ment que jusqu'au groupe ganglionnaire le plus rapproché (cancers ganglionnaires, carcinome épithélial); pour d'autres encore, elle s'avance plus loin et atteint surtout des organes internes (carcinomes vrais de tissu conjonctif); enfin on observe aussi l'infection de tout le corps par des tumeurs métastatiques, sans qu'il y ait infection des ganglions lymphatiques (par exemple, dans le cancer médullaire). A côté de cela, la vitesse avec laquelle l'infection se produit est excessivement variable. Si l'on réfléchit sur les circonstances dans lesquelles les tumeurs infectieuses se développent et si l'on examine la structure anatomique de ces tumeurs elles-mêmes, on remarque, quant au premier point, que les tumeurs infectieuses s'observent surtout fréquemment dans la seconde moitié de l'âge viril, et que dans ce cas la maladie atteint de certains organes déterminés, variant selon le sexe; qu'en outre l'enfance est prédisposée aux tumeurs les plus infectieuses, tandis que la jeunesse et la première période de l'âge viril montrent en général peu de tumeurs et surtout peu de tumeurs infectieuses. L'étude de la structure anatomique des tumeurs a été faite de nos jours avec une prédilection toute spéciale, et il en ressort qu'en effet un grand nombre des tumeurs les plus malignes, les plus infectieuses possèdent des propriétés caractéristiques, pouvant être déterminées par l'examen macroscopique et microscopique, quoique ces moyens d'investigation soient loin de nous permettre toujours de porter un pronostic certain; mais, en général, on peut dire que ce sont ordinairement des formations très-riches en cellules, disposées aux processus ulcératifs, très-souvent hétéroplastiques. Comme il est très-vraisemblable que l'infection se produit par transport des éléments spécifiques de la tumeur, tout ce qui favorise ou empêche la résorption pourra s'appliquer ici pour expliquer le degré et la vitesse de l'infection. L'abondance des vaisseaux sanguins et lymphatiques dans la tumeur et dans son voisinage immédiat, les conditions plus ou moins favorables à la perméabilité et à l'occlusion de ces voies, l'énergie de la circulation en général, sont à prendre en considération; de cette manière, bien des faits qu'on attribuait au hasard ou qui paraissaient extraordinaires, s'expliquent naturellement. Nous ne pourrons entrer que plus tard dans quelques détails sur ce sujet, en parlant des différentes formes de tumeurs en particulier.

Les tumeurs infectieuses sont ordinairement solitaires, presque jamais multiples, dans le sens que nous avons attaché à ce mot. Les tumeurs qui, dès le commencement, se montrent à l'état multiple, ne deviennent que rarement infectieuses.

Si l'on emploie les termes *malin* et *infectieux* comme synonymes, c'est qu'on fait abstraction du lieu où la tumeur se développe. Une tumeur bénigne solitaire, quand elle se forme dans le cerveau, est toujours maligne par son siége; une tumeur infectieuse au même endroit ne dépasse probablement jamais l'infection locale, parce qu'elle emporte le malade de bonne heure. Tout ceci doit être pris en sérieuse considération, si l'on veut bien juger les faits.

Si un homme est infecté par une tumeur, on l'appelle *dyscrasique*, de la même manière que nous appelons dyscrasique un individu infecté par des foyers inflammatoires. Chez de pareils malades il circule dans les humeurs des

matières étrangères qui amènent une composition pathologique des humeurs, que ces matières aient été introduites du dehors ou qu'elles se soient formées dans le corps. Cette dyscrasie par des tumeurs infectieuses se manifeste par des troubles généraux de la nutrition, par l'amaigrissement, par le marasme. Après cette explication, vous comprendrez facilement la différence qu'il y a entre la diathèse et la dyscrasie : un enfant né de parents tuberculeux est atteint d'une diathèse tuberculeuse; à la suite de la néoplasie tuberculeuse et par son fait il devient dyscrasique, à moins que les tubercules ne guérissent. Un individu peut avoir hérité ou peut acquérir la prédisposition à la formation de tumeurs infectieuses; si la tumeur se développe et infecte le corps de la manière décrite, l'individu deviendra dyscrasique.

Quant au *traitement* des tumeurs en général, je me contente de faire la remarque suivante : On ne peut guérir les tumeurs qu'en les éloignant du corps, soit par le couteau, soit par les caustiques, soit d'une autre manière. L'ablation des tumeurs très-infectieuses n'est ordinairement qu'un moyen de prolonger un peu la vie ou de modérer les souffrances des malades; quand les tumeurs ne peuvent pas être extirpées, il ne peut être question que du traitement des symptômes.

