

Traitement. — Que le corps étranger soit engagé dans un conduit naturel ou qu'il soit dans l'intérieur même des tissus, on peut ou attendre son élimination spontanée, ou bien chercher à l'extraire. Cette dernière conduite est absolument indiquée dans beaucoup de cas (corps étrangers du pharynx et de l'œsophage, de la trachée). Dans ces circonstances, deux méthodes sont en présence : ou bien on l'extrait par les voies naturelles, ou bien on agit par les voies artificielles. Cette seconde manière de faire doit être autant que possible exceptionnelle.

Dans quelques cas, l'extraction est rendue impossible par la position même qu'occupe le corps étranger, et il faut attendre qu'il ait une tendance à se faire jour vers des parties plus superficielles. Le traitement est alors palliatif. Enfin, si le corps reste enkysté et ne produit pas d'accidents, on peut le respecter tout en se tenant prêt à intervenir si, comme il arrive souvent, le corps étranger donne lieu tout à coup à des accidents plus ou moins sérieux.

BIBLIOGRAPHIE. — Delpech, *Des corps étrangers*, in *Traité élém. des mal. chirurg.*, t. II, p. 1, 1816. — Lèveillé, *Des corps étrangers, etc.*, in *Nouvelle doct. chirurgicale*, t. III, p. 331, Paris, 1812. — Ferey-Demay, *Corps étrangers*, in *Dict. des études méd. prat.*, t. IV, p. 259, Paris, 1839. — A. Bérard et Denonvilliers, *Corps étrangers*, in *Comp. de chir. prat.*, t. I, ch. IX, p. 702, 1845.

CHAPITRE IV

MALADIES VIRULENTES.

Nous n'étudierons ici que les affections charbonneuses ; la rage, la morve, la syphilis sont décrites dans le *Manuel de pathologie interne* du professeur Tardieu (1).

ARTICLE PREMIER. — AFFECTIONS CHARBONNEUSES.

Sous ce nom nous examinerons la pustule maligne, l'œdème malin et le charbon malin. L'existence de cette dernière affection nous paraît d'ailleurs douteuse (Follin).

§ 1. — Pustule maligne.

La pustule maligne est une affection de nature virulente, gangréneuse et septique, résultant de l'inoculation d'un virus spécial provenant des animaux atteints de charbon.

(1) *Manuel de path. et de clin. méd.*, 4^e édit., p. 499, 809, 721.

Étiologie. — Cette affection ne naît pas spontanément chez l'homme, malgré les affirmations de Bayle et celles plus récentes de Devers et T. Gallard.

Si, en effet, la pustule maligne peut se développer sur toutes les parties du corps, même sans qu'il y ait d'excoriation cutanée, on peut dire qu'on l'observe beaucoup plus souvent sur les points découverts où la peau est fine, c'est-à-dire plus apte à s'imprégner du virus charbonneux.

Enfin, et toujours en faveur de la doctrine de l'inoculation, on peut affirmer que la pustule maligne se rencontre surtout chez les individus qui se trouvent en rapport avec des animaux atteints d'affections charbonneuses. Longtemps même après la mort de ces animaux, les diverses parties du corps peuvent encore déterminer cette affection ; aussi voit-on les tanneurs, les mégissiers, etc., contracter la pustule maligne pour avoir touché la peau ou la laine d'animaux malades morts depuis un temps déjà éloigné.

C'est cette apparition encore assez fréquente résultant d'une inoculation en quelque sorte tardive, qui fait que la pustule maligne peut s'observer dans les villes, et qui a conduit à penser à son développement spontané.

Les plaies, les simples écorchures, au contact du sang d'un animal charbonneux, peuvent donner lieu au développement de la pustule maligne ; quelquefois ce sont des piqûres de mouches, parfois celles-ci peuvent déposer sur les parties dénudées des matériaux septiques qu'elles ont pris ailleurs (Raimbert, Davaine). Enfin, l'inoculation peut se faire par simple imbibition, les tissus exposés étant très-minces.

