

Depuis la découverte de Davaine et les recherches de Pasteur, on essaye de tuer la bactérie par des substances fermenticides. Les plus employées sont la teinture d'iode et l'acide phénique en injections hypodermiques et en potions à l'intérieur. Cézard, Boinet, Luton, Chipault, Raimbert, Verneuil, Richet, Halmagrand fils ont eu recours à cette méthode; ils ont, avec la seringue de Pravaz, injecté de distance en distance, dans le bourrelet œdémateux et sous l'escbare, des solutions iodées de titres variés. Malgré les succès obtenus par ces cliniciens, ce mode de traitement est loin d'avoir détrôné la cautérisation, et la question reste à l'étude; il y a là cependant une ressource qu'il faut connaître. Dès que les phénomènes généraux éclatent, et quel que soit le traitement local, on soutiendra les forces et l'on prescrira les toniques.

II

TUBERCULOSE

On nomme *tuberculose* une maladie infectieuse, spécifique, contagieuse et inoculable, dont les manifestations, anatomiques ou cliniques, ont toujours pour origine l'introduction dans l'organisme d'un même microbe, le bacille de Koch.

Laennec admettait deux formes de tuberculose : la forme *infiltrée*, caractérisée par l'existence de masses blanches ou jaunes, de « nappes » plus ou moins étendues; et la forme *miliaire*, dans laquelle les tissus sont parsemés de petits « corps isolés », de « granulations grises », d'une sorte de « poussière tuberculeuse ». Lebert admit ces deux formes, et comme il avait décrit la fameuse cellule, élément pathognomonique du cancer, il chercha et trouva le corpuscule tuberculeux, élément spécifique de 6 à 12 μ , irrégulier, anguleux, sans noyau, légèrement gonflé par l'acide acétique. Il ne fallut pas de nombreuses recherches à ses successeurs pour prouver qu'il s'agissait là du débris banal de cellules quelconques, desséchées, fragmentées et mortes.

Virchow vint tout à coup nier la forme infiltrée de Laennec; pour lui, les nappes dégénérées ne sont que le vestige d'une inflammation; le vrai tubercule, le seul, est la granulation grise, qui n'a rien de commun avec les hépatisations caséuses. Cette doctrine

dualiste, accentuée par Niemeyer, acceptée en France par quelques rares cliniciens, eut une durée éphémère, et les travaux de Grancher, de Thaon, de Charcot lui portèrent un coup mortel. On tient pour acquis que les infiltrations en nappe et les tubercules miliaires ne sont que les formes dérivées d'une même maladie.

Mais déjà s'était posée une question nouvelle : la tuberculose est-elle une maladie virulente? En 1865, Villemin inocula des débris de substance caséuse à des lapins qui devinrent tuberculeux; la démonstration de la virulence était faite. On reprocha bien à l'expérimentateur d'avoir choisi un animal chez lequel la tuberculose se propage avec la plus extrême facilité : le traumatisme que nécessite l'injection sous-cutanée ne suffit-il pas à expliquer l'éclosion de la maladie? Chauveau reprit les mêmes expériences sur des espèces plus réfractaires, et provoqua l'infection en faisant absorber des matières tuberculeuses par la voie intestinale.

H. Martin dissipe les derniers doutes en montrant la différence qui sépare les granulations tuberculeuses des formations analogues que détermine l'inflammation simple : l'inoculation des unes et des autres détermine la naissance de nodules d'apparence identique; mais, tandis que les nodules qui dérivent d'une inoculation non tuberculeuse perdent bientôt toute activité, et, inoculés à leur tour, n'amènent, dans les tissus, qu'une prolifération presque nulle, les autres, ceux qui proviennent d'une inoculation tuberculeuse, conservent indéfiniment leur puissance initiale, et la dixième, comme la deuxième inoculation, reproduira le nodule. Le virus infectieux se revivifie dans chacun des organismes où on le dépose : il y fait souche.

