

parfois aussi la gangrène progresse, les tissus s'infiltrent de liquides putrides et de gaz, et la mort survient rapidement.

Ces manifestations gangréneuses se font sur tous les points du corps; aux membres, elles sont moins redoutables qu'à l'abdomen, au thorax et surtout qu'à la tête ou au cou. Lorsque les eschares ne se produisent pas, il est souvent fort difficile de reconnaître la cause de cette gastro-entérite à forme adynamique, et l'on a pu croire à des fièvres typhoïdes ou à certains empoisonnements. Mais dans ces derniers cas l'on constaterait que plusieurs malades sont identiquement atteints dans la même famille et dans le même pays, et que tous les intoxiqués ont fait usage des mêmes aliments.

Quand les tumeurs charbonneuses se seront développées, on les distinguera des pustules malignes par la fièvre intense, les phénomènes généraux qui ont précédé l'apparition des eschares; celles-ci, d'ailleurs, sont le plus souvent multiples, puis la couronne de phlyctènes manque autour de la plaque gangréneuse; enfin l'aréole a une intensité de coloration que l'on ne retrouve pas dans la pustule maligne: elle est luisante, d'un rouge vif, d'un véritable éclat métallique. On comprend qu'ici le traitement général seul aura quelque importance; on pourra essayer de l'acide phénique et de la teinture d'iode, et l'on soutiendra les forces du malade pour lui donner, si possible, le temps d'éliminer les micro-organismes.

IV

TUBERCULOSE. — ABCÈS FROIDS.

La *tuberculose* est une maladie que caractérise l'apparition, dans les tissus, d'une néoplasie spéciale, le follicule tuberculeux constitué, en allant du centre à la périphérie, par une cellule géante, une zone de cellules épithélioïdes et une zone d'éléments embryonnaires: l'introduction dans l'organisme et la pullulation d'un schizophyte particulier, le bacille de Koch, semble être la condition indispensable de la tuberculose.

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 déjà décrit la fameuse cellule, élément pathognomonique du cancer, il chercha et trouva de même 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 bien nombreuses recherches à ses successeurs pour prouver qu'il s'agissait là du débris banal de cellules quelconques, desséchées, fragmentées, mortes depuis longtemps.

C'est alors que 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 désormais 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, il est vrai, 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 alors les mêmes expériences, mais 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 bien 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, au contraire, 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 ainsi tout préparé par les expérimentateurs français et par la découverte fondamentale de Villemin, lorsque Koch, de Berlin, a tenté pour la tuberculose ce que Pasteur a fait pour le charbon, le choléra des poules et le rouget du porc, Bouchard pour la morve; il a d'abord démontré l'existence d'un élément spécial, d'un « bacille » qui foisonne dans les nodules jeunes des poumons tuberculeux. « Ces bacilles ont, en moyenne, 3 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 paraît péremptoire; nombre d'observateurs ont retrouvé le même bacille; ils l'ont cultivé et ont pu, comme Koch, provoquer l'éruption des granulations miliaires.

On se demande seulement si le bacille de Koch est le seul schyzophyte qui produise le processus tuberculeux : Malassez et Vignal ont récemment étudié dans certaines masses tuberculeuses où manquait le bacille, des masses de « zoogloées » douées de propriétés virulentes. Est-ce là un microbe nouveau? L'unité de la tuberculose est-elle encore menacée? ou les zoogloées ne seraient-elles qu'une des formes du bacille? Ce sont là des questions auxquelles on ne peut encore 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, en effet, sont non seulement autour de nous, mais en nous; ils arrivent dans nos poumons avec l'air, dans nos voies digestives avec le bol ali-

mentaire; notre peau et nos muqueuses ont des éraillures par où ils pénètrent jusque dans nos tissus, et si tous nous ne sommes pas infectés, c'est que nos éléments anatomiques 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 trop grandes fatigues, l'absence de sommeil, les passions tristes, les maladies antérieures, coqueluche, fièvre typhoïde, rougeole, scarlatine, peuvent mener droit à la tuberculose, et c'est en ce sens que l'hérédité joue un rôle considérable : les syphilitiques, les alcooliques, s'ils sont débilités; les tuberculeux, donnent naissance à des affaiblis, terrain de choix où les germes prospéreront. Ne doit-on pas ainsi vider la vieille querelle, vive encore, à propos des relations de la scrofule et de la tuberculose?

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 modifier et fortifier l'organisme. Cependant il semble ressortir d'expériences toutes récentes de Landouzy et de H. Martin que les ascendants pourraient transmettre aux descendants, non seulement « le terrain », mais encore « la graine ».

La tuberculose envahit très 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 cependant, et les néoplasies se déposent parfois en un point où elles peuvent évoluer sans tendance à la généralisation; il n'est pas même rare d'observer la guérison spontanée de ces foyers infectieux. L'existence de ces *tuberculoses locales*, bien étudiées déjà par Cruveilhier; a été mise hors de doute dans ces dernières années, et puisqu'elles sont constituées par un foyer circonscrit, accessible à l'opérateur, elles ont passé dans le domaine de la pathologie externe : la tuberculose, d'ordre médical autrefois, touche maintenant de tous côtés à la chirurgie. On sait, à cette heure, que 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, s'ils sont 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 se développe, caractérisée par la présence de follicules typiques.

Dans les inflammations, sans ouvertures de vaisseaux, 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 un 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 dont l'étude demeure le point important.

Le centre du follicule est constitué par une ou plusieurs cellules géantes, arrondies ou irrégulières et munies alors 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 bien 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 ordinairement granuleuses et leur noyau a disparu par dégénérescence; parfois, au contraire, le noyau 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 assez rares, les nodules miliaires deviennent *fibreux*, ils sont alors fort 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 peu à peu; la graisse se décompose en acide gras, acide stéarique et cholestérine; puis des granulations *calcaires* se déposent qui se soudent les unes aux autres en concrétions très résistantes.

