

## DIAGNOSTIC DES TUMEURS EN GÉNÉRAL

Nous rappellerons qu'en clinique on considère comme une tumeur toute masse plus ou moins circonscrite, saillante à la surface du corps ou développée dans la profondeur d'une région ou aux dépens d'un organe dont elle se distingue d'ordinaire par une consistance différente. On donne même souvent le nom de tumeur à une augmentation de volume de la totalité de certains organes nettement isolés, comme le testicule, la mamelle, etc.

En présence d'une lésion répondant à la définition qui précède, le chirurgien doit tout d'abord déterminer s'il s'agit d'une tumeur *vraie*, d'un *néoplasme* ou d'une tuméfaction le plus souvent de nature inflammatoire ou reconnaissant toute autre cause.

Bien que la chose puisse paraître invraisemblable, il faut savoir que certains malades viennent consulter le chirurgien pour une prétendue tumeur qui n'existe pas. Nous avons pensé qu'il ne serait pas inutile d'attirer un instant l'attention des praticiens novices sur ces *tumeurs imaginaires* et de les mettre en garde contre des méprises qui pourraient résulter des assertions des malades et parfois aussi d'un examen trop superficiel.

C'est surtout à l'occasion de tumeurs de la région mammaire et de l'abdomen qu'on a vu se produire la singulière erreur dont il est question. Dans un certain nombre de cas, la tumeur signalée par les malades n'existe en réalité que dans leur imagination et l'on devine que ces malades sont presque toujours des femmes hystériques, névropathes.

Mais dans d'autres cas, une disposition anatomique spéciale,

une anomalie peuvent jusqu'à un certain point simuler l'existence d'une tumeur et justifier les craintes des malades; c'est ainsi qu'à la région mammaire une saillie anormale d'un cartilage costal ou d'une côte, à l'abdomen la surcharge graisseuse de l'épiploon ou du mésentère, la distension d'une anse intestinale par des matières fécales ou même des gaz, peuvent attirer l'attention des malades et leur faire croire qu'ils sont atteints d'une tumeur du sein ou d'une tumeur intra-abdominale.

Nous ne saurions nous arrêter sur la question du diagnostic des tumeurs *imaginaires* ou des tumeurs *fantômes*, ainsi qu'on a encore désigné celles de l'abdomen. Il nous faudrait, en effet, principalement pour ces dernières, entrer dans des développements relatifs au diagnostic des tumeurs intra-abdominales qui nous entraîneraient beaucoup trop loin et ne seraient pas à leur place.

D'ailleurs, dans l'immense majorité des cas, il suffira d'un examen attentif pour éviter l'erreur commise par les malades, surtout lorsqu'on est prévenu à l'avance que cette erreur a pu se produire et lorsqu'on se trouve en présence de sujets nerveux, hystériques.

Nous devons encore signaler comme susceptible d'entraîner des erreurs de diagnostic la présence de *corps étrangers* venus du dehors ou formés dans l'économie et que l'on a pu parfois prendre pour des tumeurs.

Il existe, en effet, un certain nombre d'observations de corps étrangers qui, après avoir pénétré dans la profondeur des tissus, se sont entourés d'une zone d'induration et ont pu ainsi simuler des néoplasmes. On s'explique difficilement une semblable méprise, qui suppose presque toujours un examen superficiel et incomplet. Car indépendamment des renseignements fournis par le malade relativement à la blessure qui a accompagné l'introduction du corps étranger, on constatera la présence d'une cicatrice répondant à l'orifice d'entrée du corps étranger. Néanmoins, puisque des erreurs de cette nature ont été commises, le chirurgien devra, dans certaines circonstances, avoir ces faits présents à l'esprit.

A cette heure, il posséderait dans l'examen radioscopique et radiographique un moyen à peu près sûr de reconnaître la présence d'un corps étranger.

Certains corps, formés dans l'économie et réunis en masses plus ou moins volumineuses, se présentent parfois avec les apparences d'un néoplasme ; tels sont les amas de matières fécales durcies, de calculs biliaires accumulés dans une portion de l'intestin, qui souvent sont pris pour des tumeurs intra-abdominales ; tels sont encore les calculs salivaires, qui parfois peuvent simuler des tumeurs de la joue ou du plancher buccal.

