

La fibro-muqueuse du sinus peut ainsi être facilement examinée; on reconnaît qu'elle n'est pas dégénérée; mais la paroi externe du sinus est doublée de lamelles osseuses de nouvelle formation.

Dans cette opération, de même que dans toutes celles qui intéressent la cavité buccale, le sang qui s'écoule dans la bouche est absorbé par deux éponges montées que l'on tient continuellement au fond du vestibule pour empêcher le sang de pénétrer dans les voies respiratoires.

La réunion immédiate est faite avec des fils métalliques; puis nous plaçons un drain dans la cavité du sinus pour permettre le libre écoulement des liquides et nous faisons passer ce drain dans les narines et par l'ouverture normale du sinus dans le méat moyen.

Les suites de l'opération sont des plus simples. Réaction inflammatoire faible, température et pouls normaux. Rhum. Sulf., quin., 0,50 c.

A l'examen microscopique de l'os enlevé on a trouvé une *ostéite destructive en certains points, et une ostéite formative dominante à l'époque de l'opération* (M. Malassez).

28 juillet. Quelques sutures sont tombées. — On les remplace par des bandelettes de tarlatane collodionnées. — On laisse en place les dernières: celles qui sont au pourtour de la lèvre et sous les paupières. C'est là, en effet, que la réunion se fera en dernier lieu, les lèvres de la plaie étant sans cesse tiraillées par la contraction des muscles orbiculaires. Lavages par le drain avec de l'eau phéniquée.

L'état général est bon; la plaie est dans un état assez satisfaisant pour que le 2 août le malade puisse quitter le service.

Obs. CCXVIII. *Abcès froid enkysté siégeant au niveau du col anatomique de l'humérus droit. Ponction. Drainage. Suppuration prolongée. Affaiblissement graduel. Marasme.*

Assezat (Jean), mégissier, cinquante-un ans, entré le 27 mai 1874 dans la salle Saint-Augustin, très-amaigri, et offrant tous les caractères d'une vieillesse anticipée. Habitudes d'intempérance: boit 2 ou 3 litres de vin par jour et quelquefois une notable quantité d'eau-de-vie. Chancre unique il y a 2 ans. Pas de bubons ni de roséole. Néanmoins fut traité par le mercure et l'iodure de potassium. Il y a un an environ il a ressenti dans l'épaule droite, des douleurs légères d'abord, et qui ne l'empêchèrent pas de continuer son travail. Elles s'irradiaient vers la base du cou et dans tout le bras correspondant. Il y a 4 mois elles devinrent intolérables et le malade fut forcé d'abandonner son travail. Il fut traité par les vésicatoires, les applications de teinture d'iode, les douches sulfureuses, et l'iodure de potassium à l'intérieur. Aucune amélioration. Pendant tout ce temps il maigrissait à vue d'œil, l'appétit était pourtant assez bon, mais l'intensité de la douleur le privait de tout repos. Il y a 5 semaines, ap-

parut à la partie supérieure du bras une petite tumeur de la grosseur d'une aveline, très-douloureuse surtout à la pression. Ce petit noyau s'est développé de jour en jour, et a fini par atteindre le volume actuel.

Aujourd'hui (27 mai 1874) on constate que la tumeur est placée entre l'insertion du grand pectoral et le bord interne du deltoïde, et qu'elle paraît s'enfoncer au-dessous de ces deux muscles et les soulever. Elle s'étend en partie dans la direction de la longue portion du biceps jusqu'en avant de l'articulation qui est privée d'une partie de ses mouvements spontanés. L'élevation, l'adduction, l'abduction complètes du bras sont impossibles. Les mouvements provoqués sont limités et très-douloureux. La consistance de la tumeur n'est pas très-nette. Elle paraît pourtant liquide, mais il semble qu'il y ait une collection renfermée dans un poche kystique très-distendue. Il est difficile d'isoler la tumeur de l'articulation. Toutes les autres articulations sont saines.

