

La tumeur a déformé la région et comblé en partie le creux inguino-crural.

Douleurs vives dans la cuisse et la jambe. La température du pied gauche est un peu moins élevée que celle du pied droit. Un peu d'œdème péri-malléolaire. Les battements de la pédiuse et de la tibiale postérieure ne peuvent être sentis. Iodure de potassium, 4 grammes par jour.

25 février. La tumeur n'a pas diminué. Les douleurs sont devenues de plus en plus vives. Une petite ulcération se montre à l'extrémité antérieure du gros orteil. On se décide à enlever la tumeur.

On fait une incision parallèle au bord interne du muscle couturier, puis on prend les plus grandes précautions pour éviter le paquet vasculo-nerveux du voisinage. (Voir pour la description de l'opération, première partie, neuvième leçon.)

On se trouve en présence d'une exostose implantée sur le fémur par un pédicule assez étroit, et recouverte à sa surface d'une bourse séreuse. Avec la scie à chaîne on fait la section du pédicule. La tumeur enlevée a le volume d'une mandarine, elle est complètement osseuse.

17. P = 108. Sulf. quinine, 1 gramme. La malade est dans un état satisfaisant. Suppuration normale.

18. Même état. Soif très-vive. Pas de frisson.

19. Badigeonnage de la plaie avec le nitrate acide de mercure. La malade ne peut plus supporter le sulfate de quinine. Lavements avec de l'extrait de quinquina.

20. Même état. Langue sèche. P = 144. La plaie est touchée avec l'acide nutrique pur. Sulf. quinine, 2 grammes. Rhum, 200 grammes. La malade a un premier frisson le soir.

21. La malade se tourmente. Face anxieuse. A eu ce matin un frisson qui a duré cinq minutes. P = 148. Sulf. quinine, 2 grammes. Rhum, 300.

22. P = 148. Même état. Mort dans la nuit.

A l'autopsie, on n'a trouvé d'abcès métastatique dans aucun organe. L'implantation de la tumeur se trouvait sur la limite du col, eu dedans du grand trochanter.

Obs. CCXXV. — *Tumeur de la tête du péroné, probablement ostéo-cartilagineuse. Douleur, trouble de sensibilité et de nutrition. Ignipuncture, disparition de la douleur.* — Morer (Joseph), vingt ans, entré le 9 janvier 1874. Depuis l'âge de sept ans, il a remarqué, près de la tête du péroné gauche, une tumeur de la grosseur d'une noisette qui l'a toujours fait beaucoup souffrir.

Jusqu'à dix-huit ans, la tumeur resta dans le même état, mais elle devenait très-douloureuse à des intervalles irréguliers. A cette époque, les douleurs cessèrent complètement pendant un an, et il put servir comme garçon marchand de vin; depuis lors les douleurs sont revenues tellement fortes,

que la marche a été impossible sans l'aide d'une béquille ou d'un bâton. Il se décide alors à entrer à l'hôpital.

La tumeur est située juste au niveau de la tête du péroné et y adhère; elle offre le volume d'une petite châtaigne. Lisse à la surface, elle est uniformément dure comme osseuse, n'est pas pédiculée, mais paraît intéresser le péroné dans sa totalité, et s'enfoncer jusqu'au-dessous du jambier antérieur. Une pression, même légère, paraît occasionner de vives douleurs, et arrache des cris au malade, qui est, à vrai dire, très-pusillanime. Ces douleurs s'irradient sur toute la face externe de la jambe jusqu'au-dessus de la malléole. La peau qui la recouvre a gardé sa couleur et sa température normales; elle glisse dessus, et ne présente aucune vascularité. Les mouvements ne sont pas douloureux, mais la station verticale est très-pénible, surtout quand le malade s'appuie de ce côté. La sensibilité est notablement diminuée, surtout sur la face antéro-externe de la jambe. Celle-ci est diminuée de volume; mesurée au milieu de la partie moyenne du mollet, sa circonférence présente 0^m,02 de moins que celle de l'autre côté. Les muscles du pied sont grêles, peu développés; la première phalange des orteils fléchie sur la seconde; cependant on ne trouve nulle part d'ulcérations ni de taches ecchymotiques. Rien sur aucun autre point du squelette; rien dans les poumons, ni dans le système lymphatique.

Traitement général reconstituant; badigeonnage avec la teinture d'iode. Pendant deux mois, la tumeur garde le même volume; et les douleurs restent les mêmes. Iodure de potassium sans plus de changement.

