

Ajoutons que la cuisse est rarement seule envahie par l'éléphantiasis. Dans les cas les plus fréquents, il débute par le pied, envahit la jambe et suit ainsi une marche graduellement ascendante. La dégénérescence éléphantiasique isolée est bien plus ordinaire au scrotum, au dos ou même à la face qu'à la cuisse.

b. *Fibro-lipomes*. — Le diagnostic n'est pas toujours facile. Nous le diviserons en deux parties : 1° *avant l'ablation de la tumeur*; 2° *à la coupe*. Dans le premier cas, on le tire de la consistance du volume et surtout de la marche.

Les tumeurs fibro-graisseuses sont plus molles, mieux lobulées, plus nettement cloisonnées que les sarcomes. Lorsque ces derniers sont parsemés de kystes superficiels, on trouve, comme vous pouvez le constater chez notre patiente, plusieurs points franchement fluctuants séparés les uns des autres par des espaces durs et fibroïdes. C'est là un caractère suffisant pour les distinguer des fibro-lipomes, quelle que soit leur mollesse.

La marche est également différente : le lipome se développe lentement et ne contracte que des adhérences insignifiantes. Le sarcome marche plus vite, et finit par contracter des adhérences étendues avec tous les organes de la région.

A la coupe, la confusion est facile. Certaines tumeurs fibro-plastiques, et ce ne sont pas les plus bénignes, contiennent tant de tissu graisseux qu'on les a souvent prises pour de simples fibro-lipomes. Une telle méprise est fâcheuse, surtout pour le pronostic. Qu'un chirurgien la commette, qu'il s'empresse de rassurer le malade et sa famille après l'ablation d'une tumeur de cette espèce, il verra trop souvent ses prévisions trompées et la récidive sur place arriver au bout d'un temps fort court. Il est donc extrêmement important, Messieurs, de bien connaître les caractères qu'un sarcome, même infiltré de graisse, présente à la coupe, car vous n'aurez pas toujours la ressource d'un examen microscopique presque immédiat. La trame nacréée dont la disposition particulière a donné son nom au sarcome fasciculé, ne ressemble guère aux minces cloisons aréolaires qui limitent les lobules du lipome.

Quand on rencontre quelques îlots adipeux mous, jaunâtres et friables au milieu d'une tumeur fibro-plastique, on reconnaît sans peine qu'ils sont égarés au milieu d'un tissu d'une autre nature, et que ce n'est point d'eux que le néoplasme tire son cachet particulier. Jamais on ne trouve l'aspect fondamental du lipome ou du fibro-lipome ; il suffit d'avoir vu plusieurs fois la coupe de l'un et de l'autre pour éviter la confusion.

c. *Fibromes*. — Ces tumeurs se développent avec une extrême lenteur, ne tendent point à envahir les parties molles avoisinantes. En général, elles restent petites et parfaitement isolées au milieu des muscles. Celles qui paraissent dégénérer et récidiver après une opération contiennent toutes une quantité plus ou moins grandes de cellules embryonnaires et se rattachent par conséquent aux tumeurs fibro-plastiques dont elles présentent tous les dangers.

d. *Tumeurs osseuses de grand volume tendant à faire saillie au dehors*. — Le diagnostic peut être fort difficile s'il s'agit d'un *sarcome* développé aux dépens du périoste. C'est surtout la profondeur des tumeurs osseuses et leur point de départ qui permettent de le faire. Pourtant il n'est pas rare de voir les sarcomes périostiques s'entourer d'une véritable coque osseuse et présenter, au moment où ils deviennent accessibles au doigt de l'explorateur, une partie des caractères d'une production osseuse. Cette particularité se rencontre surtout dans les sarcomes développés aux dépens des os plats ; ainsi Axel Key et Aman (1) l'ont vue sur l'os des îles, d'autres sur l'omoplate ; elle n'est pas sans exemple sur le fémur.

Dans tous les cas, on pourrait confondre ces tumeurs avec des ostéochondromes et des myéloplaxomes.

e. Les *chondromes* se développent très-rarement aux dépens du fémur ; ils affectent de préférence les os courts des extrémités. On peut les reconnaître à leurs bosselures, plus fermes, plus petites et plus nombreuses que celles des tumeurs fibro-plastiques ; de plus, on sent aisément en leur imprimant des

(1) Voy. *Nordiskt medicinkst Arkiv*, 1869.

mouvements qu'ils adhèrent aux os, et n'ont pas la mobilité des néoplasmes des parties molles. Au lieu de se présenter sous forme d'une tumeur circonscrite, à développement régulier, très-lent d'abord, rapide dans la suite, ils ne produisent qu'une sorte de tuméfaction diffuse due au soulèvement des muscles; leur forme, leur consistance et leur mobilité ne deviennent appréciables que lorsqu'elles ont gagné la superficie à travers les interstices musculaires.