Il résulte d'expériences et d'observations assez nombreuses, que la pustule maligne, ordinairement transmise des animaux à l'homme, peut être inoculée de l'homme aux animaux (Soc. méd. d'Eure-et-Loir), et même de l'homme à l'homme (Thomassin, Raimbert, Raphaël, Guipon).

Notons enfin qu'il peut y avoir plusieurs pustules malignes développées sur le même individu (Bourgeois, Raimbert, etc.).

Symptomatologie. — L'évolution de la pustule maligne peut être divisée en trois (Raimbert) ou quatre périodes (Enaux et Chaussier). Beaucoup d'auteurs n'admettent que trois périodes dans la marche de cette affection : 1^o une période d'inoculation, 2^o une période d'éruption, 3^o une période d'intoxication.

Deux ou trois jours après l'inoculation, quelquefois plus tôt, l'affection apparaît sous la forme d'une petite tache semblable à une piqûre de puce, à laquelle le malade ne fait pas attention. Aucun autre symptôme ne caractérise la première période de cette maladie.

Il se forme alors sur cette tache une petite vésicule remplie de sérosité, que le malade déchire le plus souvent en la grattant; un peu de prurit accompagne cette éruption. Au bout de vingt-quatre à trente-six heures, la démangeaison devient plus forte; il s'y joint un léger sentiment de chaleur et de cuisson: la deuxième période commence.

La place qu'occupait la vésicule présente une petite induration mobile, circonscrite, sensible au toucher seulement; bientôt celle-ci apparaît à l'œil; elle offre le plus souvent une surface grenue, présentant alternativement des éminences et des enfoncements (*tubercule lenticulaire*). Tout autour de ce tubercule noirâtre la peau se gonfle, s'enflamme, devient rouge, violacée, livide. De petites phlyctènes remplies de sérosité roussâtre se forment (*aréole vésiculaire* de Chaussier), et entourent l'eschare centrale qui continue à se développer: il n'y a pas encore de symptômes généraux.

Dans la troisième période, le mal dépasse la peau, envahit le tissu cellulaire sous-cutané; l'eschare centrale devient violacée, noire, gagne en surface, en poussant devant elle l'aréole vésiculaire et inflammatoire. Au delà de l'aréole la peau est tendue, luisante, d'un rouge foncé, quelquefois violacée; le tissu cellulaire est le siège d'une espèce d'infiltration gélatineuse; tout le membre se trouve bientôt envahi par la maladie; les parois du thorax et du ventre peuvent être aussi le siège de cette infiltration, et de cette tension qui cause au malade un sentiment de pesanteur et d'étranglement. Des symptômes généraux accompagnent cette troisième période; mais ils ne sont pas constants. Considérés comme des phénomènes dus à l'intoxication générale commençante, ces symptômes fébriles sont rattachés par le professeur Verneuil aux accidents inflammatoires plus ou moins intenses qui accompagnent l'évolution de la pustule à cette période (E. Tardif). Cette troisième période dure environ de quatre à cinq jours sur un sujet robuste; sur un sujet faible, au contraire, la maladie fait des progrès beaucoup plus rapides.

Dans la quatrième période, tous les accidents s'aggravent; l'eschare centrale se détache et il s'écoule un liquide séreux. Le tissu cellulaire se gangrène, la peau qui le recouvre participe bientôt au même travail, il y apparaît des phlyctènes, et l'on trouve une plaie très-étendue, bornée cependant au tissu cellulaire sous-cutané. Les muscles ne seraient jamais envahis par la gangrène, fait contesté par Gendrin.

Mais c'est principalement à cette époque que s'annoncent des symptômes d'infection générale; le pouls devient petit, faible, inégal, la peau est brûlante, la température très-élevée (40°, 41°), la soif extrêmement vive; la langue est sèche, des vomissements se

manifestent; rarement on trouve de la diarrhée; l'accablement est extrême; la respiration est gênée, anxieuse; bientôt surviennent des hémorrhagies, des sueurs colliquatives, des syncopes, du délire, et le malade ne tarde pas à succomber après un abaissement assez considérable de la température (Tardif).