Nous devons passer maintenant à la description des différentes formes de tumeurs, et nous reculons d'effroi en voyant devant nous cette immense quantité de matériaux. Nous avons besoin d'un principe pour nous guider et nous permettre de nous reconnaître dans ce grand nombre de formes si différentes sous le rapport anatomique et clinique, pour pouvoir les examiner en elles-mêmes, comparer les unes aux autres et étudier leur rapport avec l'ensemble de l'organisme.

Les principes qui servent de base à la division des tumeurs sont et ont été aussi variés que ceux d'après lesquels on divisait et l'on divise encore les maladies en général. Aucun des systèmes créés jusqu'à présent n'a duré longtemps; la médecine est enseignée aujourd'hui à l'aide de groupes très-variés de petits systèmes et les principes qui ont servi à la formation de ces groupes sont très-différents. Avant que l'anatomie pathologique se fût élevée au rang qu'elle occupa plus tard, on s'en tint à quelques symptômes saillants; de cette époque, nous est encore resté dans la médecine les maladies : ictère, apoplexie, etc.; nous avons encore les termes de *polypes* pour désigner des tumeurs qui font saillie de l'intérieur d'une cavité; dans le temps, on appelait *squirrhe* les tumeurs dures, *fongus* les tumeurs molles, et *lupus*, *carcinomes* les ulcères rongeants, etc. — Dès qu'on découvrit que les symptômes ictère et apoplexie pouvaient provenir de causes anatomiques très-diverses, on n'employa plus ces dénominations et on les remplaça par des termes anatomiques. On évite aujourd'hui de parler de polypes, si l'on ne peut pas ajouter à ce terme une épithète anatomique. Le système anatomo-pathologique des maladies, comme il a été établi, par exemple, par Rokitansky, peut être parfaitement scientifique, comme aussi le système de la pathologie générale par Virchow, cependant il n'a pas été

admis sans conteste par les cliniciens. On a voulu diviser les maladies d'après leur essence; mais l'essai fait par Schoenlein pour établir un système dans ce sens n'a pas été admis davantage, car nos connaissances sur la nature intime des processus morbides ne sont pas suffisantes pour pouvoir les prendre pour base d'un système. Qu'est-il arrivé ensuite? La médecine et la chirurgie pratiques se servent en partie du système anatomique, supposent qu'il est connu en général et l'emploient pour la subdivision des grandes sections de maladies établies sur les données étiologiques, pronostiques, symptomatologiques, physiologiques. Certes, ce ne serait pas faire une œuvre dépourvue d'intérêt scientifique, que d'écrire aujourd'hui encore une monographie sur l'ictère ou l'apoplexie; dans ce cas, on met au second rang les données anatomiques, on se sert de l'anatomie pathologique, comme on se sert des sciences accessoires, de la chimie, de la physique; on tâche de ne pas perdre de vue que le but à atteindre est la recherche du processus morbide en entier et non la recherche des seules conditions morphologiques. Il en est de même des maladies infectieuses, des maladies contagieuses, etc. Il n'y a pas de raison d'appeler cette méthode peu scientifique. La science n'est pas dans la classification, mais dans la manière dont on s'en sert et dans la critique des observations. Il plaît à l'anatomie pathologique moderne d'appeler peu scientifiques ces divisions pratiques, c'est-à-dire tirées de l'observation et formées pour être appliquées à l'homme *vivant;* elle croit que c'est commettre un anachronisme que de s'occuper de l'étude des maladies qui n'offrent pas dans l'organisme des modifications morphologiques ou qui n'en présentent qu'en petit nombre et n'ont même souvent rien d'essentiel, rien de caractéristique. Évidemment c'est se placer à un point de vue très-restreint; il peut être aussi scientifique de s'occuper des cas d'épilepsie qui n'offrent pas de modifications palpables, que d'examiner au microscope avec un soin extrême une tumeur quelconque. Au contraire, il serait peu scientifique de ne voir dans le typhus qu'une espèce particulière d'inflammation intestinale, quoiqu'on trouve une foule de modifications palpables; nous pouvons considérer ce point de vue comme éliminé.