Nous devons encore ici nous borner à une indication générale, car il nous faudrait, pour en dire davantage sur ce sujet, aborder le diagnostic différentiel des tumeurs de diverses régions.

Nous nous arrêterons un peu plus longtemps sur une autre cause d'erreur résultant de la présence d'un *hématome* ancien, qui a pu, dans certains cas, être confondu avec un néoplasme. Suivant que le sang contenu dans l'hématome a conservé sa fluidité ou suivant qu'il a subi diverses transformations par suite de sa coagulation, on a pu prendre un hématome pour une tumeur liquide ou pour une tumeur solide. Les commémoratifs auront une grande importance pour établir le diagnostic, et la notion d'un traumatisme antérieur, suivi de l'apparition presque immédiate d'une tumeur, devra faire songer tout d'abord à un hématome, surtout si l'on apprend qu'une ecchymose s'est montrée au niveau ou dans le voisinage de la tumeur, soit immédiatement après le traumatisme, soit quelques jours plus tard.

On pourrait croire que l'idée d'un hématome doive être écartée par ce seul fait qu'un intervalle de temps plus ou moins considérable s'est écoulé depuis l'époque du traumatisme ; il n'en est rien, car on a vu des hématomes persister sous forme de tumeurs liquides ou solides pendant plusieurs années. Il se peut même que certains hématomes arrivent à constituer des sortes de kystes séro-sanguins, susceptibles d'augmenter graduellement de volume, à la façon d'une tumeur kystique véri-

table, par suite de la sécrétion d'un liquide séreux provenant de la néo-membrane qui s'est organisée peu à peu à la face interne de la cavité de l'hématome. On voit donc que, dans certains cas, le diagnostic entre un hématome ancien et un véritable néoplasme peut présenter de très grandes difficultés. Aussi le chirurgien devra-t-il parfois rester dans le doute. Il semblerait que, dans les cas où il s'agit de distinguer un hématome encore liquide d'une tumeur, la ponction exploratrice dût faire cesser toute incertitude ; mais nous verrons que ce dernier moyen peut être insuffisant ou même induire en erreur, en sorte que, dans ces circonstances, l'incision et l'ouverture large permettront seules de décider si l'on se trouve en présence d'un hématome ou d'un néoplasme.

Indépendamment des hématomes constitués par le sang épanché dans l'épaisseur des tissus, les tuméfactions formées par le sang contenu dans les vaisseaux (artères ou veines) peuvent parfois simuler de véritables néoplasmes ; tels sont les anévrysmes, les dilatations variqueuses.

En ce qui concerne les anévrysmes artériels ou artérioveineux, c'est surtout avec certaines tumeurs malignes extrêmement vasculaires que la confusion a été faite, et parfois l'erreur est réellement très difficile à éviter. Nous nous contenterons de dire à ce sujet que d'ordinaire, lorsqu'il s'agit de néoplasmes très vasculaires et pulsatiles, les signes classiques de l'anévrysme artériel ou artérioveineux ne se présentent pas avec toute leur netteté ou offrent quelques particularités anormales susceptibles de donner l'éveil.

Un autre genre d'erreur consisterait à prendre pour un anévrysme une tumeur située dans le voisinage immédiat d'un gros tronc artériel dont les battements lui sont communiqués. La méprise en pareil cas est assez facile à éviter, car si la tumeur est soulevée à chaque pulsation de l'artère voisine, et peut sembler elle-même animée de battements, il est souvent possible de faire cesser ces derniers en déplaçant la tumeur ; mais ce qui mieux encore permet d'établir le diagnostic, c'est que les pulsations ne s'accompagnent pas de ce mouvement d'expansion qui caractérise la dilatation d'un

sac anévrysmal à chaque systole cardiaque. Enfin dans les circonstances dont il est question, l'auscultation de la tumeur ne permettra pas de percevoir le bruit de souffle propre aux anévrysmes.