La marche de cette maladie est quelquefois tellement rapide, que le malade meurt vingt-quatre heures après l'invasion; elle peut cependant durer jusqu'à douze ou quinze jours. Abandonnée à elle-même, elle parcourt en général ses quatre périodes; mais si les symptômes s'arrêtent à la fin de la deuxième période, le malade guérit.

La terminaison est souvent funeste, toutefois la pustule maligne peut guérir spontanément et sans aucun traitement. Dans ces cas, des phénomènes franchement inflammatoires surviennent et les parties escharifiées sont éliminées. Cette guérison spontanée pourrait avoir lieu alors même que des accidents généraux d'intoxication se seraient déjà produits (Raimbert).

Anatomie pathologique. — Les désordres sont locaux ou généraux; les premiers comprennent l'anatomie de la pustule, les seconds les altérations qu'on observe dans tous les organes.

La pustule est livide ou noire, dure, épaisse de 1 à 3 millimètres. Au microscope elle présente une substance demi-opaque quelquefois parcourue par des vaisseaux sanguins et des divisions nerveuses. Le liquide de la préparation contient des globules sanguins altérés et des globules graisseux; ces globules se retrouvent dans la sérosité des vésicules.

Des recherches récentes ont fait découvrir dans la pustule, ainsi que dans la sérosité des vésicules, un grand nombre de corpuscules ou mieux de bâtonnets: ce sont des *bactéridies* (Davaine).

Autour de la pustule existe une infiltration séro-fibrineuse ou sanguinolente des couches épithéliales; c'est elle qui donne naissance à l'aréole vésiculaire (Raimbert).

Au-dessous de l'eschare et de l'aréole, le tissu cellulaire est dense et infiltré de sang ou de sérosité sanguinolente; plus loin il y a de l'œdème.

Le sang est noir, fluide, poisseux, et se putréfie très-vite. Les globules sanguins seraient dentelés à leur circonférence (Raimbert), ils tendent à s'agglomérer (Davaine). Enfin on trouve dans le sang des bactéridies sous forme de filaments déliés, de baguettes droites ou courbées à angles plus ou moins aigus. C'est dans les espaces clairs situés entre les globules rouges agglomérés, qu'on aperçoit bien ces bactéridies.

Les vaisseaux sont gorgés d'un sang épais, fluide; les cavités du cœur droit renferment du sang noir non coagulé.

Le péricarde contient de la sérosité roussâtre, les poumons sont congestionnés, les bronches remplies d'une écume sanguinolente.

Les plèvres contiennent de la sérosité colorée par du sang.

Le péritoine renferme un liquide jaunâtre; l'épiploon et le mésentère sont gorgés de sang. Le tube digestif offre de nombreuses taches jaunâtres, noirâtres, dues à des épanchements sanguins; on les rencontre dans l'estomac, l'intestin grêle et le gros intestin. On a même signalé des pustules malignes dans l'estomac (Verneuil) et dans le côlon (Viricel, de Lyon); ce sont bien plutôt des tumeurs dues à un épanchement de sang.

La rate est volumineuse, ramollie, noire ou lie de vin. Le foie, les reins sont congestionnés. Les vaisseaux des centres nerveux sont remplis de sang; quelquefois on trouve une infiltration sanguine de l'arachnoïde, un foyer hémorrhagique dans le cerveau (Raimbert).

Les muscles, ramollis, sont d'un brun pâle, et dans quelques points violacés (Raimbert).

Diagnostic. — Au début on confond facilement la pustule maligne avec la piqûre d'un insecte, d'une puce; d'où la dénomination de *puce maligne* donnée en Bourgogne à cette affection. La coloration noirâtre du centre de la tumeur et l'aréole vésiculaire viendront éclairer le diagnostic.