Au mois de juillet, ignipuncture, et compression avec de la ouate. La tumeur a gardé le volume qu'elle avait lors de l'entrée du malade. Les douleurs ont cependant disparu. Ce malade quitte le service le 17 octobre.

Obs. CCXXV. — *Hydropisie enkystée du sinus maxillaire gauche. Ponction, drainage, lavages iodés. Guérison complète au bout de quatre mois.* — Dalphine (François), trente ans, garçon marchand de vin, entré le 27 novembre 1874. Ce malade s'est aperçu, il y a quatre ans, d'un gonflement de la joue gauche resté stationnaire depuis lors. Il y a trois mois, ce gonflement a pris une marche très-rapide. Sa santé générale est assez bonne. Le malade se plaint pourtant d'un eczéma de la main droite et d'une spermatorrhée remontant à deux ans.

Aujourd'hui on trouve une tumeur du maxillaire supérieur gauche, avec déformation peu apparente à l'extérieur. Le sillon palpébral est conservé; la saillie existe plutôt du côté du nez et de la voûte palatine. La paroi interne du sinus offre une saillie, à travers laquelle on peut percevoir difficilement, il est vrai, de la fluctuation. Le bord alvéolaire correspondant présente des dents en très-mauvais état. La petite molaire est cariée; les grosses ont été arrachées. La cloison du nez est rejetée un peu du côté opposé à la tumeur. Pas de ganglions engorgés dans le voisinage.

28 novembre. On pratique une incision transversale au niveau du vestibule de la bouche, et allant directement dans le sinus maxillaire; il en sort un liquide très-chargé de cholestérine. Le doigt, introduit par l'incision, permet de reconnaître une hydropisie simple, sans parois kystiques, contrairement à l'opinion émise par Giraldès. (Voy. Nélaton, *Path. chirurg.*, t. III, fasc. I.)

Par l'incision fut introduit un tube double qui traversa la cavité du sinus, et sortit par le nez et la bouche juste au-dessous de la lèvre supérieure. Ce tube servit à faire des lavages iodés. Pendant huit jours, le malade ne put prendre que des bouillons et potages; dès cette époque, on voyait la tumeur sensiblement diminuer. Le drain et les lavages iodés furent maintenus pendant deux mois. Au mois de mars, le malade ne présentait plus aucune déformation appréciable. Il ne restait qu'une suppuration insignifiante, et, le 27 mars, le malade reprenait ses habitudes ordinaires. A la fin d'avril, nous avons eu occasion de le revoir; il n'existait plus aucune trace de tumeur, ni de suppuration. L'incision première seule était incomplètement fermée.

Obs. CCXXVI. — *Hydropisie enkystée du sinus maxillaire droit. Ponction. Drainage, lavages à l'eau phéniquée. Guérison au bout d'un mois.* — Rigollot (Isidore), cinquante et un ans, entré le 3 juillet 1874, a depuis cinq semaines une tumeur du maxillaire supérieur droit. Il a eu de nombreuses fluxions dentaires de ce côté. Le sillon naso-jugal est déformé. Toute la région de l'os malaire est le siège d'un gonflement appréciable à la vue. La voûte palatine présente aussi à l'intérieur une saillie très-sensible. La paroi supérieure paraît saine. Pas d'exophtalmie. La tumeur est donc limitée à la paroi inférieure, interne et externe du sinus. De ce côté, le malade ne présente qu'une racine de dent qui semble sans importance. La tumeur est fluctuante; ni la peau, ni la muqueuse ne présentent de coloration bien marquée. La tumeur est incisée transversalement par le vestibule de la bouche au-dessus de la canine; il s'écoule immédiatement un liquide citrin foncé, contenant une certaine quantité de cholestérine; on peut même recueillir sur la palette quelques cristaux assez volumineux. Le petit doigt introduit par la plaie permet d'explorer le sinus et sa muqueuse. On ne découvre aucune trace de petits kystes; c'est bien à une hydropisie du sinus que l'on a affaire.

Un drain introduit par la plaie d'ouverture permet de faire des lavages à l'eau phéniquée dans le sinus. Le malade peut quitter le service dans les premiers jours d'août.

Le 17, il revient à la consultation. La tumeur a disparu. Les lavages avaient même été abandonnés avant l'époque jusqu'à laquelle on lui avait conseillé de les faire.

