu'on ait employé chez le malade précédent une thérapeutique quelconque. Le thérapeute ignorant des méthodes de pronostic dont je viens de vous parler, se fiant à la clinique, aurait pu en toute bonne foi soutenir que sa thérapeutique avait été très efficace.

Quels sont les avantages d'une classification permettant d'établir un pronostic d'une certaine précision? Ils sont multiples.

Il n'est indifférent pour personne de savoir ce que l'avenir lui réserve. Ce que l'on demande à toute science humaine c'est de prévoir.

L'étude des cancers faite au point de vue que je viens d'envisager augmente nos possibilités de prévision et les précise.—Elle a en outre un intérêt plus haut—Elle permet non seulement de prévoir l'avenir, mais ce qui est beaucoup plus important de le préparer.

Je crois que l'on peut dans une certaine mesure, assez large, prévenir le cancer.—Mais ce n'est pas le problème que j'envisage ici.—Le cancer est constitué, il ne s'agit plus de prévention mais de thérapeutique.

L'évolution de certains cancers peut être ralentie par le magnésium.—C'est une question nouvelle—je la laisse de côté,

La grande lutte actuelle est entre les partisans de la chirurgie et les partisans des radiations.

Cette lutte n'a pas l'importance générale que le public imagine, car il est toute une classe de cancers, les épithéliomes cylindriques sur lesquels les rayons X et les rayons Y n'ont que bien peu d'action. Elle n'est cependant pas sans intérêt.

C'est surtout à propos des cancers du col de l'utérus que l'on dispute.

Tant que l'on se bornera à comparer des statistiques globales, la question ne fera aucun progrès.

Formuler une même règle thérapeutique pour les cinq ou six formes différentes de cancers du col, c'est aussi absurde que le serait d'appliquer le même traitement à la peste, à la fièvre typhoïde et à la rougeole.

Déclarer qu'il faut traiter tous les épithéliomes du col par le radium, soutenir qu'il faut les opérer toujours sans jamais employer les radiations, ce sont des attitudes antiscientifiques.

Les épithéliomes baso-cellulaires purs guérissent très bien par le radium.—Les épithéliomes spino-cellulaires kératinisants sont radio-résistants et lymphophiles.—On peut employer le radium contre la tumeur primitive, mais il faut y ajouter l'exérèse chirurgicale, car les ganglions cancérisés résistent aux radiations.

L'effort actuel doit porter sur l'étude histologique et histochimique des cancers.—Son but doit être d'établir une relation entre le caractère des cellules d'une part et d'autre part leur évolution et les manières de la modifier.

Pour les cancers très malins, les hémophiles, nous ne connaissons pas

actuellement de thérapeutique vraiment efficace.—Contre les cancers lymphophiles, nous ne sommes pas désarmés.

Par des interventions précoces, on obtient des guérisons durables.— Avec les cancers qui ne sont ni lymphophiles ni hémophiles, nous obtenons des résultats plus nombreux et plus complets.

Je suppose que l'on se trouve en présence d'un cancer du sein qui, d'après les données de la clinique, est à l'extrême limite de l'opérabilité.— Il faut faire une biopsie large. Si le microscope révèle un envahissement des vaisseaux sanguins.—S'il s'agit d'un cancer hémophile, il faut s'abstenir; l'opération ne donnera rien.—Si au contraire, le cancer est sécrétant mucoïde il faut opérer, car on pourra avoir l'immense satisfaction de retrouver dix ans après l'opéré en bonne santé.

ΠΕΡΙΛΗΨΙΣ

Ὁ κ. Delbet λέγει ὅτι ἡ διάγνωσις τοῦ καρκίνου δὲν ἔχει σημασίαν ὅπως γίνεται σήμερον. Εἶναι τόσαι πολλαὶ αἱ μορφαὶ αὐτοῦ, ὥστε ἡ διάκρισις αὐτοῦ ἀπὸ προγνωστικῆς καὶ θεραπευτικῆς ἀπόψεως νὰ εἶναι σπουδαιότης. Ἀλλοτε ἡ ἱστολογία περιωρίζετο εἰς τὸν καθορισμὸν τῆς μορφολογίας τῶν καρκίνων, σήμερον ὁμως εἶναι ἀνάγκη νὰ μελετᾶται καὶ ἡ φυσιολογία τῶν κυττάρων. Ἡ κατάταξις λόγου χάριν τῶν ἐπιθηλωμάτων εἰς τυπικὰ καὶ ἀτυπικὰ ἐλαμβάνετο ὡς βάσις διὰ τὴν πρόγνωσιν τοῦ καρκίνου, σήμερον ὁμως ἀπεδείχθη ὅτι τὰ εἶδη τῶν καρκινικῶν κυττάρων καὶ ἡ διάφορος λειτουργία αὐτῶν ἔχει μεγάλην σημασίαν διὰ τὴν πρόγνωσιν. Καὶ τὰ μὲν τούτων εἶναι λυμφαγγειόφιλα, ἄλλα δὲ λυμφαγγειόφοβα. Διακρίνομεν δύο εἶδη καρκίνων τοῦ δέρματος τὰ κυτταροθασικά καὶ τὰ κυτταροακανθωτά. Τὰ πρῶτα ἐπηρεάζονται ὑπὸ τῶν ἀκτίνων καὶ ἰῶνται εὐκόλως, τὰ δεύτερα ὄχι. Ἐπίσης εἰς τὸν τράχηλον τῆς μήτρας ὁ καρκίνος ἐμφανίζεται ὑπὸ διαφόρους μορφάς, σχέσιν ἔχουσας πρὸς τὴν φυσιολογίαν τῶν κυττάρων αὐτῶν καὶ ὣν ἡ πρόγνωσις εἶναι διάφορος. Οὕτως ἐκτεταμένος καρκίνος εἶναι δυσίατος. Μικροὶ τοῦναντίον εὐκόλως ἰῶνται. Μετὰ ταῦτα, ἀφοῦ ἐπραγματεύθη περὶ τῶν καρκίνων τοῦ στομάχου καὶ τοῦ ὀρθοῦ, κατέληξεν εἰς τὸ συμπέρασμα ὅτι ἡ στατιστική, ὅπως γίνεται σήμερον, δὲν ἔχει καμμίαν σημασίαν, ἐφ' ὅσον δὲν στηρίζεται ἐπὶ τῆς βιολογικῆς ἐξετάσεως, ἥτις ἐπιτρέπει ὄχι μόνον τὴν πρόγνωσιν ἀλλὰ καὶ καθορίζει τὰς ἐγχειρητικὰς ἐνδείξεις.

Αἱ ἐπὶ τοῦ καρκίνου τοῦ μαστοῦ ἔρευναι τοῦ κ. Delbet ἀπέδειξαν ὅτι, ὅσοι ἐκ τούτων ἔχουν κύτταρα βλενοποιά, εἶναι καλοήθεις καὶ ἐγχειριζόμενοι ἔστω καὶ ὑπὸ δυσμενεῖς συνθήκας ἰῶνται. Ἐνῷ οἱ αἰμόφιλοι λεγόμενοι ὄγκοι εἶναι πάντοτε κακῆς προγνώσεως ἔστω καὶ ἂν ἐγχειρίζωνται ἐγκαίρως καὶ ὑπὸ εὐνοϊκᾶς συνθήκας.