Le furoncle, l'anthrax, peuvent aussi être confondus avec la pustule maligne. Mais le furoncle se présente avec des caractères inflammatoires nettement tranchés, en outre la douleur du début est lancinante et non prurigineuse. Quant à l'anthrax, il offre un volume trop considérable pour pouvoir être confondu avec la pustule maligne de même dimension, c'est-à-dire offrant tous ses caractères distinctifs. Il est à remarquer que la pustule maligne ne présente *aucune trace de suppuration*; une ponction avec une lancette, donnant issue à du pus, doit donc faire exclure l'idée d'une pustule maligne.

L'érysipèle avec phlyctènes occupe une large surface et n'offre ni eschare centrale ni aréole vésiculeuse, il sera donc facilement distingué de la pustule maligne.

Certaines affections cutanées, comme l'herpès, l'acné, le rupia, l'ecthyma, ont été prises au début pour des pustules malignes, la présence du pus dans les vésicules est une caractéristique dont il faut tenir grand compte, de plus il n'existe pas d'aréole vésiculaire comme dans la pustule maligne.

Quant aux fausses pustules malignes (*pustules malignes pseudo-*

charbonneuses de Raimbert), leur existence ne nous paraît pas très-nettement prouvée. L'examen microscopique et l'inoculation seraient les seuls moyens de les différencier de la vraie pustule maligne.

En résumé, l'absence de pus ou de sérosité purulente dans la vésicule primitive, l'absence de douleur spontanée, l'existence d'une aréole vésiculaire, sont les trois signes presque pathognomoniques de la pustule maligne (Raimbert).

Pronostic. — Quoique la pustule maligne puisse guérir d'elle-même, elle doit être considérée comme une maladie fort grave; car outre qu'elle compromet la vie des sujets qui en sont atteints, elle laisse souvent après elle une difformité très-grande. D'ailleurs son pronostic varie avec la constitution des malades: elle est plus grave chez les sujets faibles que chez ceux qui sont robustes; lorsqu'elle se montre sur des parties qui contiennent une grande quantité de tissu cellulaire, elle présente plus de dangers. Il en est de même lorsqu'elle siège sur des points où la moindre perte de substance est la cause de difformités considérables.

La pustule maligne, qui provoque autour d'elle des phénomènes réactionnels inflammatoires assez intenses, serait d'un pronostic moins sérieux que celle qui marche d'une façon insidieuse, et donne rapidement naissance à des signes d'intoxication générale (Raimbert). Le pronostic est des plus graves lorsque la maladie date déjà de trois ou quatre jours.

Traitement. — On a conseillé l'excision, la cautérisation, ou mieux encore la combinaison de ces deux méthodes de traitement.

Excision. — Fournier et Chambon ont proposé d'enlever toutes les parties gangrenées par une incision circulaire; or ce procédé sera tout à fait insuffisant s'il reste encore quelques portions d'eschare. Il sera également rejeté quand bien même on couperait dans le vif, car il est très-douloureux et peut donner naissance à des hémorrhagies graves.

Cautérisation. — La cautérisation peut être pratiquée avec les caustiques ou avec le cautère actuel. On évitera d'employer les caustiques qui n'agissent que lentement ou ceux qui ne produisent que des eschares superficielles. Le plus souvent, comme nous allons le voir, la cautérisation est précédée de l'excision des tissus gangrenés.

Dans la première période, il suffit, après avoir ouvert la vésicule, de placer dans le fond un petit morceau de potasse caustique, ou une boulette de charpie imprégnée d'un liquide caustique, et de maintenir ces topiques assez longtemps en rapport avec les tissus pour que l'eschare ait une épaisseur suffisante. On favorisera la chute de l'eschare et l'on pansera comme une plaie simple; l'absence d'aréole autour de l'eschare indiquera au chirurgien que la maladie est arrêtée.