30 mai. On ponctionne la tumeur, et il en sort un pus assez épais non sanguinolent. Le stilet fait reconnaître l'existence d'une poche qui ne paraît pas communiquer avec l'articulation. Le col de l'os est dénudé en un point très-circonscrit. On se contente de passer un tube à drainage pour faire ensuite des injections iodées. Traitement général reconstituant.

31. A été pris de fièvre dans la soirée d'hier. P = 95. A cependant un peu reposé cette nuit.

1^{er} juin. A passé une journée assez bonne. Ne souffre pas trop dans l'épaule. Pas de frisson. Nuit également bonne. Peau moite. P = 90. Pas d'appétit.

3. Peau chaude. Fièvre le soir de quatre à sept heures sans frisson. P = 90. Dort peu.

7. La suppuration est toujours abondante. Les douleurs de l'épaule sont vives, et le malade ne peut lever le bras. L'articulation scapulo-humérale paraît déformée.

10. Même état. Alimentation fortifiante.

16. Souffre beaucoup surtout la nuit dans tout le bras. Les douleurs s'irradient vers l'épaule et le cou, et le privent de sommeil. Mange très-peu. La suppuration ne diminue pas.

21. Pas d'amélioration.

28. Mouvements de l'articulation toujours très-douloureux. Suppuration un peu moindre.

2 juillet. Douleurs moins vives.

6. A dormi cette nuit pour la première fois depuis huit jours, mais les mouvements spontanés du bras sont toujours impossibles. L'inappétence persiste. Peu de fièvre; pas de frisson le soir. P = 85 (petit). Peau chaude.

10. Souffre beaucoup de l'épaule qu'il ne peut remuer. P = 86. Il

semble qu'il se fait une nouvelle poussée inflammatoire vers l'articulation. Vésicatoire volant.

14. Nouvelle application d'un large vésicatoire qui embrasse toute l'étendue de l'articulation. Inappétence complète.

17. La douleur s'est étendue à la région de l'omoplate. P = 96. Langue d'un rouge vif.

Du 17 juillet au 4 septembre. L'état du malade est resté sensiblement le même. Douleurs locales assez vives exagérées par la pression et les mouvements. L'articulation augmente de volume de temps en temps sous l'influence de poussées inflammatoires. Comme le malade se nourrit mal et ne peut dormir, il a perdu ses forces. Il s'est toujours fait par le tube à drainage un écoulement séro-purulent de mauvaise odeur.

16 septembre. Depuis deux ou trois jours, le malade a eu le délire pendant la nuit. Il se plaint de souffrir plus que précédemment dans l'épaule; il y a même de l'hyperesthésie des régions voisines avec quelques douleurs dans l'épaule de l'autre côté. La peau est chaude.

17. Dix heures. La langue est sèche, la soif vive. Vésicatoire. A eu hier soir et dans l'après-midi plusieurs frissons assez violents. Les douleurs sont fortes. L'épaule est chaude, rouge et très-sensible à la pression. Le liquide qui s'écoule présente une odeur très-forte. P = 90. La peau est chaude.

18. Le malade est transporté chez lui, sur la demande expresse de sa femme.

Obs. CCXIX. — *Carie du sacrum. Trajets fistuleux au voisinage de l'anus. Lavages avec la teinture d'iode. Amélioration.* — Bocheron (Eugénie), lingère, quarante-six ans, entrée le 29 mai 1874. Depuis le mois d'août 1873, elle est entrée, à quatre reprises, dans le service, et y est restée chaque fois près d'un mois. Il y a vingt ans environ, qu'elle eut pour la première fois un abcès qui s'ouvrit spontanément à droite, et tout près de l'orifice anal avec lequel il était en communication. Il lui resta dès lors une fistule à l'anus, pour laquelle elle subit une opération il y a douze ans. La guérison n'en fut pas complète, et depuis il s'est toujours écoulé un peu de pus par l'anus.