Contrairement aux faits que nous venons d'examiner, on a pu méconnaître l'existence d'un anévrysmes et le confondre avec une tumeur. Cette erreur a été commise dans un certain nombre de cas où l'anévrysmes avait perdu ses caractères classiques, par suite de transformations graduelles des parois du sac et de son contenu. De même que l'on a pu prendre pour un abcès et inciser un anévrysmes du cou ou de l'aîne qui n'offrait plus de pulsations, de même on a entrepris l'ablation d'un prétendu néoplasme qui n'était autre qu'un anévrysmes ayant acquis une consistance solide et ne présentant plus de battements par suite de l'organisation des caillots sanguins à l'intérieur du sac et de l'épaississement considérable de ses parois.

Nous sommes encore contraints de nous borner à cette indication générale, relativement au diagnostic différentiel entre les tumeurs et les anévrysmes, qui nous entraînerait à des développements hors de notre cadre. Il nous suffira d'avoir attiré l'attention des débutants sur l'éventualité possible d'une semblable erreur, que l'on pourrait parfois éviter en s'informant si, à une époque antérieure et plus ou moins lointaine, la tumeur en question n'a pas présenté une consistance différente et surtout si elle n'a pas été le siège de pulsations.

Nous indiquerons en dernier lieu, comme ayant pu donner naissance à des erreurs de diagnostic, les dilatations des veines qui, dans certaines régions, ont été prises pour des tumeurs ou ont été la cause d'une méprise inverse. Ce n'est guère qu'au crâne et à la région de l'aîne que le fait peut se présenter et encore, nous semble-t-il, l'erreur sera le plus souvent évitée par une recherche attentive des signes qui caractérisent les dilatations veineuses.

Mais de toutes les tuméfactions susceptibles de simuler les tumeurs véritables ou les néoplasmes, celles qui se rencontrent le plus fréquemment, et qui bien souvent donnent lieu à des

hésitations ou même à des erreurs de diagnostic, sont celles qui résultent de l'inflammation chronique, soit simple, soit spécifique (tuberculose, syphilis, actinomycose). Aussi nous arrêterons-nous un peu plus longtemps sur ce point.

Dans les cas douteux où l'on voit se poser la question du diagnostic différentiel entre une tuméfaction inflammatoire et un néoplasme, les commémoratifs ont, comme on le conçoit, une très grande importance, et le chirurgien devra rechercher avec le plus grand soin l'existence de causes susceptibles de provoquer une inflammation soit simple, soit spécifique ou diathésique, comme on le disait autrefois. C'est ainsi que la connaissance bien avérée d'antécédents de tuberculose ou de syphilis apportera de grandes présomptions en faveur de la nature spécifique de la tuméfaction.

On devra également avoir égard à l'évolution clinique de la tuméfaction qui souvent contribuera à éclairer le diagnostic. On se rappellera, en effet, que dans les tuméfactions inflammatoires spécifiques, et notamment dans celles qui sont dues à la tuberculose, on observe deux périodes successives répondant à l'évolution anatomo-pathologique des dépôts tuberculeux : une première période dans laquelle la tuméfaction présente une consistance plus ou moins dure, en tout cas solide, et une seconde période dans laquelle elle change de consistance, se ramollit et devient liquide. Exceptionnellement cette seconde période peut se manifester différemment et la tuméfaction, au lieu de se ramollir, acquiert une dureté de plus en plus grande et comparable à celle de la pierre ; c'est dans le cas où le tubercule subit la transformation crétacée.

A ces deux périodes on en voit souvent succéder une troisième dans laquelle la tumeur ramollie s'ouvre à la manière d'un abcès, et généralement l'ouverture reste plus ou moins longtemps fistuleuse ou devient le point de départ d'un ulcère présentant des caractères particuliers.

Si nous avons rappelé en quelques mots cette évolution des tuméfactions inflammatoires et surtout des tuméfactions de nature spécifique, c'est qu'on n'observe guère dans la marche des néoplasmes vrais cette succession des périodes d'indura-

tion, de ramollissement et de suppuration. Si certains néoplasmes, comme les sarcomes, les encéphaloïdes, etc., offrent souvent une série de modifications dans leur consistance et deviennent mous et pseudo-fluctuants, après avoir été primitivement très durs, il importe de remarquer que cette évolution ne s'accompagne pas, sauf dans quelques cas tout à fait exceptionnels, des phénomènes classiques de l'inflammation et notamment d'une élévation de la température locale et générale.