Dans la deuxième et dans la troisième période, on fendra l'eschare, on en détachera les lambeaux, en ayant soin toutefois de ne pas diviser les parties saines; puis on promènera sur la surface de la plaie un pinceau imbibé de caustique, ou bien on remplira la plaie de charpie imbibée du même caustique; le plus souvent ce pansement sera suivi de l'avortement de la maladie. Si l'affection présentait une gravité plus grande, si les parties molles commençaient à s'engorger autour de l'eschare, il serait indispensable d'appliquer le cautère actuel, et de réitérer son application autant qu'il serait nécessaire pour détruire toutes les parties malades.

Dans la quatrième période, « après avoir enlevé avec des ciseaux les lambeaux de peau gangrenés, on absterge bien le fond de la plaie, puis on y porte un cautère nummulaire, large et épais, qu'on laisse en contact avec les tissus jusqu'à ce qu'il soit complètement éteint; on fait ensuite plusieurs applications successives, de manière à être certain qu'aucune partie de la plaie n'a échappé à l'action du feu, et que celle-ci s'étend assez profondément. Nous pensons aussi qu'il y a lieu, dans cette circonstance grave, d'imiter la pratique des vétérinaires, c'est-à-dire de circonscrire l'eschare par une incision circulaire faite sur la peau vive, et à cautériser ensuite jusqu'au fond de cette plaie saignante. Ce n'est pas tout : si la maladie est très-étendue, les symptômes généraux alarmants, nous donnons le conseil de promener légèrement le cautère sur la peau environnante; peut-être même serait-il avantageux de pratiquer, au milieu des parties tuméfiées, quelques incisions qui seraient aussi cautérisées. Le but que nous nous proposons en faisant agir le cautère actuel dans un rayon assez étendu autour de l'eschare, est de produire une excitation vive, et de provoquer une réaction franche et soutenue dans les tissus frappés d'asthénie, et qui résisteraient à tout stimulant moins énergique.

« Nous n'eussions osé sans doute proposer un mode de traitement aussi audacieux, et en apparence aussi barbare, si la pustule maligne, arrivée à cette période, n'était pas une maladie presque toujours mortelle, et si, d'une autre part, la pratique que nous

conseillons n'avait pas reçu la sanction de l'expérience. » (*Comp. de chirurgie.*)

Les divers auteurs qui se sont plus spécialement occupés de la pustule maligne préconisent soit le cautère actuel, soit les caustiques. Toutefois la plupart d'entre eux regardent, avec raison croyons-nous, le cautère actuel comme inférieur aux caustiques. Parmi ces agents il faut citer : le chlorure d'antimoine (Enaux et Chaussier, Bidault, de Villiers); la potasse caustique (J. Bourgeois, d'Étampes); le caustique de Vienne; le caustique Filhos; enfin le bichlorure de mercure, agent tiré de la pratique des vétérinaires. Pour employer ce dernier caustique, on excise l'eschare et on remplit la perte de substance ainsi formée par de la poudre grossière de bichlorure. Le tout est maintenu en place pendant vingt-quatre heures au plus, à l'aide d'un morceau de diachylon.

Voici le procédé suivi par Bourgeois, qui préfère employer la potasse caustique. Il la promène circulairement à la surface de l'eschare : la potasse se dissout en absorbant l'eau des tissus, et pénètre ainsi jusqu'à 4 ou 5 millimètres de profondeur. Quand on craint d'avoir pratiqué une cautérisation insuffisante, on laisse un petit morceau de caustique au fond de la plaie. Bourgeois pense ainsi détruire tout le mal, rien que le mal, et cela à l'aide d'un caustique facile à manier.

Quelques auteurs (Régnier, Schwan) ont conseillé les applications de sangsues autour de la tumeur. Nous pensons qu'un semblable traitement doit être plus nuisible qu'utile.