f. Les *myéloplaxomes* que l'on range aujourd'hui parmi les sarcomes sont néanmoins si différents des tumeurs analogues à celle que nous devons opérer, qu'il n'est pas nécessaire de s'y arrêter autrement que pour les signaler. Ils se développent surtout dans l'enfance, marchent lentement, et ne se rencontrent presque jamais à la cuisse, si ce n'est à la partie inférieure.

g. Les *kystes hydatiques* intra-musculaires peuvent exposer à une méprise, car ils ne sont pas fluctuants et présentent une véritable dureté due à l'extrême distension de la poche. Le plus souvent, il est très-difficile de fixer solidement ces tumeurs, à cause de leur profondeur et de la mobilité des muscles auxquels elles adhèrent, de sorte que l'on peut très-rarement percevoir le frémissement hydatique. Dans quelques cas, ils s'enflamment et deviennent douloureux. Comme les sarcomes, ils sont faciles à circonscrire, tout au moins dans leur partie superficielle; comme eux ils semblent faire corps avec les faisceaux musculaires; de sorte que le simple examen des caractères physiques est souvent insuffisant pour permettre de faire le diagnostic. Mais leur développement est en général plus rapide, leur forme plus globuleuse, leur consistance plus uniforme. Bien que nous en ayons vu certain nombre, soit dans notre pratique particulière, soit dans les hôpitaux, les kystes hydatiques sont très-rares à la cuisse, beaucoup plus rares que les tumeurs fibro-plastiques; s'il restait quelques doutes dans l'esprit du chirurgien, il pourrait toujours les lever en faisant une ponction exploratrice et en examinant le liquide obtenu au microscope.

Après ce que je viens de vous dire, Messieurs, je n'ai pas besoin d'insister longuement sur la *gravité du pronostic*.

Les sarcomes fasciculés des parties molles menacent la vie de deux façons :

Ils acquièrent un volume énorme et produisent une cachexie spéciale toujours défavorable lorsque l'on tente une opération; plus tard, ils s'élèvent à la surface, donnent lieu à une suppuration intarissable qui finit par amener le marasme et la mort.

II. *Traitement*. — Les résultats constatés jusqu'ici à la suite d'ablations de ces grosses tumeurs de la cuisse sont propres à jeter le découragement dans l'esprit du chirurgien. Chassaignac en enlève une dans des circonstances relativement favorables, et malgré l'intégrité absolue des ganglions, la maladie récidive à trois reprises. Larrey opère plusieurs fois le même individu; tout est en bonne voie, mais les récidives finissent par amener la mort (1).

Bien souvent aussi le malade est emporté d'une autre manière; tantôt c'est l'infection purulente, tantôt ce sont des hémorragies passives répétées qui hâtent la terminaison fatale. Cependant les guérisons ne sont pas sans exemple; Smith a sauvé une malade par l'amputation de la cuisse (2); Heppner a enregistré un succès à la suite d'une extirpation pure et simple. Nous pourrions trouver dans notre pratique d'autres exemples, mais nous nous contentons de consigner ceux-ci, parce qu'il s'agissait de tumeurs exceptionnellement volumineuses et tout à fait comparables à celle de notre cas.

Quelle règle de conduite devons-nous donc suivre? Faut-il abandonner la maladie à elle-même? La terminaison approche, car la tumeur ne peut tarder à s'ulcérer. Supposez, Messieurs, qu'elle suppure en grande partie, et vous concevez dans quel misérable état se trouvera cette pauvre femme jusqu'au

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, séance du 11 août 1851.

(2) *Medical Times and Gazette*, 19 nov., 1870.

moment de sa mort. Bien mieux, les vaisseaux volumineux qui sont à la surface donneront lieu à des hémorrhagies journalières qui rapprocheront d'autant le terme fatal. Si nous nous contentons du rôle de spectateur impassible, la malade est

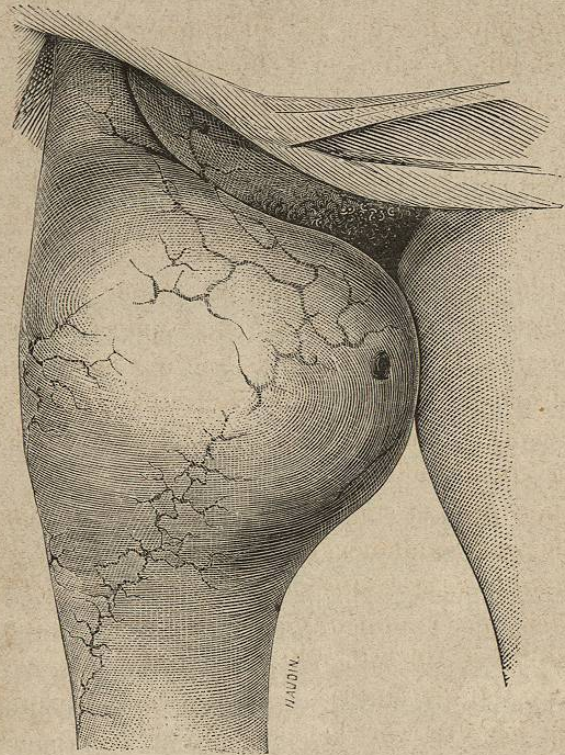


FIG. 28. — Tumeur fibro-plastique de la face antéro-interne de la cuisse observée en 1870. (De notre collection.)