Cette remarque générale trouvera souvent une application utile lorsqu'il s'agira de faire le diagnostic entre une tuméfaction inflammatoire chronique et un néoplasme.

D'autre part, d'après ce qui vient d'être dit sur l'évolution des tuméfactions inflammatoires, on conçoit que, suivant la période à laquelle on les observe, on pourra avoir à faire leur diagnostic tantôt avec des tumeurs solides, si elles n'ont pas encore atteint la période de ramollissement, tantôt avec des tumeurs liquides et fluctuantes lorsqu'elles sont ramollies et suppurées, tantôt enfin avec des néoplasmes ulcérés lorsqu'elles se sont ouvertes à l'extérieur.

Il serait impossible, dans cette étude générale, d'entrer dans l'examen comparatif des symptômes propres à différencier les tuméfactions inflammatoires des néoplasmes solides, liquides ou ulcérés, ce qui nous entraînerait à faire, pour ainsi dire, le diagnostic différentiel de toutes les tumeurs; mais il ne sera pas inutile d'indiquer ici un certain nombre de moyens qui peuvent rendre de grands services dans les cas où le diagnostic est hésitant entre une tumeur inflammatoire et un néoplasme. Sans parler de la ponction exploratrice souvent utile, mais aussi susceptible de fournir des renseignements incertains, ou même erronés, ainsi que nous aurons plus loin l'occasion de le dire, l'examen microscopique de parcelles solides et surtout du liquide provenant de la tuméfaction, après suppuration et ouverture à l'extérieur, permettra souvent de constater la présence du bacille de Koch ou des grains caractéristiques de l'actinomycose.

De même l'étude bactériologique, l'inoculation aux animaux

de ces mêmes produits, suivant les résultats positifs ou négatifs obtenus, trancheront la question relativement à la nature tuberculeuse de l'affection.

Enfin dans certains cas difficiles, le traitement pourra, comme on l'a dit, servir de pierre de touche; c'est ainsi que l'application d'un traitement anti-syphilitique intensif, notamment les injections sous-cutanées de préparations mercurielles jointes à l'usage de l'iodure de potassium à haute dose, permettront en quelques jours de décider si la tumeur en question est ou n'est pas de nature syphilitique.

Nous supposons qu'après avoir écarté les diverses causes d'erreur que nous venons de passer en revue on est arrivé à conclure que l'on se trouve en présence d'une tumeur véritable, d'un néoplasme; il s'agit maintenant de déterminer quelle est la nature de cette tumeur.

Un des premiers points que le chirurgien devra chercher à élucider est de préciser le siège anatomique qu'occupe la tumeur.

Nous aurions même dû prescrire cette recherche dès le début de notre étude du diagnostic général des tumeurs, car la question du siège anatomique se pose tout aussi bien lorsqu'il s'agit de différencier une tuméfaction quelconque (hématome, tuméfaction inflammatoire, etc.) d'une tumeur vraie que lorsqu'on procède à la recherche du diagnostic différentiel des néoplasmes entre eux. Si nous avons attendu jusqu'ici pour parler du siège anatomique des tumeurs, c'est que son importance se montre surtout quand on se propose de déterminer quelle est la nature d'un néoplasme. Cette importance est si considérable, à notre avis, que l'un de nous a coutume de répéter, dans son enseignement clinique, que lorsqu'on est parvenu à préciser rigoureusement le siège anatomique d'une tumeur, on a déjà fait la moitié du travail qui doit conduire à la connaissance de la nature de cette tumeur.

Celle-ci est-elle superficielle, c'est-à-dire occupe-t-elle la peau ou le tissu cellulaire sous-cutané? Est-elle profonde, c'est-à-dire située dans l'épaisseur ou au-dessous de l'aponé-

vrose, dans l'épaisseur ou au-dessous des couches musculaires, ou bien encore en connexion avec le squelette ?