Comme *traitement général*, on prescrira des toniques et des excitants, le quinquina, le camphre, la thériaque, le vin, l'ammoniaque. Les émétiques (Thomassin) ne seront administrés que lorsque la pustule maligne sera accompagnée d'embarras gastrique; les purgatifs (Bayle) pourront être conseillés lorsqu'il existera de la constipation. Les saignées doivent être proscrites.

Il arrive quelquefois que le mal s'arrête de lui-même, et que vers la fin de la deuxième ou à la troisième période, les eschares se détachent. Il va sans dire que dans ces cas on pourra se dispenser de faire des incisions et des cautérisations intempestives; enfin, on n'administrera des excitants et des toniques que s'ils sont nécessaires pour relever les forces du malade; si la réaction était assez vive, il faudrait s'abstenir.

Ajoutons, en terminant, que, pour guérir cette grave maladie, Pomayrol et Raphaël (de Provins) ont préconisé l'emploi de feuilles ou d'écorce fraîche de noyer appliquées sur la tumeur; cette singulière médication aurait donné d'excellents résultats : l'œdème disparaît vite, la tumeur s'affaisse, laisse écouler beaucoup de sérosité,

et la pustule se réduit à une plaque gangréneuse qui ne tarde pas à s'éliminer (1).

§ 2. — Œdème malin ou charbonneux.

Signalé pour la première fois par Bourgeois (d'Étampes), qui ne l'avait vu qu'aux paupières, l'œdème charbonneux a été observé depuis sur d'autres parties du corps telles que les lèvres, la langue, (Morand, Ardouin), les bras, le thorax (Raimbert).

L'œdème malin atteint-il les paupières, les parties sont gonflées, pâles, bleuâtres, peu douloureuses et recouvrent totalement le globe oculaire intact; il existe tout au plus un léger prurit. Au bout de deux à trois jours se développent des vésicules, puis des eschares, enfin tous les phénomènes généraux et locaux de la véritable pustule maligne.

Au tronc le gonflement est diffus, pâteux, souvent énorme, surtout s'il siège à la région mammaire. Parfois les phénomènes d'intoxication surviennent avant l'apparition des phlyctènes et des eschares (Raimbert). Des phénomènes analogues s'observent aux membres supérieurs (Raimbert).

A l'autopsie on trouve les mêmes lésions que celles qui caractérisent la pustule maligne. Le sang contient des bactériidies (Davaïne).

L'apparition des vésicules et des eschares serviraient seules à faire diagnostiquer cet œdème malin des autres infiltrations des paupières. Ce n'est donc qu'au bout de 36 à 48 heures qu'on pourrait être fixé sur la nature de la maladie.

Quant aux procédés de diagnostic préconisés par Girouard et qui consistent à toucher les paupières avec de l'ammoniaque ou de l'azotate d'argent, nous avouons qu'ils ne nous inspirent qu'une médiocre confiance.

Traitement. — Les fomentations astringentes et stimulantes sont indiquées dès le début de l'affection. Les eschares doivent être cautérisées. Bourgeois conseille de promener sur les paupières un crayon de nitrate d'argent; ce moyen devra être employé quand on pourra soupçonner le caractère de la maladie dès son début. Malheureusement cette cautérisation n'est pas toujours suivie de succès; aussi doit-on considérer l'œdème malin comme une affection d'une extrême gravité.

Raphaël (de Provins) a conseillé et aurait obtenu quelques succès de l'application des feuilles de noyer sur les paupières œdématisées.

(1) Pomayrol, *Annal. cliniques de Montpellier*, 1835. — Raphaël, *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXII, p. 4259.

§ 3. — Charbon malin.

Le *charbon malin* est une tumeur gangréneuse de couleur noire, qui se développant spontanément par contagion, mais dont l'apparition et le développement sont précédés de symptômes généraux. Aussi certains auteurs le décrivent-ils sous le nom de *fièvre charbonneuse et charbon symptomatique* (Raimbert).