Obs. CCXXVII. — *Sarcome myéloïde et ossifiant érectile (tumeur à myéloplaxes) du maxillaire inférieur. Résection de l'os. Affection organique du cœur ancienne. Embolie. Apoplexie pulmonaire. Mort.* — Lambert (Georges), seize ans, sans profession, entre le 27 mars 1874. Porte sur la mâchoire supérieure une tumeur, qui a débuté il y a six à huit mois et l'empêche aujourd'hui de se nourrir. Saillante au dehors, elle est limitée en arrière à l'angle gauche de la mâchoire, au voisinage des grosses molaires, arrive vers la ligne médiane, qu'elle déborde un peu jusque vers la canine du côté droit; occupe plutôt l'os que la gencive, circonstance ordinaire des tumeurs dites à myéloplaxes. Le bruit de parchemin fait défaut. Du côté de la muqueuse, le tissu est rougeâtre, violacé. La tumeur n'adhère pas au périoste; elle est interstitielle, a envahi la totalité de la mâchoire et passe de l'autre côté, de telle sorte que, si l'on se contentait de l'énucléer, on conserverait toutes les chances d'une récurrence. L'ablation est donc une nécessité.

10 avril. On place des éponges dans l'arrière-bouche, afin d'éviter que le sang ne tombe dans le larynx, et comme c'est toujours une difficulté d'enlever les parties osseuses qui donnent attache aux muscles génio-hyoïdiens, parce que la langue privée de son point d'appui antérieur tend à s'échapper en arrière et que le malade a de la tendance à l'avalier, si l'on peut s'exprimer de la sorte; nous nous proposons de finir l'opération par cette ablation. L'incision faite au niveau du bord supérieur de la mâchoire, pour dissimuler le plus possible la cicatrice, la tumeur est mise à nu. Les vaisseaux qui donnent le plus de sang ayant été obturés par des pinces hémostatiques, nous sectionnons le corps du maxillaire à l'union avec les branches montantes des deux côtés, au moyen d'une très-grande pince de Liston, construite pour la circonstance. Comme la branche montante n'est pas intéressée, on la ménage. Les vaisseaux sont un peu hypertrophiés; la tumeur est elle-même très-vasculaire (c'est ce qui avait fait donner à ces sortes de tumeurs le nom d'*anévrismes des os*). L'os est altéré dans sa texture; il a cette porosité extraordinaire qui est de règle dans les tumeurs à myéloplaxes.

Examen de la tumeur. — Elle a le volume d'un œuf de dinde. La portion la plus superficielle est recouverte d'une lame osseuse, mince, se coupant avec le scalpel. Sa coloration est rouge franche, avec des zones irrégulières grises.

Le diagnostic histologique porté fut le suivant :

Sarcome myéloïde et ossifiant érectile (M. Ranvier) (tumeur à myéloplaxes de Robin et Nélaton).

12 avril. A peu reposé cette nuit; a eu de la fièvre; la peau est chaude. P = 410.

13. Quelques frissons dans l'après-midi et pendant la nuit. L'appé-

tit est nul; la langue est blanche; la peau chaude; le pouls dur et fréquent. P = 120. Ne souffre pas de la plaie.

15. A bien dormi cette nuit; ne paraît pas trop fatigué de l'opération; a pris de bon appétit quelques bouillons, potages, des boissons stimulantes. P = 110. Peau modérément chaude; n'a eu ni fièvre ni frisson; se plaint de céphalalgie.

17. Délire cette nuit. P = 120. Avale maintenant avec plus de facilité; même alimentation. La céphalalgie n'a pas diminué; il est survenu un peu de gonflement siégeant à la partie supérieure de la plaie.

19. Peau chaude. P = 120. A déliré cette nuit. Le gonflement a gagné la paupière inférieure; l'œil paraît enfoncé au milieu des tissus tuméfiés. Mange de bon appétit.

22. L'œdème a gagné la paupière supérieure qui recouvre complètement l'œil. La réunion de la plaie est à peu près complète; il ne reste plus que deux petites ouvertures qui ne peuvent tarder à se fermer. Délire encore cette nuit. P = 115. Le malade est transporté au chalet.