Le terrain était préparé par la découverte fondamentale de Villemin, lorsque Koch (de Berlin), tenta pour la tuberculose ce que Pasteur a fait pour le charbon : il a démontré l'existence d'un élément spécial, d'un « bacille » qui foisonne dans les nodules jeunes des poumons tuberculeux. « Ces bacilles ont, en moyenne, 5 à 4 μ de longueur sur 0,5 à 0,5 μ de largeur. Leur diamètre transversal est uniforme; ils ne sont pas renflés à leur extrémité; ils sont souvent infléchis en S ou recourbés en crochet. » Ces bacilles ont été isolés par des cultures successives, puis ces générations nouvelles ont été inoculées; le résultat a été positif : la tuberculose, chez des animaux indemnes jusque-là, a été créée de toute pièce. La démonstration est péremptoire.

On se demande seulement si le bacille de Koch est le seul schyzophyte qui produise le processus tuberculeux : Malassez et Vignal ont étudié, dans certaines masses tuberculeuses où manquait le bacille, des masses de « zooglées » douées de propriétés virulentes. Est-ce là un microbe nouveau? L'unité de la tuberculose est-elle encore menacée, ou les zooglées ne seraient-elles qu'une des formes du bacille? Ce sont des questions auxquelles on ne peut répondre, mais le fait lui-même est appuyé de preuves trop nombreuses pour qu'on puisse le mettre en doute.

Étiologie. — Le bacille est donc une condition indispensable de la tuberculose; il ne s'ensuit pas nécessairement qu'il en soit la condition suffisante; le contraire est même démontré, et il faut que l'organisme « consente » à l'envahissement, qu'il offre un terrain favorable où le schyzophyte puisse pulluler. Les germes sont, non seulement autour de nous, mais en nous; ils arrivent dans nos poumons avec l'air, dans nos voies digestives avec le bol alimentaire; notre peau et nos muqueuses ont des éraillures par où ils pénètrent jusque dans nos tissus, et si nous ne sommes pas tous infectés, c'est que nos éléments anatomiques, « les phagocytes », se défendent contre l'agression des nouveaux venus; il faut, pour que les premiers succombent, certaines déchéances bien étudiées par les anciens cliniciens.

Toutes les causes qui peuvent affaiblir l'organisme, la respiration d'un air vicié, une nourriture insuffisante ou mauvaise, une habitation humide, les excès, les grandes fatigues, l'absence de sommeil, les passions tristes, les maladies antérieures, coqueluche, fièvre typhoïde, rougeole, scarlatine, peuvent mener droit à la tuberculose; les syphilitiques, les alcooliques, s'ils sont débilités, les tuberculeux, donnent naissance à des affaiblis, terrain de choix où les germes prospéreront. La scrofule serait une diathèse, un état constitutionnel, un vice de nutrition qui rendrait imminente la pullulation du bacille. Ainsi les individus à peau blanche et fine, à cheveux roux, « les Vénitiens », seraient plus accessibles que d'autres; ils constitueraient un sol fertile au développement du microbe, et, chez eux, il serait nécessaire de recourir à l'hygiène la mieux suivie, à la thérapeutique la plus minutieuse pour fortifier l'organisme. D'après Landouzy et H. Martin, les ascendants pourraient transmettre aux descendants, non seulement « le terrain », mais encore

« la graine » qui traverserait les vaisseaux du placenta; mais Sanchez-Toledo conclut, au contraire, que « tous les faits expérimentaux établissent la non-transmissibilité du bacille de la tuberculose de la mère au fœtus. »

La tuberculose envahit souvent plusieurs tissus à la fois; le poumon est d'ordinaire le premier atteint, puis les autres viscères se prennent à leur tour; ce n'est pas toujours le cas, et les néoplasies peuvent se déposer en un point où elles évoluent sans tendance à la généralisation, et même il n'est pas rare d'observer la guérison spontanée de ces foyers infectieux. Ces *tuberculoses locales* sont constituées par un foyer circonscrit, accessible à l'opérateur; aussi ont-elles passé dans le domaine de la pathologie externe: la tuberculose, d'ordre médical autrefois, touche maintenant de tous côtés à la chirurgie. Certains tissus, certains organes peuvent s'affaiblir et devenir un « lieu de moindre résistance » où les germes pullulent, tandis que le reste de l'organisme saura repousser l'agression.