Au mois de juin 1871, un second abcès isolé s'ouvrit à gauche dans le rectum à 5 centimètres de l'anus; il laisse sourdre, aujourd'hui encore, beaucoup de pus.

A droite de la pointe du coccyx est un autre orifice fistuleux, laissé là par un abcès. En enfonçant le stylet dans la fistule la plus élevée, on pénètre jusque vers le sommet du sacrum qui est dénudé. Toutes les fistules communiquent entre elles. Quand on pratique une injection, le liquide sort en effet par tous les orifices, et même par l'anus.

Chaque jour, injections iodées; purgatifs fréquents pour combattre la constipation opiniâtre dont se plaint la malade.

Au bout d'un mois, l'orifice inférieur se fermait, et l'écoulement diminuait au point de n'être plus qu'un simple suintement. Alors la malade quitta le service sur sa demande pour aller en convalescence au Vésinet.

Obs. CCXX. — *Ostéite suppurée de la malléole externe gauche. Absès sous-périostique. Évacuation de l'abcès. Trépanation de la malléole. Guérison.* — Testu (Barthélemy), trente ans, entré le 14 septembre 1874 pour une affection de la partie inférieure de la jambe gauche. A quatorze ans, ce malade vit, sans cause connue, son pied se gonfler et devenir le siège de violentes douleurs exagérées pendant les mouvements. Un mois plus tard, il se forma au même point un abcès assez volumineux qui s'ouvrit spontanément et donna issue à plusieurs séquestres. Après quelques mois il ne resta plus que deux fistules au niveau de la base des malléoles; il s'en écoulait un liquide roussâtre. Elles se fermèrent au bout d'un an, et depuis lors le malade n'éprouva à ce niveau que quelques douleurs revenant à des intervalles irréguliers. Il y a deux mois apparurent du gonflement et de la rougeur des téguments du pied, puis des douleurs sourdes. A son entrée dans le service, on trouve au niveau de la malléole externe d'anciennes cicatrices adhérentes comme les cicatrices osseuses. Les douleurs se font sentir sur toute la longueur du tibia, mais surtout à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen. Les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont possibles, mais très-douloureux. Huit jours après l'entrée du malade dans le service, les douleurs redoublent, et on voit survenir de l'œdème péri-articulaire surtout vers la face antéro-externe du cou de pied. Un peu de fièvre. P = 90.

23 septembre. Les téguments qui recouvrent la malléole sont rouges, chauds. La tumeur qui les soulève est fluctuante à son centre. On pratique une incision cruciale de la peau pénétrant jusque sur l'os, puis on applique une petite couronne de trépan. La couche périostique est extrêmement dense. (La couronne de trépan fut pratiquée au-dessus de l'abcès pour éviter l'articulation). On arrive ainsi jusqu'à la lame compacte du côté interne.

La suppuration est entretenue jusqu'au mois de novembre à l'aide d'une mèche de charpie profondément introduite. Le malade est en même temps soumis à un traitement général reconstituant. Pendant les quinze jours qui suivent l'opération, le pouls ne dépasse pas 90. L'appétit et le sommeil sont conservés.

20 octobre. L'œdème a complètement disparu. La plaie est recouverte de bourgeons charnus. La suppuration se tarit.

1^{er} novembre. Le malade peut faire quelques mouvements sans trop de douleur dans l'articulation tibio-tarsienne. La plaie est complètement fer-

mée. La marche est possible, le malade quitte le service pour aller à Vincennes.

25. Le malade rentre dans le service pour un petit abcès qui s'est fait à l'angle inférieur de la cicatrice. Évacuation du pus. Mèche de charpie dans le foyer. Guérison complète au bout de trois semaines.

C. — TUMEURS.

Obs. CCXXI. — *Cancer secondaire des os du crâne consécutif à la dégénérescence cancéreuse de kystes sébacés multiples du cuir chevelu. Trépanation. Hémiplégie gauche, sept semaines après l'opération. Mort. Autopsie : méningite purulente du côté droit.* — Delcourt (Cécile), soixante-deux ans, sans profession, entrée le 23 février 1874. Affaiblie et fatiguée, mais dit n'avoir jamais été malade antérieurement.