23. Même état. P = 135. Mort à cinq heures du soir.

L'autopsie a été faite vingt-huit heures après la mort par M. Bourceret, interne de service, qui a fourni les renseignements suivants :

Le cœur est le siège d'une affection ancienne : rétrécissement et insuffisance aortiques; on trouve dans le tissu même du cœur de nombreux tractus fibreux, ainsi que les signes d'une myocardite assez prononcée. Adhérences pleurales nombreuses. Trois gros noyaux apoplectiques dans les lobes inférieur et moyen du poumon droit, paraissant récents, et sans traces de pneumonie tout autour. En suivant l'artère pulmonaire, on trouve un caillot fibrineux obturant complètement une subdivision volumineuse de la branche de bifurcation droite. Ce caillot est ancien, mais n'adhère que faiblement aux parois de l'artère : c'est un embolus. Rien dans le poumon gauche. Pas d'abcès métastatiques dans aucun organe.

Obs. CCXXVIII. — *Épithélioma tubulé (cylindroma de Billroth) développé dans l'épaisseur d'un des os propres du nez. Extirpation. Guérison.* — Leleux (Jean-Baptiste), vingt-cinq ans, entré le 22 août 1875 pour une déformation très-choquante de la face.

Il y a six mois survint, sans cause apparente, un larmolement continu de l'œil droit. Un mois plus tard, il remarqua une petite tumeur qui paraissait développée dans l'épaisseur de la paupière inférieure, au voisinage de l'angle interne de l'œil. Le volume de cette tumeur augmenta peu à peu et atteignit bientôt celui d'un œuf de pigeon. A partir de ce moment, le malade éprouva quelque difficulté pour respirer par les narines; il n'a jamais remarqué de bruit particulier pendant le passage de l'air. A son entrée dans le service, la tumeur est molle et fluctuante; elle soulève les deux paupières jusque dans leur milieu, ainsi que le tendon du muscle

orbiculaire. La peau est rouge, luisante et amincie. La conjonctive et le globe oculaire ne présentent rien de particulier.

Le malade dit qu'il apparaît quelquefois, sur le bord libre de la cloison du nez, une petite tumeur lisse et peu colorée; mais cette cloison est elle-même déformée, et l'on ne peut rien distinguer dans l'intérieur de la narine. La voûte palatine ne présente aucune dépression, pas plus que la cavité orbitaire. Le doigt ne peut explorer les fosses nasales, à cause de la déviation de la cloison.

22 août. On incise la tumeur, qui laisse sortir un liquide verdâtre, purulent, épais et gélatineux. Après l'évacuation de cette collection semi-solide, on s'aperçoit que l'un des os propres du nez (le droit) est recouvert en partie de fongosités abondantes, semblables à celles que l'on rencontre autour des trajets fistuleux. Cet os est perforé : il livre passage à une tumeur de forme et de consistance glandulaires. Rien du côté du front et de l'orbite. Par l'ouverture déjà pratiquée, nous énucléons sans peine avec les doigts la plus grande partie de la tumeur et nous réséquons les parties saines qui l'entourent.

Examen. — La partie enlevée a une forme granuleuse; sa coloration varie, par places, du violet au rouge pâle. Elle est friable, extrêmement vasculaire. Dans son ensemble, elle paraît plutôt former un amas de granulations soudées les unes aux autres qu'une tumeur homogène. Par l'examen microscopique, on a reconnu que c'était un épithélioma tubulé (M. Malassez).

Il s'écoule beaucoup de sang. Une éponge est laissée à demeure dans le but d'exercer une compression efficace en prévision d'une hémorrhagie secondaire. Les choses restent dans le même état pendant quarante-huit heures; il s'échappe continuellement du sang en petite quantité; mais le malade ne subit aucune influence fâcheuse de l'opération. On fait des injections antiseptiques.

24 août. On ôte l'éponge, et comme il s'écoule encore un peu de sang, on fait des lavages prolongés avec une solution très-étendue de perchlorure de fer. Une nouvelle éponge est remise en place, et, à partir de ce moment, on ne voit plus de sang s'écouler par les narines.

26. Une suppuration de bonne nature s'établit; depuis lors, les lèvres de la plaie se réunissent régulièrement, et le malade sort guéri le 4 septembre.

Obs. CCXXIX. — *Cancer du maxillaire supérieur droit. Ablation. Récidive au bout de deux mois. Invasion des ganglions sous-maxillaires.* — Kramp (Madeleine), cinquante-cinq ans, lingère, entre le 25 janvier 1875. Pas d'antécédents héréditaires de cancer, femme robuste et bien portante. Régliée à dix-neuf ans, a eu trois accouchements normaux; ménopause à cinquante ans.