Le charbon présente la plus grande analogie avec la pustule maligne, mais il existe entre ces deux maladies des différences assez tranchées pour qu'on ne puisse les confondre. Nous emprunterons au *Compendium de chirurgie* le tableau des différences entre ces deux affections :

« 1° La pustule maligne est le résultat d'une action externe locale; le charbon, au contraire, se développe ou spontanément, ou par l'introduction d'un virus septique par les voies digestives ou les voies respiratoires.

» 2° La pustule maligne attaque les parties du corps habituellement découvertes; le charbon peut indistinctement se développer partout.

» 3° La pustule maligne marche de dehors en dedans, c'est-à-dire qu'il se développe à l'extérieur une petite vésicule qui, peu à peu, devient une eschare, laquelle est accompagnée bientôt de la gangrène des parties sous-jacentes, enfin des symptômes généraux très-violents viennent mettre un terme à la maladie. Le charbon marche de dedans en dehors; des symptômes généraux se manifestent d'abord, et lorsque la tumeur gangréneuse paraît, elle a déjà acquis un volume considérable. Celle-ci paraît être le résultat de l'infection générale, tandis que la pustule maligne qu'on laisse arriver à son maximum de développement est véritablement la cause de cette infection.

» 4° L'eschare de la pustule maligne est chagrinée, citronnée; la peau environnante est gonflée, tendue. Dans le charbon, la tumeur est mieux circonscrite; elle présente à son centre une eschare noire, lisse; la peau est également tendue et luisante autour de l'eschare; mais, je le répète, la tumeur est plus régulière. »

Le pronostic du charbon est beaucoup plus grave que celui de la pustule maligne, car au début de la maladie l'organisme tout entier est déjà attaqué.

Traitement. — On conçoit surtout que c'est sur le traitement général que le chirurgien doit diriger toute son attention.

Le traitement local sera le plus souvent impuissant; cependant il

faudrait toujours y avoir recours en même temps qu'au traitement interne; il sera le même que celui de la pustule maligne.

Le charbon malin décrit récemment par Mauvezin paraît se rapporter surtout à l'œdème malin.

BIBLIOGRAPHIE. — Morand, *Histoire d'une maladie très-singulière, etc.*, in *Opuscles de chirurgie*, 2^e partie, p. 236, Paris, 1768. — Fournier, *Observations et expérim. sur le charbon malin*, Dijon, 1769. — Chambon, *Traité de l'anthrax ou de la pust. mal.*, Neuchâtel, 1781. — Enaux et Chaussier, *Méth. de trait., etc.*, suivie d'un *Précis sur la pustule maligne*, Dijon, 1785. — Thomassin, *Diss. sur le charb. malin, etc.*, Bâle, 1782. — Bayle, *Cons. sur la nosologie, etc.*, th. de Paris, n. 70, 1801. — Reydellet, *Dict. en 60 vol.*, t. XLVI, p. 258, 1820. — Bidault de Villiers, *Pièces et consult.*, in *Euv. posthumes*, 1828, p. 153. — Regnier, *De la pustule maligne*, Paris, 1829. — Rochoux, *Dict. en 30 vol.*, t. XXVI, p. 507, 1842. — *Comptes rendus de l'Association méd. d'Eure-et-Loir*, 1849-52. — Babault, *Mém. sur la pustule maligne*, Paris, 1857. — Manoury et Salmon, *Mém. sur l'inocul. de la pustule maligne, etc.*, in *Gaz. méd.*, 1857, p. 684. — Raimbert, *Traité des mal. charbonneuses*, Paris, 1859. — J. Bourgeois, *Traité prat. de la pustule maligne, etc.*, Paris, 1861. — Davaine et Raimbert, *Sur la présence des bactériidies, etc.*, in *Gaz. méd.*, 1864 (Acad. de méd.), p. 563. — Davaine, *Rech. sur la nat. et la const. anatom. de la pustule maligne*, in *Gaz. méd.*, 1865, p. 401. — L. A. Raimbert, *Charbon*, in *Nouv. Dict. de méd. et de chir.*, t. VII, p. 143, 1867. (Bibliographie). — J. J. Guipon, *De la mal. charb. de l'homme*, Paris, 1867. — Nettement, *De la pustule maligne*, th. de Paris, 1868, n^o 170. — L. Raphaël, *Traité prat. de la pustule maligne*, Provins, 1872. — George, *Essai sur la pustule maligne*, thèse de Paris, 1872, n^o 354. — E. Tardif, *De la pustule maligne obs. à Paris*, *ibid.*, 1873, n^o 287. — Mauvezin, *Observations de charbon malin, etc.*, in *Arch. gen. de méd.*, vol. II, p. 181, 1873.