Vers l'âge de douze ans, elle a vu apparaître, sur la partie supérieure et médiane du temporal, de petites tumeurs dures, ni douloureuses, ni fluctuantes, et qui sont toujours restées dans le même état sans s'ulcérer ni se ramollir; ces tumeurs, qui n'étaient pas autre chose que des kystes sébacés, ont atteint peu à peu le volume qu'elles ont aujourd'hui.

Sur le côté droit de la tête, il en existe une plus volumineuse que chacune des autres. Elle a la grosseur d'un œuf de pigeon, et a été ouverte accidentellement par une pointe de fer très-aiguë. Il en serait sorti seulement du sang. La plaie a disparu en quelques jours et n'a laissé qu'une petite cicatrice.

Une de ces tumeurs s'est ramollie et ouverte spontanément le lundi 20 mai 1871, alors que la malade avait un érysipèle.

Il en est sorti une substance semi-liquide que la malade compare à de la purée de marrons. Une autre tumeur voisine s'est ouverte peu de temps après et a disparu; la malade pour hâter la cicatrisation a employé la pommade du Bossu. Il y a dix mois la suppuration a commencé à s'établir régulièrement par l'orifice resté fistuleux.

Dans ces derniers temps, la malade éprouvait dans les deux régions sus-orbitaires des douleurs tellement violentes qu'elle s'est enfin décidée à entrer à l'hôpital.

L'état général est satisfaisant, bien que depuis deux ou trois mois elle n'ait pu dormir, à cause de la céphalalgie qui revenait surtout la nuit.

On voit par places, sur la région crânienne, de petites tumeurs dont le volume varie entre celui d'une noisette et celui d'un œuf de pigeon; les unes caractérisées par leur mobilité sur les parties profondes; les autres adhérentes par des cicatrices laissées là par d'autres kystes qui ont puré.

Sur la partie supérieure de la région occipitale existe une vaste ulcération qui tranche sur les autres par son aspect blafard, grisâtre, ses bords recouverts de croûtes desséchées. Elle est régulièrement arrondie, du diamètre d'une pièce de 5 francs en argent, elle intéresse la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose épicrotânienne, le périoste et la table externe de l'os. Le fond semble formé par la table interne. Au centre on trouve une portion d'os mobile. En la comprimant légèrement par le sommet, elle semble fuir sous le stilet et éprouver une sorte de mouvement de bascule. Cette ulcération est couverte de bourgeons charnus. La peau est déchiquetée, les bords sont renversés et indurés. Nous sommes donc en présence de kyste sébacé en pleine dégénérescence cancéreuse. Le tissu de mauvaise nature a envahi secondairement les os du crâne et probablement la dure-mère, de sorte que, malgré le danger qu'elle présente, l'ablation de la tumeur est résolue.

28 février. Après avoir chloroformé la malade, on applique autour de la portion d'os malade dix couronnes de trépan de manière à la circoncrire entièrement, on fait ensuite sauter avec le davier les ponts intermédiaires et la dure-mère se trouve à découvert dans toute l'étendue d'un cercle de 6 centimètres de diamètre. Pansement avec des compresses légèrement imbibées d'une solution étendue d'alcool phéniqué dans l'eau froide.

1^{er} mars. N'a pas dormi dans la nuit; la fièvre est peu intense. La langue est sèche, blanche et rouge sur les bords. A eu un vomissement bilieux qui résulte probablement de l'absorption du chloroforme.

2. P=70. L'aspect extérieur est bon; pas d'appétit, n'a pu dormir, bien qu'elle eût prit une pilule d'extrait thébaïque, les douleurs de tête sont moins fortes. La plaie suppure un peu.