Telles sont les diverses questions que le chirurgien devra s'efforcer de résoudre.

*Tumeurs superficielles.* — Il sera toujours aisé de reconnaître si une tumeur est développée aux dépens de la peau ou occupe le tissu cellulo-adipeux sous-cutané.

Dans le premier cas, la peau et la tumeur ne peuvent être mobilisées indépendamment l'une de l'autre. Si l'on essaie de soulever, de plisser la peau au-devant de la tumeur, on constate que celle-ci fait corps avec celle-là et que les deux se déplacent simultanément.

La tumeur, au contraire, est-elle située dans le tissu cellulo-adipeux sous-cutané ? On pourra déplacer dans tous les sens, soulever, plisser la peau au-devant d'elle, sans qu'elle participe au déplacement.

Toutefois, il existe certaines tumeurs qui occupent à la fois les couches profondes du derme et le tissu cellulaire sous-cutané ; dans ce cas cette indépendance de la peau et de la tumeur n'existe plus et l'une et l'autre se meuvent et se déplacent en même temps :

Mais ce qui caractérise essentiellement une tumeur superficielle et circonscrite au tissu cellulo-adipeux sous-cutané, sans aucune connexion avec l'aponévrose d'enveloppe, c'est la mobilité de cette tumeur sur les plans sous-jacents. On peut la mobiliser dans tous les sens, la soulever en masse, sans qu'elle soit retenue par aucune adhérence, et cette mobilité a pour limite l'extensibilité du tissu cellulaire de la région.

Certaines tumeurs, néanmoins, tout en étant circonscrites au tissu cellulo-adipeux sous-cutané, présentent des connexions plus ou moins intimes avec l'aponévrose d'enveloppe. Lorsque les adhérences sont très serrées et résistantes, on le reconnaît facilement à ce que la tumeur ne présente plus cette faculté de pouvoir être déplacée dans tous les sens et surtout de pouvoir être soulevée en masse et comme détachée des plans profonds. On sent, au contraire, lorsqu'on cherche

à la mobiliser, qu'elle est solidement fixée à l'aponévrose par des liens résistants.

Mais, dans d'autres cas, bien que ces adhérences existent réellement, on pourrait méconnaître leur présence et admettre que la tumeur est mobile sur les parties profondes, soit que cette mobilité ne se montre que partiellement et s'obtienne seulement lorsqu'on cherche à déplacer la tumeur dans une direction perpendiculaire à celle des fibres musculo-aponévrotiques sous-jacentes, et qu'elle fasse défaut dans le sens opposé, soit qu'elle s'observe dans toutes les directions et qu'il soit même possible de soulever la tumeur en masse.

Ces faits s'expliquent souvent par la laxité, le peu de résistance de ces adhérences, qui permettent à la tumeur de se mouvoir dans des limites assez étendues, mais, dans bien des cas aussi, une tumeur peut paraître mobile malgré l'existence d'adhérences serrées et résistantes, parce que, dans les mouvements qu'on lui imprime, elle entraîne avec elle l'aponévrose et même le muscle sous-jacent ; c'est dans ces cas que l'on constate que la tumeur est surtout mobile lorsqu'on la déplace dans une direction perpendiculaire à celle des fibres musculo-aponévrotiques sous-jacentes, tandis qu'elle ne se laisse pas mobiliser dans une direction opposée.

Mais il est un moyen bien simple de reconnaître d'une façon absolument certaine si une tumeur présente des adhérences avec les plans profonds, c'est de procéder à la recherche de la mobilité d'abord pendant que les muscles sous-jacents sont à l'état de repos, puis au moment où ils sont contractés. On verra alors bien souvent qu'une tumeur qui semblait mobile dans tous les sens ou seulement dans une seule direction, alors qu'on l'examinait à l'état de repos des muscles, devient complètement immobile et fixée à l'aponévrose sous-jacente lorsqu'on vient à faire contracter les muscles. On comprend, en effet, que, dans cette dernière condition, l'aponévrose, tendue et immobilisée par la contraction musculaire, ne se laisse plus entraîner par les adhérences et ne peut plus se déplacer en même temps que la tumeur, lorsqu'on imprime des mouvements à celle-ci.