certainement perdue. Mais, dira-t-on, le succès d'une opération est extrêmement aléatoire ! — Cela n'est pas douteux. Il est vrai que l'état général n'est pas trop mauvais, que les ganglions sont absolument intacts, et l'on peut encore espérer une guérison complète. La question doit donc être posée en ces termes :

Que doit-on faire en présence d'une malade vouée à une

mort certaine et très-proche, lorsque l'intervention offre des chances de la guérir radicalement ?

Je crois, Messieurs, que le chirurgien doit agir. C'est même un devoir pour lui de s'exposer à un insuccès, car il ménagera par là les dernières chances qui restent à la patiente. Il faut, comme nous l'avons fait, exposer nettement les dangers de l'opération, puis chercher par quel moyen on pourra intervenir avec le plus de sûreté et d'efficacité.

Par ce que j'ai vu jusqu'ici, je suis porté à me défier de l'usage des caustiques. En 1870, une femme d'une cinquantaine d'années m'était envoyée par un confrère de la ville ; elle avait à la cuisse une grosse tumeur dont j'ai gardé le dessin (voy. fig. 28). Cette tumeur avait été prise pour un kyste, et l'on concevait d'autant plus facilement une telle erreur que l'on ne trouvait point la dureté habituelle des sarcomes qui siègent au-dessous des adducteurs. J'ai appris depuis, par le confrère qui m'avait adressé la malade, qu'elle avait été traitée par les caustiques dans le service de M. Maisonneuve. Elle succomba aux progrès de la suppuration.

L'ablation pure et simple avec l'instrument tranchant est également contre-indiquée. Que penser, en effet, d'une plaie de *quatre-vingt-deux centimètres* de long au moins ? Est-il possible de disséquer la tumeur en coupant au fur et à mesure les parties molles qui lui adhèrent, les muscles, les vaisseaux, les aponévroses ? Il n'y faut pas songer, car le chirurgien serait fatalement forcé de faire une énorme perte de substance. La plaie serait anfractueuse, irrégulière, mal disposée pour l'écoulement du pus ; elle nous exposerait à des hémorrhagies difficiles à arrêter. — Même en prévision d'un succès complet tout à fait improbable, on ne conserverait à la malade qu'un membre dont la plupart des muscles auraient été lésés et qui ne pourrait lui rendre que peu de services comparés aux dangers propres de l'ablation, cet avantage est bien faible et certainement insuffisant pour influencer sur notre détermination. Je crois, messieurs, qu'il vaut beaucoup mieux recourir à l'amputation de la cuisse au tiers supérieur. C'est là une opération

grave sans doute, mais elle l'est beaucoup moins que l'ablation pure et simple. Après mûre réflexion, c'est à ce procédé que nous donnons la préférence, car c'est lui qui nous permettra le mieux d'éviter les difficultés sérieuses de l'ablation, c'est lui qui donnera à la malade les chances les plus nombreuses.

TREIZIÈME LEÇON

DE QUELQUES TUMEURS SOLIDES DE LA PAUME DE LA MAIN

(Lipomes. — Fibromes. — Sarcomes.)

MESSIEURS,

Je ne vous ai guère parlé jusqu'ici des tumeurs de la paume de la main qu'à propos du diagnostic de diverses affections des synoviales tendineuses des fléchisseurs. Dans nos dernières séances, nous avons eu l'occasion d'enlever presque coup sur coup deux lipomes développés profondément au-dessous des muscles de la main. Vous comprendrez facilement que dans une région dont la structure est aussi complexe, les usages aussi variés, ces tumeurs offrent une physionomie spéciale qui donne à leur étude un véritable intérêt. Je pourrais, en me plaçant à ce point de vue, vous exposer quelques idées générales sur la pathologie de la main et tâcher de vous esquisser le tableau de ses principales affections. Mais le résumé le plus succinct réclamerait encore des développements qu'il est bien difficile de faire entrer dans une simple conférence clinique. Je me réserve d'y revenir. Je ne crois pourtant pas, Messieurs, qu'il soit nécessaire de restreindre strictement le sujet aux lipomes de la face palmaire. On trouve dans cette région des tu-

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U. A. N. L.
BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U. A. N. L.
BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U. A. N. L.