L'inflammation et le traumatisme créent, le plus souvent, les lieux de moindre résistance, et « font son lit à la tuberculose ». Parfois même ils sont la cause immédiate de l'infection. Verneuil a insisté sur ces « auto-inoculations interstitielles ». Les microbes inertes que charrie le sang sont, lors d'un traumatisme, versés au milieu des tissus qui, en état de déchéance, ne peuvent se défendre; une colonie va se former plus ou moins prospère, plus ou moins envahissante, et la tumeur tuberculeuse sera constituée. N'est-ce pas ce qui se passe lorsque, à l'exemple de Max Schüller, on injecte, dans les bronches de chiens et de lapins, des crachats pleins de bacilles et des débris de poumons dégénérés? Si l'on contusionne en même temps le genou de ces animaux, une arthrite tuberculeuse se déclare.

Dans les inflammations, les bacilles, contenus sans doute dans les leucocytes, migrent avec eux par diapédèse, et s'accumulent dans les tissus rendus moins résistants par les causes productrices de l'inflammation; ils prolifèrent, et la néoplasie est constituée. Ces *tuberculoses locales*, nous les retrouverons dans les os, les jointures, les séreuses, les gaines des tendons, l'œil, la langue, la région anale, la mamelle, la vessie, le testicule, les ganglions lymphatiques, le tissu cellulaire où elles répondent aux gommes scrofuleuses, aux anciens abcès froids.

Anatomie pathologique. — Il existe, avons-nous vu, deux formes de tuberculose : dans l'une, les granulations sont isolées ; dans l'autre, elles sont confluentes, juxtaposées, sans tissu sain intermédiaire, en une nappe plus ou moins étendue. Mais l'analyse histologique démontre que tuberculose infiltrée et tuberculose miliaire sont constituées par des cellules groupées en une série de corps nommés par Charcot *follicules tuberculeux* : si les follicules microscopiques sont réunis en quantité suffisante, il en résultera une masse visible à l'œil nu, le nodule miliaire, la granulation grise, dure, à relief notable, d'un volume qui ne dépasse guère 1 millimètre, semi-transparente à sa périphérie, opaque à son centre, entourée souvent d'une zone rougeâtre vascularisée. Si ces granulations se fusionnent, si elles s'entassent sans ordre dans une masse de tissu embryonnaire, on a la tuberculose infiltrée : nous revenons ainsi à notre point de départ. En définitive, les deux formes de tuberculose sont réductibles au follicule tuberculeux.

Le centre du follicule est constitué par une ou plusieurs cellules géantes, arrondies ou irrégulières et munies de plusieurs prolongements protoplasmiques ; elles sont opaques, et le nombre de leurs noyaux est souvent considérable ; ces cellules, qu'on a prises pour la lumière d'un vaisseau coupé en travers et rempli de leucocytes, pourraient être, d'après Malassez et Monod, un élément vaso-formateur. Autour de la cellule géante on voit, comme une collerette, deux ou trois rangées concentriques de cellules dites épithélioïdes, remarquables par le volume de leur protoplasma ; elles sont granuleuses et leur noyau a disparu par dégénérescence ; parfois, au contraire, il est des plus nets. Enfin, en dehors des cellules épithélioïdes, se rencontre la zone des cellules embryonnaires, dont l'étendue est souvent considérable ; elles s'infiltrant dans les tissus voisins, et se continuent avec les zones embryonnaires des follicules adjacents.

Ces granulations plus ou moins conglomérées, ces masses tuberculeuses, ne tardent pas à subir des transformations importantes ; dans quelques cas, les nodules miliaires deviennent *fibreux*, ils sont durs et l'on trouve une trame dense, homogène, contenant des cellules atrophiées et peu abondantes ; leurs vaisseaux ont disparu, et ces nodules restent stationnaires au milieu des tissus sans présenter de modifications nouvelles. Dans d'autres cas, la masse se dessèche ; la graisse se décompose en acide gras, acide stéarique et cho-

lestérine, puis des granulations *calcaires* se déposent, qui se soudent les unes aux autres en concrétions résistantes.