En résumé donc, dans tous les cas où l'on recherche la mobilité d'une tumeur superficielle sur les plans profonds, on ne devra jamais, sous peine de s'exposer à des erreurs, se prononcer sur cette question sans avoir examiné la tumeur successivement à l'état de repos et à l'état de contraction des muscles sous-jacents.

S'il n'existe pas d'adhérences, la tumeur restera mobile dans tous les sens, comme elle l'était dans l'état de relâchement des muscles; tout au plus pourra-t-on quelquefois constater un léger soulèvement de la tumeur produit par le gonflement du muscle contracté. Si, au contraire, il existe des adhérences, elles manifesteront leur présence par la fixité de la tumeur qu'il sera impossible de déplacer dans aucun sens.

*Tumeurs profondes.* — En présence d'une tumeur profonde, le chirurgien aura à déterminer si elle est simplement en rapport avec l'aponévrose, si elle est intra ou sous-musculaire, enfin si elle présente des relations avec le squelette.

Mais avant de résoudre ces diverses questions relatives à la situation précise d'une tumeur profonde, nous devons faire remarquer que celle-ci pourra se présenter dans deux conditions tout à fait différentes et dont l'importance est considérable au point de vue du diagnostic des néoplasmes. Tantôt la peau et le tissu cellulaire sous-cutané qui recouvrent la tumeur sont sains et peuvent être mobilisés dans tous les sens au-devant de la tumeur; tantôt ils sont plus ou moins altérés, envahis par le tissu néoplasique, et, dans tous les cas, présentent ce caractère d'être adhérents à la tumeur, parfois même se confondant avec elle.

C'est encore en explorant la tumeur pendant que les muscles sous-jacents sont relâchés et pendant qu'ils sont contractés que l'on pourra se rendre compte des relations de la tumeur avec l'aponévrose ou avec les muscles.

Une tumeur simplement en connexion avec l'aponévrose, une tumeur intra-musculaire ou même sous-musculaire, examinée pendant le relâchement des muscles, présentera souvent un certain degré de mobilité, mais seulement dans la direction

perpendiculaire à celle des fibres musculo-aponévrotiques. Cependant cette mobilité latérale sera toujours beaucoup moins étendue que celle des tumeurs superficielles; d'autre part, il sera impossible de déplacer la tumeur dans une direction opposée, c'est-à-dire parallèle à celle des fibres musculo-aponévrotiques. Cela s'explique aisément par ce fait que la mobilité latérale de la tumeur est plutôt apparente et est due au déplacement simultané de l'aponévrose et du muscle relâchés, déplacement qui est seulement possible dans le sens transversal.

Mais, vient-on à faire contracter énergiquement les muscles, on constate aussitôt que cette mobilité disparaît et que la tumeur devient fixe et ne peut plus être déplacée dans aucun sens. En outre, si, dans ces conditions, on explore avec soin la tumeur, on pourra se rendre compte de sa situation exacte et de ses connexions avec l'aponévrose et les muscles. Dans le cas, en effet, où la tumeur est simplement en connexion avec l'aponévrose ou est située dans les couches musculaires superficielles, elle paraît comme soulevée, plus saillante, plus tendue et plus exactement circonscrite, tandis que, dans les cas où elle est intra ou sous-musculaire, elle semble moins apparente et comme masquée par les fibres musculaires contractées, avec lesquelles elle tend à se confondre.

Enfin les tumeurs en relation avec le squelette, qu'elles siègent à la surface d'un os ou qu'elles se soient développées dans son épaisseur, se reconnaîtront aisément à ce qu'elles font pour ainsi dire corps avec cet os dont il est impossible de les détacher; elles sont donc absolument fixes et immobiles. Mais s'il s'agit d'un os susceptible d'être déplacé, la tumeur suivra tous les mouvements qu'on imprime à l'os.