CHAPITRE V

DES TUMEURS.

ARTICLE PREMIER. — TUMEURS EN GÉNÉRAL.

Une définition précise du mot *tumeur* n'est pas chose facile et nous paraît encore à trouver, malgré les efforts faits par les anatomo-pathologistes et les cliniciens. Pour eux, d'ailleurs, la question varie fatalement, et si l'histologie pathologique des tumeurs permet de les définir d'une façon assez rationnelle, il n'en est plus de même au point de vue clinique.

Pour un certain nombre de chirurgiens, toute saillie, toute tuméfaction, celle qui tient à la présence d'un abcès, d'un corps étranger,

comme celle qui résulte de l'existence d'une hernie, etc., porte le nom de tumeur. C'est là un terme clinique n'indiquant en fait qu'un symptôme; or, comme le remarquent Lücke, Billroth, le mot tumeur renferme une idée étiologique et aussi une idée diagnostique; c'est une *néoformation* qui n'est pas produite par l'inflammation, mais qui peut résulter d'un processus spécial et semble due à une cause probablement toujours *spécifique*. Tout ce qui est gros ne constitue donc pas une tumeur, comme l'a dit Velpeau.

Les anatomo-pathologistes ont aussi longtemps discuté sur la définition des tumeurs, et parmi toutes les solutions qui ont été données, nous croyons devoir signaler celle qui a été adoptée par Cornil et Ranvier (1).

Ces deux auteurs considèrent comme tumeurs « toute masse constituée par un tissu de nouvelle formation (*néoplasme*), ayant de la tendance à persister ou à s'accroître », ce qui le différencie des néoplasmes purement inflammatoires.

Quant à l'origine ou pour mieux dire au mode d'apparition et de développement du néoplasme non inflammatoire (*pseudo-plasme* de Broca), nous nous trouvons toujours en présence des théories formulées déjà à propos de l'inflammation : soit la théorie cellulaire (Schleiden, Schwann, Müller) modifiée par Virchow, ou bien la théorie du blastème (Lebert, Ch. Robin), ou mieux des blastèmes multiples (Broca). Nous n'avons pas à discuter ici ces faits de physiologie pathologique générale.

Classification. — Les difficultés insurmontables qu'on rencontre à donner une définition clinique des tumeurs se retrouvent quand il s'agit d'établir leur classification. Il nous est impossible de reproduire ici les opinions formulées à cet égard, non pas seulement par les anciens auteurs, mais même depuis Hunter et Laënnec. Citons toutefois les noms d'Abernethy, de Warren, de Velpeau, de Cruveilhier, de Müller, de Lebert, de Robin, de Paget, de Follin, de Billroth, de Broca, de Virchow, etc.

Croyant à la spécificité des éléments constituants des tumeurs, Lebert divisa celles-ci en *T. homéomorphes* et en *T. hétéromorphes*, reproduisant ainsi les idées de Laënnec (Saint-Hubert Serre) et de Lobstein.

Cette opinion, trop facilement adoptée en France (Follin), était contraire aux idées formulées par Müller, pour lequel « le tissu qui forme une tumeur a son type dans un tissu de l'organisme à l'état embryonnaire ou à l'état de développement complet » (Cornil et Ranvier).

(1) *Manuel d'histol. path.*, 1^{re} partie, p. 106, Paris, 1869.