5. Se plaint toujours de céphalalgie frontale; a la langue blanche. P=60. Eau de Sedlitz, 1 verre; chloral 2 grammes.

6. N'a pris sa purgation qu'hier soir; a ressenti de fortes coliques qui l'ont empêchée de dormir. P=68. Les douleurs de tête ont sensiblement diminué; le pus exhale une odeur fétide.

Même traitement.

10. L'état général de la malade est satisfaisant; la plaie a très-bon aspect; la dure-mère est recouverte de bourgeons charnus. La malade se plaint toujours de douleurs de tête. Elle a bon appétit.

17. La plaie va très-bien. L'état général se maintient bon; elle s'est levée un peu hier; mais elle a eu du vertige.

27. Hier quelques parties osseuses nécrosées se sont détachées vers le bord inférieur de la plaie.

1^{er} avril. Les douleurs de tête sont très-tenaces, et fatiguent beaucoup la malade. Bromure de potassium 3 gr.

3. A pris hier une purgation et se sent mieux aujourd'hui.
 5. Même état; hier pas de fièvre; mais a peu d'appétit.
 8. La malade se plaint toujours de la céphalalgie qui ne lui laisse pas un moment de repos.

13. Continue de prendre le bromure dans la journée, et le chloral le soir.

17. A eu un peu de délire dans la soirée précédente. Dans la nuit de graves accidents se sont produits. Le matin, hémiplegie gauche, avec hémianesthésie du même côté. Rien de particulier à droite. La plaie est devenue saillante comme si elle eût été repoussée par une collection purulente sous-jacente. On fait deux ponctions avec le bistouri, elles ne donnent que du sang. L'aspect de la plaie est moins satisfaisant; elle est plus sèche et plus terne que d'usage. P = 98 irrégulier, alternativement petit et dur, ou large et développé.

19. Mort à huit heures du matin.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort. On incise d'abord les téguments autour de la plaie, puis, le crâne étant mis à nu par les procédés ordinaires, on détache par un trait de scie la calotte crânienne et on l'enlève.

La partie centrale de la plaie qui, pendant la vie, se distinguait par son moindre relief et la moindre vigueur des bourgeons charnus reste adhérente aux méninges (1).

La boîte osseuse est normale quoique assez épaisse. La perte de substance qui correspond à la rondelle osseuse enlevée est irrégulièrement circulaire, à bords festonnés, et présente 6 à 7 centimètres de diamètre dans tous les sens. Ces bords érodés et amincis ont donné naissance à de vigoureux bourgeons charnus qui ferment la partie périphérique de la plaie. Cette perte de substance est située presque entièrement à droite et ne dépasse la ligne médiane à gauche que d'un centimètre à peine.

L'incision de la dure-mère donne issue à une certaine quantité de pus. Cette membrane est, dans toute l'étendue qui correspond à la peau, transformée en un tissu bourgeonnant qui comprend aussi les autres méninges, et est étroitement appliqué sur la substance cérébrale. La dure-mère enlevée, on trouve la plus grande partie de l'hémisphère cérébral droit recouvert par du pus qui forme une nappe surtout marquée en avant au niveau du lobe frontal, et contourne la perte de substance pour aller former une seconde collection en arrière infiltrée çà et là dans l'espace sous-arachnoïdien. Les circonvolutions paraissent aplaties et portent des traces manifestes de la compression qui a, dans les derniers jours de la vie, donné lieu aux phénomènes hémiplegiques observés. Mais au niveau

(1) La relation de l'autopsie a été faite par M. Exchaquet, alors interne du service.

de la plaie, il n'existe pas de pus. Sur certains points, on trouve des traces manifestes d'encéphalite; la surface des circonvolutions est rouge, adhérente à la pie-mère, et présente des exulcérations assez étendues. En enlevant la pie-mère, on voit que sur ces points la substance cérébrale ramollie; mais cette altération ne dépasse pas la substance grise.

Les coupes pratiquées sur le reste du cerveau ne montrent aucune altération, ni de la substance cérébrale, ni des ventricules, ni des méninges du côté droit.