Le plus souvent on assiste à la dégénérescence *caséuse* ; il se fait un ramollissement, une liquéfaction ; la tumeur primitive est remplacée par une matière puriforme qui, dans certaines régions, constitue les anciens abcès froids qu'après ces courts préliminaires sur la tuberculose nous sommes en mesure d'étudier. Cette description particulière donnera une idée du mode d'évolution du tubercule tel que nous le retrouverons dans les os, les articulations, l'œil, la langue, le voile du palais, le pharynx, la région anale, le testicule, l'épididyme ou la mamelle, en un mot, dans toutes les régions et dans tous les tissus accessibles au chirurgien.

III

ABCÈS FROIDS

On nomme *abcès froids* les collections puriformes qui résultent de la fonte régressive des dépôts tuberculeux.

Nous sommes loin, on le voit, de l'ancienne conception d'après laquelle la substance contenue dans l'abcès froid s'accumulerait suivant le même processus que le pus de l'abcès chaud ; seulement, dans l'abcès froid, les phénomènes inflammatoires seraient insidieux, voilés ; il y aurait un minimum de rougeur, de chaleur et de douleur ; mais, une fois la collection formée, on aurait, dans les deux cas, du pus véritable. Plusieurs auteurs déjà avaient senti qu'une tumeur solide précède, dans les tissus, l'apparition de la cavité fluctuante. Boyer même disait que l'abcès froid « résulte de la fonte purulente d'une tumeur dans laquelle les symptômes qui caractérisent l'inflammation n'ont pas été marqués ». Mais il faut arriver aux recherches de Lannelongue, au mémoire de Josias et Brissaud, pour connaître la nature de cette tumeur primitive, son origine tuberculeuse et les métamorphoses par lesquelles elle devient un abcès froid ; son évolution comprend trois phases : le dépôt du néoplasme, son ramollissement et le développement d'une membrane périphérique.

Le nom d'abcès froid s'applique aussi aux collections qui émanent d'un os ou d'une articulation tuberculeuse ; encore les premières

s'appellent-elles surtout abcès *ossifluents*, et les secondes abcès *circonvoisins* ou *concomitants*, du moins lorsqu'elles sont indépendantes de la cavité de la jointure. Mais les vrais abcès froids se développent dans le tissu cellulaire; ce sont les *gommes scrofuleuses* qui se déposent de préférence dans le pannicule graisseux, à la tête, au tronc, aux membres, plus fréquemment aux inférieurs et en particulier à la face interne du tibia. Tantôt elles sont de la grosseur d'un pois et ressemblent aux tubercules crus du poumon; tantôt elles ont les dimensions d'une noisette ou d'une noix; une cavité se forme, remplie d'une matière caséuse, séro-purulente et grumeleuse.

Cette matière diffère du pus des abcès chauds par une plus grande fluidité; c'est une sérosité tenant en suspension des particules solides, des flocons blancs ou jaunes qui peuvent atteindre la grosseur d'une amande; ils adhèrent aux parois et flottent sous forme de lambeaux membraneux; les vaisseaux qui rampent à la surface interne de la cavité s'ouvrent parfois dans la poche, où l'on trouve des caillots: les globules rouges colorent le liquide, qui est café au lait, orangé ou brunâtre. Dans d'autres cas, le contenu est jaune, il a l'apparence de l'huile et, comme elle, tache le papier. Enfin les particules solides peuvent se résorber et la substance est transparente et séreuse. Le microscope démontre que, quelles que soient la fluidité, la consistance, la couleur de la collection, les leucocytes y sont peu abondants, irréguliers, granuleux, sans noyaux et perdus dans des amas de fibrine, des cristaux d'acide gras et des hématies décolorées.

Nous connaissons le mécanisme d'après lequel la matière puriforme succède à la masse solide de la tumeur tuberculeuse primitive: les cellules des amas folliculaires sont privées de vaisseaux; l'oblitération des réseaux sanguins est, en effet, de règle dans les néoplasmes tuberculeux; les éléments, mal nourris par une imbibition insuffisante, deviennent opaques, se remplissent de granulations graisseuses, se ramollissent, se fragmentent, et se transforment en un liquide séro-purulent dont la quantité s'accroît à mesure que la mortification détruit la tumeur.