La maladie actuelle a débuté il y a neuf mois par une petite tumeur très-

dure située sur l'apophyse montante du maxillaire supérieur, tout près de l'angle interne de l'orbite. On a enlevé en ville cette tumeur au bout de six mois, mais elle a récidivé dans la cicatrice deux mois plus tard, par un petit bourgeon dur et limité. Au moment de son entrée, on constate : Asymétrie des deux moitiés de la face. Aplatissement et déviation du nez à gauche. Sillon naso-jugal comblé par la tumeur. Peau fine, violacée, très-adhérente à la tumeur. Celle-ci est bosselée, de consistance inégale, comme fluctuante en différents points, elle remonte en arrière jusqu'au tubercule zygomatique, descend jusqu'à la deuxième molaire. Paupière tuméfiée et présentant une teinte violacée ecchymotique. Du côté du nez la tumeur offre un aspect lardacé. Bourgeons épithéliaux, fongueux, s'étendant jusqu'au collet de la seconde incisive. Épistaxis et hémorrhagies buccales fréquentes. État général assez bon, malgré une teinte cachectique très-prononcée des téguments. Ganglions sous-maxillaires et parotidiens envahis. La malade est restée quinze jours seulement dans le service, aucune opération n'a été faite et elle est sortie sensiblement dans le même état.

Obs. CCXXX. — *Cancer du maxillaire inférieur développé en cinq mois. Rien dans les ganglions. Cachexie cancéreuse avancée.* — Gostiaux (Philippe), soixante-dix-huit ans, corroyeur, entre le 30 juillet 1874. Pas d'antécédents héréditaires de cancer. Renseignement d'une valeur relative, car il ne se rappelle que vaguement la manière dont sont morts son père et sa mère. Il a eu plusieurs enfants (1 garçon et 3 filles), aucun d'eux n'a été cancéreux; il n'a jamais été lui-même sérieusement malade, mais depuis quelque temps il a maigri, a perdu les forces et l'appétit, et pris une teinte jaune-paille caractéristique. En même temps, il y a cinq mois environ, ce malade sentit dans la mâchoire inférieure des douleurs très-vives qu'il prit pour de l'odontalgie. Elles sont en très-peu de temps devenues lancinantes et très-violentes. La gencive s'est tuméfiée, quelques petits bourgeons saillants se sont ulcérés à leur sommet.

Il entra alors à la Pitié, où on lui prescrivit un collutoire avec : décoction de racine de guimauve, infusion de tête de pavot et miel rosat. Les douleurs devinrent un peu moins vives et le malade quitta l'hôpital. Il y a deux mois, il a vu paraître sur la gencive inférieure, à droite, une nouvelle tumeur de la grosseur d'une noisette, qui ne lui a causé tout d'abord aucune souffrance. Elle a grossi rapidement; au bout de quinze jours sont survenues des douleurs contusives et sourdes d'abord, puis bientôt lancinantes et atroces : on eût dit qu'on lui tordait la mâchoire.

Depuis quatre mois, la mastication est très-difficile. Le malade ne peut prendre que des potages. L'appétit est perdu. Les forces diminuent de plus en plus.

Au moment de son entrée, on trouve sur la partie médiane de la mâchoire droite une large tumeur épithéliale qui déborde le maxillaire inférieur et fait saillie sous la peau. Elle est indépendante de la tumeur faciale. Elle est dure et inégale, assez douloureuse à la pression pour lui arracher des cris. La muqueuse gingivale a été inégalement soulevée dans la plus grande partie de son étendue. La tumeur surmonte le bord alvéolaire du maxillaire inférieur d'un centimètre et demi environ. Elle est complètement immobile, fait corps avec l'os et s'étend jusqu'à l'origine de la branche montante en dehors, jusqu'au menton en avant.

Joue soulevée et œdématiée. Rien dans les ganglions. L'état général du malade, son âge et le volume de la tumeur interdisent toute opération. Collutoire au chlorate de potasse. Toniques à l'intérieur.

5 août. Le malade se plaint de douleurs d'oreilles très-aiguës et qui s'étendent à toute la région mastoïdienne. Injections sous-cutanées d'une solution de chlorhydrate de morphine.

11. Le gonflement de la joue a diminué; les souffrances sont un peu moins vives.

25. Le malade demande à rentrer chez lui, puisqu'il ne peut être opéré. Il dort depuis plusieurs jours; les douleurs d'oreilles sont plus rares et moins aiguës. Les injections calmantes seront continuées.

La tumeur n'a pas augmenté de volume depuis son entrée à l'hôpital. Les ganglions sont toujours indemnes, mais l'état général est devenu très-mauvais.