Obs. CCXXII. — *Exostose ostéo-cartilagineuse du musculaire supérieur.*
Ablation. Guérison. — Tavant (Morie), trente-huit ans, entrée le 2 octobre 1874, pour une tumeur de la mâchoire supérieure.

Il y a environ 10 mois, elle a vu apparaître une tumeur sur le bord inférieur du maxillaire inférieure et du côté gauche. Depuis trois mois surtout, elle a augmenté sensiblement de volume, mais n'est pas devenue douloureuse. Au moment de son entrée, on peut constater la présence d'une tumeur manifestement adhérente au maxillaire. Les parties molles environnantes ne sont ni adhérentes, ni enflammées. La tumeur a le volume d'une grosse noisette, elle n'est ni fluctuante, ni soulevée par des battements. Toutes les dents placées au-dessus de la tumeur sont saines. La malade n'a jamais eu de manifestations syphilitiques. Les ganglions sont absolument sains.

17 octobre. On incise la peau, et avec le doigt on reconnaît que la tumeur à une consistance inégale, qu'elle est bosselée à sa surface, qu'elle adhère à l'os par un pédicule assez large. On fait la section du pédicule avec la pince de Liston. Après l'ablation, on voit que la partie superficielle de la tumeur est formée de cartilage, et qu'elle offre des bosselures trop peu saillantes pour qu'elles pussent être senties lorsque la tumeur était en place.

18. N'a pu dormir à cause des douleurs dans la moitié gauche de la tête. P = 90. Langue blanchâtre. Peau sèche.

19. Pas d'appétit. Fièvre dans la journée. La douleur continue. P = 96.

21. Amélioration. A pris avec plaisir un peu de bouillon. Céphalalgie moins intense, a pu dormir deux heures environs pendant la nuit. P = 88. La cicatrisation commence.

24. L'appétit revient. Plus de fièvre. Pas de maux de tête. La plaie se comble.

26. La cicatrisation est presque complète et la malade quitte le service sur sa demande.

Obs. CCXXIII. — *Exostose ostéo-cartilagineuse de l'extrémité inférieure du fémur droit. Faiblesses et douleurs intenses dans la jambe*

du même côté. Ablation de la tumeur. Guérison. — Féron (Henry), seize ans, entré le 16 octobre 1874.

Il y a un an, ce jeune homme vit apparaître à la partie inférieure et interne du fémur droit une petite tumeur. Peu à peu elle augmenta de volume, et amena un cortège de symptômes qui décidèrent le malade à entrer à l'hôpital Lariboisière, d'où il sortait quelques semaines plus tard dans le même état. Il se plaignait d'une faiblesse de toute la jambe, accompagnée d'engourdissements, de fourmillements et d'une douleur parfois très-vive pendant le jour, comme pendant la nuit. Ces douleurs devinrent tellement vives pendant ces derniers temps qu'il se décida à entrer de nouveau à l'hôpital.

A la partie inférieure et interne du fémur droit, immédiatement au-dessus du condyle interne, se trouve une tumeur du volume d'un petit œuf, dure, adhérente à l'os, soulevant les parties molles qui semblent libres au-dessus d'elle. La peau a conservé sa couleur et sa température normales. Au toucher, on circonscrit assez facilement la tumeur; elle présente une extrémité libre renflée en massue, supportée par un pédicule plus mince qui vient s'implanter sur le corps du fémur, tout près de son extrémité articulaire. Rien sur aucun autre os. Les douleurs étant intolérables, on se décide à faire l'ablation (voy. pour plus de détails, sur la conduite suivie en pareils cas par M. Péan, la 9^e leçon, 1^{re} partie de cet ouvrage).

24 octobre. Le malade est endormi par le chloroforme, puis on fait la compression suivant la méthode d'Esmarch.

Incision mettant à découvert une coque fibroïde vasculaire, mais très-dure, qui enveloppe la tête de la tumeur; puis, au-dessous, une synoviale de nouvelle formation correspondant à toute la surface de la tumeur.