À ses limites s'édifie une paroi de structure particulière et qui mérite une étude spéciale; sa surface interne est rarement lisse, elle est inégale, mamelonnée, vilieuse ou tomenteuse, aréolaire parfois,

soulevée par les vaisseaux, les nerfs, les cordes tendineuses, les aponévroses dissociées qui, au lieu d'être encastrées dans les parois, peuvent traverser la poche. Lorsqu'on enlève, avec une fine éponge, les masses pultacées, les lambeaux floconneux, les débris caséifiés, la surface interne apparaît grise, semée d'un piqueté vasculaire, parcourue de stries rouges, d'arborisations capillaires, de vaisseaux dont les tuniques embryonnaires dilatées se rompent, et déterminent les hémorragies si fréquentes dans les abcès froids.

Cette paroi est de formation récente: le dépôt tuberculeux a provoqué dans les tissus avoisinants des proliférations cellulaires; ces éléments s'organisent en lames celluleuses alimentées par des vaisseaux, et qui enkysteront la tumeur ou la matière puriforme qui lui a succédé. Dans son épaisseur se déposent des follicules tuberculeux, et la membrane est vouée à la destruction; elle se fonde comme la masse tuberculeuse primitive. Lannelongue a montré comment s'accroît l'abcès froid, grâce à cette destruction de la paroi ancienne et à la formation d'une paroi nouvelle, qui, à son tour, se liquéfiera.

Dans ces cas, on constate à l'œil nu une véritable continuité entre la membrane d'enveloppe et les tissus voisins, auxquels elle est unie par un nombre infini de liens vasculaires, de petits prolongements conoïdes, véritables bourgeons comparables aux végétations des plaies. Les traînées embryonnaires suivent les vaisseaux, traversent avec eux les aponévroses et pénètrent dans les organes. Dans leur épaisseur on trouve des follicules tuberculeux qui provoquent autour d'eux l'apparition d'autres tubercules. Mais tandis que le tissu morbide se développe à la périphérie, les couches internes se ramollissent, et la paroi perd ainsi d'un côté ce qu'elle gagne de l'autre.

Cependant cet accroissement continu n'est pas fatal: les cellules embryonnaires peuvent s'organiser en tissu fibreux si les bacilles ne sont pas trop abondants; les masses en régression se résorbent, le liquide entretenu dans la cavité se transforme, et la guérison survient: par *résolution*, lorsque la partie se rétracte et lorsque la sérosité se résorbe; par transformation *kystique*, lorsque le liquide, plus fluide, se décolore et devient transparent; par *crétification*, lorsque l'abcès se solidifie à la suite de la résorption de la sérosité et du dépôt de sels calcaires.

Symptômes. — Au début, les gommes scrofuleuses, type des

abcès froids, forment des nodules sphériques ou oblongs, réguliers, mobiles sous le doigt et d'une grande résistance. Cette période dure plusieurs semaines, peut-être plusieurs mois, mais souvent l'évolution est plus rapide; des varicosités se font à la surface de la peau, qui s'enflamme, devient violacée et adhérente; la tumeur se ramollit; lorsqu'on la saisit entre les doigts, exploration qui, à ce moment, peut être douloureuse, sa surface bombe et l'on perçoit une tension particulière, une élasticité qui dénote l'existence d'un liquide dans une poche.

Bientôt un ou plusieurs petits pertuis s'ouvrent qui donnent issue à une substance séro-purulente; les orifices se dilatent, séparés d'abord par des ponts qui se rompent, et l'on a une solution de continuité, à bords violacés, amincis, déchiquetés, à fond grisâtre et baigné par une sécrétion séreuse. Cette cavité persiste souvent un temps fort long, et revêt l'aspect d'un ulcère atone; cependant, sous l'influence d'un traitement approprié, — parfois spontanément, lorsque l'état général s'améliore — les anfractuosités se comblent, les bourgeons charnus s'organisent, la peau perd sa coloration vicieuse, les bords se recollent et une cicatrice déprimée consacrée, comme par un sceau indélébile, la tare dont a été frappé l'organisme.