Le plus souvent on assiste à la dégénérescence *caséuse*, il se fait un ramollissement, une sorte de 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 maintenant en mesure d'étudier. Cette description particulière donnera d'ailleurs une idée sur le 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.

ABCÈS FROIDS.

Ils résultent de la régression 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 précédait, 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 travaux contemporains, 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. On sait maintenant que son évolution complète 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 foyer osseux ou d'une articulation chroniquement enflammée; 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, en un point cependant où les parties molles sont moins abondantes qu'ailleurs. Tantôt elles sont de la grosseur d'un pois et ressemblent à s'y méprendre aux tubercules crus du poumon; tantôt elles ont les dimen-

sions d'une noisette ou d'une noix; une véritable caverne 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 souvent 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 citron, il a l'apparence de l'huile et, comme elle, tache le papier. Enfin les particules solides peuvent se résorber et la substance est absolument 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 d'aspect séro-purulent dont la quantité s'accroît au fur et à mesure que la mortification détruit la tumeur.

A ses limites s'édifie une paroi de structure particulière et qui mérite une étude spéciale; sa surface interne est rarement lisse, elle est presque toujours inégale, mamelonnée, villose ou tomenteuse, aréolaire parfois, soulevée, çà là, par les vaisseaux, les nerfs, les cordes tendineuses, les aponévroses dissociées qui, au lieu d'être encastrées dans les parois, peuvent traverser librement la poche. Lorsqu'on enlève, avec une fine éponge, les masses pulvacees, 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 celluluses 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 abondants, et la membrane est alors vouée à une destruction certaine; elle se fondra comme la masse tuberculeuse primitive. Lannelongue a bien mis ces faits en lumière et montré comment l'abcès froid s'accroissait, grâce à cette destruction incessante de la paroi ancienne et à la formation d'une paroi nouvelle qui, elle aussi, 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.

Symptômes. — Au début, les gommes scrofuleuses que nous avons prises comme type des abcès froids forment des nodules sphériques ou oblongs, assez réguliers, mobiles sous le doigt et d'une résistance très grande. Cette période dure plusieurs semaines, peut-être plusieurs mois, mais souvent l'évolution est beaucoup plus rapide; des varicosités se font alors 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 spéciale qui dénote l'existence d'un liquide dans une poche.

Mais 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 plus ou moins large, 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 combent, les bourgeons charnus s'organisent, la peau perd sa coloration violette, les bords se recollent et une cicatrice souvent déprimée consacre, comme 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 ont été souvent ouverts, comme en témoignent les observations recueillies par Monod et par Lannelongue. Ne connaît-on pas d'ailleurs la fréquence de l'ulcération de la carotide interne au cours des caries du rocher?

Ces tumeurs ont été confondues avec des gommes syphilitiques. Avant l'ulcération, l'absence d'autres signes de vérole, l'influence à peu près négative de l'iodure de potassium, du moins son action assez lente assureront le diagnostic, si déjà l'aspect strumeux 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 plus loin sur ce diagnostic que, d'ailleurs, l'aspiration sous-cutanée résoudra bien vite dans les cas douteux. — Lorsque l'abcès froid est définitivement 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 voisine? toutes questions auxquelles un examen attentif des régions, 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 redoutait, comme une complication grave, leur ouverture provoquée ou spontanée; les parois s'enflammaient au contact de l'air, des produits septiques s'accumulaient, qu'absorbait la surface interne de la poche, et des accidents redoutables éclataient : septicémies, infection puru-

lente, fièvre hectique. Aussi, la ponction sous-cutanée ou capillaire et l'évacuation, — lorsque la collection trop tendue menaçait de se rompre, — la compression, les badigeonnages iodés constituaient à un moment toutes les audaces thérapeutiques. Quelques-uns de ces procédés, d'ailleurs, ont donné des succès; les injections iodées et plus tard les injections phéniquées ont amené la disparition de cavités peu étendues.

On craint moins, à cette heure, d'ouvrir les collections froides. Les tubes à drainage de Chassaignac, les caustiques, l'incision simple sont assez rarement employés, et le plus souvent, à l'exemple de Lister, on fend largement la poche, on en lave les parois avec une solution forte d'acide phénique et on protège le foyer contre l'accès des germes de l'air par un pansement antiseptique. Il n'y a plus à craindre les décompositions putrides; les parois de l'abcès s'exfolient peu à peu et les bourgeons charnus apparaissent qui obtèrent la cavité. D'autres vont plus loin maintenant: ils 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 ainsi la tumeur primitive en une plaie simple: on supprime la phase d'exfoliation; on peut même essayer d'obtenir la réunion primitive, et il est des cas où l'on a réussi.

Mais il faut se rappeler qu'on échoue souvent: une suppuration peut s'établir en un point de la plaie et une fistule persister un temps souvent fort long; après un succès que l'on croit complet, la cicatrice peut se soulever et une récurrence apparaître; le chirurgien ne saurait se flatter en effet d'avoir extirpé tous les prolongements qui émanent de la tumeur. On doit savoir enfin que ces grattages d'abcès ne sont pas toujours innocents et que ces traumatismes opératoires, comme l'a démontré Verneuil, ont, dans certains cas, activé la diathèse et provoqué des accidents fort graves, dont le plus fréquent et le plus redoutable paraît être 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 puriforme 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 seulement 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 jamais signalé d'intoxication grave, et très souvent la guérison survient après une, deux ou trois injections.

Le traitement chirurgical doit toujours marcher de pair avec le traitement médical. Lui seul d'ailleurs 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, Salins, 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

DES 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, toute 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 ».