Celle-ci est implantée sur l'os par un long pédicule, et se dirige de haut en bas et d'avant en arrière. Elle est facilement énucléée avec le doigt; on reconnaît qu'elle est cartilagineuse jusque dans une partie de sa base. On profite de sa mollesse pour la détacher complètement du fémur, tout en pénétrant peu profondément du côté de l'os vers la partie inférieure, de crainte d'intéresser l'articulation.

La masse de la tumeur est formée en partie de tissu cartilagineux et en partie de tissu osseux raréfié; elle est lobulée à sa surface, et rappelle l'aspect d'un chou-fleur.

On met une mèche dans la plaie, et on applique un appareil ouaté. Le malade ne ressent aucune suite fâcheuse de cette opération. Sa santé générale reste excellente; il ne perd ni l'appétit, ni le sommeil. Pas le moindre accident du côté de l'articulation.

Au bout de cinq jours, le premier appareil ouaté s'étant relâché, on en applique un second qui est laissé en place pendant quinze jours. Au bout

de ce temps, on trouve la plaie rosée, couverte de bourgeons, et notablement diminuée de grandeur; depuis lors, pansement à ciel ouvert.

23 novembre. — Il ne reste plus qu'un petit orifice donnant passage à quelques gouttelettes de pus, au centre de la plaie; on en cautérise le pourtour avec le crayon de nitrate d'argent. Le malade se lève, peut marcher depuis plusieurs jours.

28. La plaie étant complètement fermée, le malade est désigné pour Vincennes. Inutile d'ajouter que la douleur, l'engourdissement et la faiblesse du membre avaient disparu avec l'exostose.

Obs. CCXXIV. — *Exostose volumineuse du col du fémur gauche. Troubles graves dans la circulation et l'innervation de tout le membre inférieur correspondant. Ablation. Septicémie. Mort.* — Bescherel (Alexandrine), vingt-sept ans, entrée le 15 janvier 1874 pour une tumeur siégeant à la cuisse gauche.

Il y a sept ans, ulcération de la grande lèvre gauche traitée dans le service de M. Alphonse Guérin. La malade lui attribuait une origine traumatique, mais on porta le diagnostic de chancre infectant. Elle eut à la même époque, quinze jours après son entrée à l'hôpital, un bubon qui se ramollit et suppura.

Elle n'aurait eu ni roséole, ni plaques muqueuses, ni laryngites; elle n'a pas perdu ses cheveux.

Il y a deux ans, la malade remarqua, sur la face interne de la cuisse gauche, au niveau du bord externe du triangle de Scarpa, une plaque ecchymatique très-foncée, ayant une longueur de 4 centimètres environ.

En même temps survint une augmentation de tout le membre au même niveau. Il n'y avait aucune douleur, mais la jambe gauche se fatiguait plus vite que la droite. Il y a un mois environ, la malade ressentit dans le genou et dans l'aîne, des picotements d'abord, puis des douleurs s'irradiant dans toute la cuisse et dans l'abdomen. Elles amenèrent bientôt de la claudication, puis la marche devint complètement impossible.

Au moment de l'entrée de la malade on trouve, à un travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale, à un centimètre en dedans du bord interne du couturier, une tumeur dure, bosselée, immobile sur les parties profondes. Elle est nettement bilobée et présente le volume d'une tête de fœtus. Elle se prolonge sous le couturier et le soulève. Elle est immobile sur le fémur et ne paraît pas en communication avec le bassin. Lorsque l'on place les deux mains transversalement de chaque côté de cette tumeur, on sent une fluctuation évidente. On voit en même temps qu'elle est en partie solide et d'une dureté comparable à celle de l'os. Il est assez difficile de se rendre un compte exact de ses rapports avec les couches sous-jacentes. Les mouvements du membre sont restés libres et l'articulation coxo-fémorale est intacte.