Il peut survenir une complication grave : l'hémorrhagie. Les follicules tuberculeux de la paroi ne respectent pas toujours les gros vaisseaux qu'ils tapissent, et la tunique d'une artère ou d'une veine volumineuse a été souvent ouverte, comme en témoignent les observations recueillies par Monod et par Lannelongue. Ne connaît-on pas la fréquence de l'ulcération de la carotide interne au cours des caries du rocher?

Ces tumeurs ont été confondues d'abord avec les vrais abcès chroniques mal connus et dont le développement est dû, comme celui de l'abcès chaud, à l'inoculation du staphylocoque doré; puis avec des gommés syphilitiques. Avant l'ulcération, l'absence d'autres signes de vérole, l'influence négative de l'iodure de potassium, du moins son action lente assureront le diagnostic, si l'aspect du malade, les antécédents lymphatiques n'ont pas éclairé le clinicien; après l'ulcération, les bords décollés, amincis, violacés, le fond anfractueux, baigné de sérosité, permettront de distinguer l'ulcère tuberculeux de la perte de substance syphilitique, taillée à pic, à bords

épaissis, à fond jaunâtre, recouverte d'une matière concrète semblable au bourbillon de l'anthrax. C'est avec le lipome que la confusion a été le plus souvent commise; nous reviendrons sur ce diagnostic, que l'aspiration sous-cutanée résoudra vite dans les cas douteux. — Lorsque l'abcès froid est admis, il faut déterminer son point d'origine : est-il né dans le tissu cellulaire? provient-il de quelque foyer osseux? est-il sous la dépendance d'une altération articulaire? questions auxquelles un examen attentif, une palpation méthodique, permettront de répondre.

Pronostic et traitement. — L'abcès froid avait jadis le pronostic le plus grave, pour peu que sa poche fût large. Bien que par eux-mêmes ils fussent plus gênants que douloureux, on en redoutait l'ouverture; les parois s'enflammaient au contact de l'air, et des accidents éclataient : septicémies, infection purulente, fièvre hectique. Aussi, la ponction sous-cutanée ou capillaire et l'évacuation, — lorsque la collection trop tendue menaçait de se rompre — la compression, constituaient toutes les audaces thérapeutiques.

On craint moins d'ouvrir les collections froides. A l'exemple de Lister, on fend la poche, on en lave les parois avec une solution forte d'acide phénique et l'on protège le foyer par un pansement antiseptique. Il n'y a plus à craindre les décompositions putrides; les parois de l'abcès s'exfolient et les bourgeons charnus apparaissent qui oblitèrent la cavité. D'autres détruisent la paroi avec une spatule, un grattoir, une curette; ils cherchent à extirper jusqu'au dernier vestige du tissu tuberculeux qui infiltre la paroi, opération délicate, car les prolongements traversent même les membranes aponévrotiques. L'opérateur cherche à transformer la tumeur primitive en une plaie simple : on supprime la phase d'exfoliation; on essaye d'obtenir la réunion primitive, et il est des cas où l'on a réussi. Mais une suppuration peut s'établir en un point de la plaie et une fistule persiste; après un succès qu'on croit complet, la cicatrice peut se soulever et une récidive apparaît; le chirurgien ne saurait se flatter d'avoir extirpé tous les prolongements de la tumeur. Ces grattages d'abcès ne seraient pas toujours innocents, et, d'après Verneuil, ces traumatismes opératoires auraient, dans certains cas, activé la diathèse et provoqué des accidents dont le plus redoutable est la méningite tuberculeuse.

Pour nous, la méthode de choix est l'injection d'éther iodoformé

dans la collection purulente, procédé imaginé par Verneuil et qui n'en est plus à faire ses preuves. La poche doit être évacuée de la matière qu'elle contient; l'appareil aspirateur de Dieulafoy et de Potain y suffit; lorsque la cavité est vide, on y fait pénétrer une quantité variable d'éther iodoformé. Si la poche est petite, on injecte quelques grammes d'une solution à 10 d'iodoforme pour 100 d'éther; si la poche est volumineuse, comme dans les abcès par congestion de la racine de la cuisse, on ne craint pas de la distendre avec 40, 60, 100 grammes d'une solution à 5 pour 100. On n'a guère signalé d'intoxication grave, et souvent la guérison survient après une, deux ou trois injections.