Les tumeurs encore incluses dans l'épaisseur d'un os se reconnaîtront parfois à un signe particulier, qui n'est pas constant et que l'on peut seulement constater à une certaine période de l'évolution du néoplasme, c'est la *crépitation parcheminée*, qui donne, en effet, aux doigts explorateurs une sensation analogue à celle que fournit le froissement du parchemin. Cette crépitation s'observe lorsque, un néoplasme intra-

osseux ayant graduellement refoulé le tissu compact de l'os, celui-ci se trouve réduit à une lamelle mince et flexible, qui,

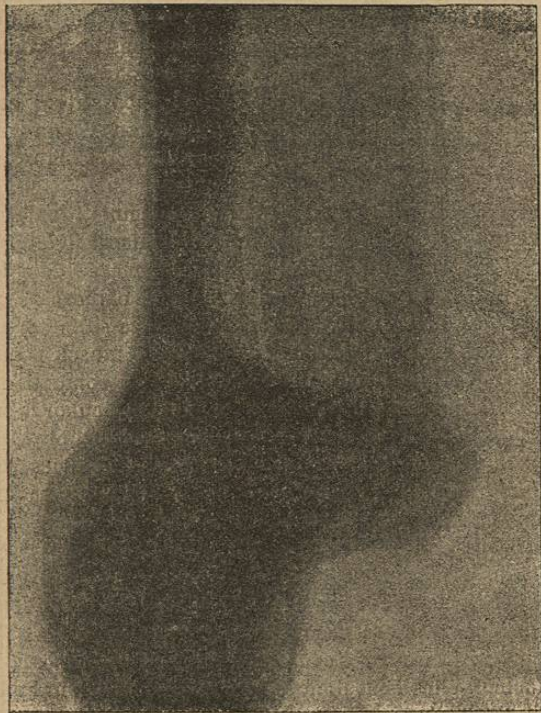


Fig. 123.

Ostéosarcome central de la région juxta-épiphysaire du fémur. Zone claire échancrant l'os en avant et représentant la masse peu ossifiée de la tumeur (BÉRARD et POLLOSSON).

en se laissant déprimer par le doigt du chirurgien, produit ce bruit caractéristique.

La radiographie et la radioscopie peuvent aussi donner des ren-

seignements précieux, pour les tumeurs des membres principalement, sur le siège de l'affection dans le squelette ou dans les

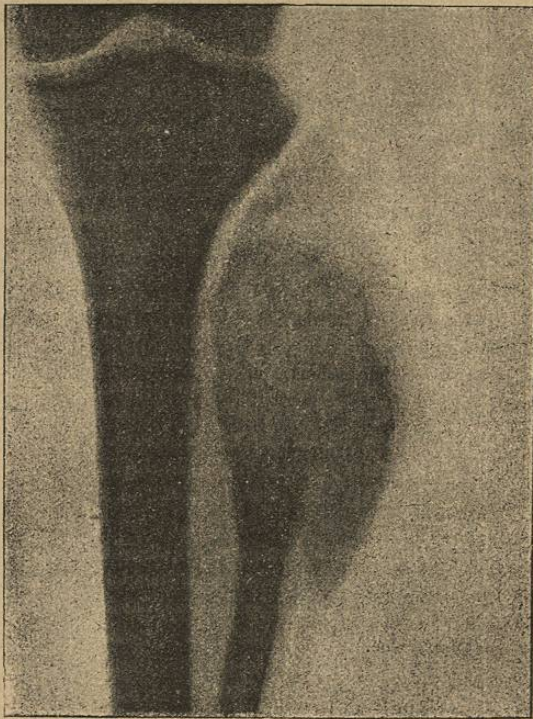


Fig. 124.

Tumeur à myéloplaxes de l'épiphyse supérieure du péroné (BÉRARD et POLLOSSON).

tissus adjacents, ainsi que sur les limites et le mode d'évolution de la lésion osseuse.

Comme l'ont bien montré BÉRARD et POLLOSSON (de Lyon), dans leur rapport au Congrès de Chirurgie de 1899, la radiogra-

phie permet de distinguer les tumeurs épiphysaires de l'ostéomyélite chronique et de la tuberculose, et de distinguer de même les tumeurs diaphysaires de l'ostéomyélite chronique et de la syphilis; elle permet aussi de reconnaître si l'on est en présence d'une tumeur encapsulée ou d'une néoplasie diffuse.