Ces remarques générales s'appliquent parfaitement à la division des tumeurs. L'anatomie pathologique a le droit incontesté de former des groupes d'après les tissus dont les tumeurs sont composées, et d'établir un système. La médecine clinique tend vers un autre but : le groupe de maladie appelé *tumeurs*, sorti d'un besoin pratique, est formé en vue de l'étiologie et du pronostic; elle cherche à découvrir l'essence du travail formateur des tumeurs et à opérer d'après cela le groupement des diverses formes. Le parti anatomique dit que c'est là un problème qui ne peut être résolu, et qu'on n'a devant soi de saisissable que la tumeur. Je ne puis admettre ces objections que conditionnellement, et je ne m'en laisse pas effrayer. Il est vrai, nous ne savons que peu de chose sur la nature intime de la formation des tumeurs; le peu que nous en connaissons est peut-être insuffisant pour établir un système; nous sommes, par conséquent, obligés d'appeler à notre secours la marche, les conditions sous lesquelles nous voyons se former des tumeurs, la symptomatologie, et de nous créer ainsi une série de symptômes essentiels, de tableaux de maladie qu'on divisera

ensuite en quelques classes. La distinction des sous-espèces ne peut malheureusement être faite qu'à l'aide de l'examen pathologico-histologique, mais il n'aura pour nous, comme dans le reste de la médecine, qu'une valeur symptomatologique; le produit morbide est un des nombreux symptômes du processus pathologique; une division purement anatomique est toujours symptomatologique, c'est une division d'après un symptôme qu'on croit pathognomonique, parce pour le moment on n'en a pas d'autres auxquels on puisse accorder la même importance. — Si j'ai renoncé à employer le terme de *maladies à tumeurs*, je me crois pourtant obligé, malgré des attaques réitérées, de persister dans la tendance à vous présenter le tableau des groupes de tumeurs, d'après l'ensemble des symptômes qu'on remarque et non d'après la seule structure anatomique; mais comme nos connaissances sur l'étiologie des tumeurs sont peu étendues, je conserverai la marche comme principe de division; celle-ci, unie aux données fournies par le lieu où les tumeurs se montrent, par la manière dont elles se développent, par l'âge du malade, et surtout par la structure anatomique, vous fournira un tableau qui vous permettra de reconnaître les tumeurs, non-seulement quand elles sont extirpées et examinées au microscope, mais aussi sur le vivant.

A ce point de vue, nous établirons donc les quatre groupes suivants :

I. Tumeurs à croissance très-lente, qui peuvent exister pendant toute la vie sans devenir infectieuses; elles sont guérissables par l'extirpation et peuvent être solitaires ou multiples; cependant cette dernière manifestation n'est pas fréquente; ce sont principalement ces tumeurs qu'on appelle *bénignes*.

II. Tumeurs dont la croissance se fait avec une rapidité très-variable; elles montrent une grande tendance à récidiver sur place; elles deviennent rarement infectieuses, mais se présentent souvent à l'état multiple. *Sarcomes* et *Adénomes*.

III. Tumeurs à croissance rapide, qui sont toujours infectieuses; non-seulement elles ont une grande tendance à revenir sur place, mais elles entraînent aussi très-souvent dans le mouvement morbide les ganglions lymphatiques les plus rapprochés; beaucoup de tumeurs de même nature se montrent peu à peu dans divers organes. *Carcinomes*.

IV. Tumeurs à croissance rapide et ayant des propriétés très-infectieuses; des tumeurs secondaires, toujours très-molles, se montrent souvent en grand nombre et simultanément dans les différentes parties du corps. *Cancers médullaires*.

Avant d'entrer dans la description détaillée des formes spéciales de ces tumeurs, permettez-moi d'ajouter encore quelques mots pour prévenir des malentendus dans ce qui va suivre. Pénétrez-vous bien de ceci, que dans chaque division des tumeurs, division qui est indispensable pour l'intelligence des faits, il ne s'agit que d'une séparation schématique, que les formes établies ne répondent qu'à de certains types, qui peuvent varier et se combiner à l'infini; ensuite, qu'un véritable métaschématisme des tumeurs paraît probable; je vous ferai surtout observer que les tumeurs du second et du troisième groupe passent quelquefois à celles du quatrième, et même que quelques formes du pre-

mier groupe peuvent prendre les caractères du quatrième, quoique ce fait se présente rarement. Pour donner lieu à ces transformations, bien des causes peuvent agir soit sur l'état constitutionnel, soit sur la tumeur elle-même. Il en est des tumeurs comme des inflammations chroniques : des causes diverses peuvent exercer leur influence sur ces derniers processus, au point que la marche prenne le caractère aigu et infectieux, par exemple une scrofulose qui au début était caractérisée principalement par l'hyperplasie des ganglions lymphatiques, peut par la suite devenir une disposition aux processus suppuratifs et ulcératifs avec fièvre, marasme, etc. Les anomalies constitutionnelles qui donnent lieu par elles-mêmes à des processus inflammatoires chroniques se rapprochent beaucoup des maladies à tumeurs; dans l'inflammation chronique il y a également des cas où la maladie disparaît, pour ainsi dire, avec la lésion locale, d'autres où des processus homologues (néoplasies inflammatoires avec leurs diverses métamorphoses) se montrent sur le corps tantôt ici, tantôt là.