Le traitement chirurgical doit toujours marcher de pair avec le traitement médical. Lui seul peut donner des succès durables. L'abcès n'est qu'une manifestation d'une diathèse qu'il faut atteindre sous peine de voir de nouveaux accidents apparaître. Une bonne hygiène, un bon climat, les bains salés, la mer, Salies-de-Béarn, l'exercice au grand air, les frictions sèches, l'iodure de potassium, le fer, le quinquina et tous les amers, l'huile de foie de morue à haute dose — il faut sans relâche et longuement recourir à tous ces moyens dont une vieille expérience a prouvé l'efficacité.

CHAPITRE V

TUMEURS

Les anciens chirurgiens appelaient *tumeur* « tout ce qui est gros », et, dans le langage clinique courant, ce mot désigne encore les saillies anormales et les gonflements. Depuis la vulgarisation des recherches histologiques, on réclame une définition plus précise; celle que proposent Cornil et Ranvier est généralement adoptée en France, et toute masse constituée par un tissu de formation nouvelle, en un mot, — *tout néoplasme ayant de la tendance à persister ou à s'accroître, est une tumeur*. On écarte ainsi les épanchements de toute nature, les rétentions de produits de sécrétion qui ne sont pas

« de formation nouvelle », puis les néoplasmes inflammatoires qui n'ont aucune tendance « à persister ou à s'accroître ».

Classification. — On a, dès l'origine de la chirurgie, distingué deux grandes espèces de tumeurs: les tumeurs *bénignes*, locales et qui ne gênent que par leur volume ou les troubles mécaniques qu'elles apportent au libre fonctionnement des organes; les tumeurs *malignes*, qui progressent rapidement, s'ulcèrent, donnent lieu à des hémorrhagies, à des engorgements ganglionnaires, et qui récidivent et se généralisent. Bien qu'il y ait entre ces deux classes tous les intermédiaires, et qu'on ne sache à laquelle des deux attribuer certains néoplasmes tantôt bénins, tantôt malins, cette vieille division est peut-être encore la meilleure que possède la clinique.

Broca, dans son magnifique *Traité des tumeurs*, modifie la classification de Lebert, et admet les tumeurs *homœomorphes* ou constituées par des éléments anatomiques semblables à ceux que contiennent les tissus normaux; les tumeurs *hétéromorphes*, formées d'éléments qui n'ont pas leur analogue dans l'économie. Les premières, les tumeurs homœomorphes, sont *homologues* lorsqu'elles se développent au milieu de tissus formés d'éléments identiques à ceux qui constituent la tumeur elle-même; les lipomes des couches graisseuses sous-cutanées, les exostoses ou tumeurs osseuses des os, sont des tumeurs homœomorphes homologues. Elles sont homœomorphes *hétérologues* lorsque leurs éléments, bien qu'ayant leur type dans l'organisme, sont différents de ceux des tissus au milieu desquels elles se sont développées. Les lipomes intramusculaires, les ostéomes des muqueuses sont des tumeurs homœomorphes hétérologues.

Ces tumeurs, d'après Broca, se développeraient dans des « blastèmes », substance où prendraient naissance les éléments anatomiques et dont la composition varierait avec le genre des tumeurs. Celles-ci seraient d'autant plus dangereuses qu'elles sont plus différentes des tissus au milieu desquels elles apparaissent, et l'on aurait, par ordre ascendant de malignité, les tumeurs homœomorphes homologues, les tumeurs homœomorphes hétérologues, et les tumeurs hétéromorphes. Une même tumeur serait plus grave lorsqu'elle est hétérologue que lorsqu'elle est homologue.

Cette classification, d'une simplicité séduisante et qui serait à la fois clinique et anatomique, ne tient pas devant les faits; les tumeurs hétéromorphes, constituées par des éléments sans analogues dans