Dans tout ce qui précède, il n'a été question que de la détermination du siège anatomique des tumeurs des membres ou de celles qui occupent le cou ou les parois du tronc.

Pour ce qui concerne les tumeurs situées dans les cavités splanchniques, il est souvent assez difficile de préciser leur siège anatomique, et, si nous voulions traiter ce sujet avec quelques détails, il faudrait sortir des généralités pour pénétrer dans le domaine des faits particuliers et faire le diagnostic des tumeurs de chaque viscère. Bornons-nous donc à cette simple indication générale que, dans la recherche du siège anatomique d'une tumeur viscérale, le chirurgien devra surtout faire appel à ses connaissances en anatomie, se rappeler la situation, les limites, les rapports du viscère dans lequel on suppose que la tumeur a pris naissance. S'il s'agit d'un organe mobile ou susceptible d'être mobilisé, comme le foie, le rein, l'utérus, etc., la tumeur occupant cet organe suivra les mouvements de ce dernier.

En outre, dans un certain nombre de cas, les troubles fonctionnels déterminés par la présence d'une tumeur viendront corroborer le diagnostic du siège de cette tumeur, déjà soupçonné par les résultats de l'examen physique, et permettront de la localiser dans tel ou tel viscère; c'est ainsi, pour ne donner qu'un exemple, que les hématuries, les altérations plus ou moins profondes de l'urine confirmeront le diagnostic de tumeur du rein, que l'on aura déjà porté d'après la situation de la tumeur dans la profondeur de la fosse lombaire, le ballotement obtenu par le palper bimanuel, etc.

Enfin, quoique jusqu'à présent la radiographie n'ait pas fourni, au point de vue qui nous occupe, les renseignements que l'on aurait pu en espérer dans le principe, elle pourrait, dans certains cas particuliers, donner des résultats utiles au diagnostic.

Lorsque le chirurgien aura déterminé exactement le siège anatomique de la tumeur dont il se propose de rechercher la nature, il devra procéder méthodiquement à l'étude de ses caractères physiques.

Son premier soin sera d'établir quelle est la consistance de la tumeur, car c'est d'après la consistance de celle-ci que l'on pourra décider si elle est *liquide* ou *solide*.

On sait que les tumeurs liquides se reconnaissent et se distinguent des tumeurs solides par deux signes particuliers : la *rénitence* et la *fluctuation*; mais la fluctuation seule doit être considérée comme véritablement pathognomonique, en sorte que toute tumeur fluctuante peut être rangée dans la classe des tumeurs liquides, tandis que toute tumeur non fluctuante sera déclarée solide.

Parmi les tumeurs solides, on observe de très grandes variétés de consistance qui permettent de les séparer en un certain nombre de groupes distincts, ce qui facilite et abrège le travail qui doit conduire à la connaissance de la nature de la tumeur.

Il existe tout d'abord des tumeurs qui présentent une dureté extrême, ne laissant aucun doute sur leur constitution, car cette dureté est bien celle de l'os ou de la pierre; telles sont les exostoses, les tumeurs calcifiées.

D'autres offrent encore une consistance extrêmement dure, quoique inférieure à celle des précédentes, mais à cette dureté spéciale se joint un certain degré d'élasticité; tels sont les chondromes, les fibromes, le squirrhe et surtout le squirrhe ligneux.

Dans un troisième groupe se rangent des tumeurs d'une consistance beaucoup moindre que celle des tumeurs dont il vient d'être question. Cette consistance, d'ailleurs assez variable, mais sans arriver jamais jusqu'à la mollesse, est toujours assez ferme et peut être comparée à celle de la chair musculaire; le type de ce groupe est le sarcome dur.

Enfin, nous placerons dans un dernier groupe très nombreux des tumeurs caractérisées par une mollesse plus ou moins grande. Certaines de ces tumeurs, bien que dépourvues de