Je vous ferai encore une seule remarque, c'est que nous ne nous occuperons que des tumeurs qui se localisent, au moins au début de la maladie, dans les parties du corps qui rentrent dans le domaine de la chirurgie. Cette restriction n'est pas aussi importante qu'elle le semble; on peut même dire qu'on ne peut bien étudier la marche spéciale des maladies à tumeurs que lorsque la localisation se fait d'abord dans les parties dont l'atteinte ne met pas directement la vie en danger; car les phénomènes qu'on observe, par exemple, dans les tumeurs du foie, de l'estomac, du cerveau, n'appartiennent pas en propre à ces tumeurs, mais dépendent des troubles que subissent ces organes dans leurs fonctions respectives. Si chaque cas de typhus était accompagné d'hémorrhagie mortelle ou de perforation de l'intestin, nous n'aurions pas une idée complète de ce processus morbide, parce qu'il serait toujours troublé dans sa marche. Nous donnerons parfois des indications sur la fréquence relative des localisations primitives des tumeurs dans les organes intérieurs, cependant nous ne pourrons pas entrer dans des détails sur la symptomatologie de ces organes malades; ce sujet sera, du reste, traité dans la *Pathologie spéciale* et dans la *Clinique médicale*.

QUARANTE-CINQUIÈME LEÇON

DES TUMEURS BÉNIGNES.

1° *Kystes simples*, contenant : *a.* un liquide séreux ; *b.* un liquide muqueux; *c.* une bouillie ; *d.* du sang. — Diagnostic. — Cysticerques. — Traitement. — 2° *Lipomes :* Notions anatomiques. Lieux où on les rencontre. — Marche. — 3° *Fibromes : a.* Fibromes mous. *b.* Fibromes durs. Manière dont ils se développent. Méthodee opératoires : ligature, écrasement, galvanocaustique.

I. — *Tumeurs à croissance très-lente, qui peuvent persister pendant toute la vie, sans devenir infectieuses ; elles sont guérisables par l'extirpation, et peuvent être solitaires ou multiples ; cependant cette dernière manifestation n'est pas fréquente : ce sont principalement ces tumeurs qu'on appelle bénignes.*

1. — *Kystes et cystomes simples. — Tumeurs cystiques.*

Par *kyste* on entend une poche remplie d'un liquide ou d'une bouillie ; autrefois on donnait, d'après Dupuytren, le nom de *kyste* à toute tumeur entourée d'une enveloppe : c'est ainsi qu'on parlait de kystes à contenu solide et de kystes à contenu liquide; mais aujourd'hui on n'emploie plus ce terme que pour désigner les tumeurs à contenu liquide. Même parmi ces dernières, il en est un certain nombre que dans la pratique chirurgicale on ne compte pas ordinairement parmi les tumeurs, par exemple les extravasats sanguins enkystés, le pus enkysté ; il n'y a que Wirchow qui considère l'hématome comme une tumeur. Ensuite il n'est pas d'usage de compter parmi les tumeurs les hydropisies des sacs séreux, hydropisies qui le plus souvent sont dues à une irritation chronique. Virchow seul classe encore ces formations parmi les tumeurs ; s'il avait voulu être conséquent, il aurait dû compter également parmi les tumeurs les formes de l'hydropisie chronique du péritoine et de la plèvre, qui reconnaissent pour cause, non des différences de pression dans le système circulatoire, mais une irritation locale produite, par exemple, par d'autres tumeurs du poumon, du foie, etc. Il est très-difficile d'établir à priori des distinctions précises, et de dire ce qui doit ou ne doit pas être compté parmi les tumeurs. Les kystes se développent de deux manières : 1° par la production d'un liquide dans des cavités préexistantes; dans ces cas, la quantité de liquide est toujours anormale, souvent aussi c'est la qualité. Les cavités préexistantes ont été toujours closes (par exemple, les vésicules de la glande thyroïde, celles de Graaf), ou elles ont des