

OBS. CDLXXXVII.—*Fistule de la région maxillaire inférieure consécutive à une carie dentaire. Avulsion des dents cariées. Cautérisation au nitrate d'argent. Guérison.* — Rimbault (Émile), vingt-un ans, tourneur en cuivre, entre le 19 mars 1875. A eu, il y a deux ans, au niveau de la première molaire inférieure du côté droit, un abcès dentaire qui s'est ouvert au dehors, et dont le trajet est resté fistuleux.

Au niveau de la partie moyenne de la branche horizontale du maxillaire inférieur du côté droit on voit aujourd'hui un petit trajet fistuleux. La peau du voisinage est amincie, adhérente à l'os, et le stylet introduit par cette ouverture arrive directement sur le bord alvéolaire dénudé. Les dents qui restent de ce côté sont toutes cariées. Avulsion des dents cariées et cautérisation de la fistule avec le crayon de nitrate d'argent. Guérison au bout d'un mois.

OBS. CDLXXXVIII. — *Angiome caverneux, circonscrit, développé dans un fibrolipome, occupant l'épaisseur du masséter. Ablation. Guérison.* — Vedmann (Anna), vingt-un ans, domestique, entre le 1<sup>er</sup> juillet 1874. Elle vit apparaître il y a deux ans, dans la région massétéline, une tumeur grosse comme la pulpe du petit doigt. Ce noyau augmenta peu à peu, mais n'amena aucune douleur.

Actuellement cette tumeur, qui ne paraît pas s'être arrêtée dans son accroissement, n'empêche pas de fermer ni d'ouvrir la bouche. Elle est sous-cutanée, indolente, complètement indépendante de la peau, lobulée, franchement fluctuante, et limitée en bas par le bord de la mâchoire, en avant par l'insertion antérieure du masséter, en haut par l'arcade dentaire.

4 juillet. Avec le bistouri, on fait une incision verticale en arrière intéressant le derme et les fibres du peucier. Elle met à nu un kyste traversé par de petits filets nerveux et très-adhérent aux parties profondes. A côté se trouve un ganglion hypertrophié et induré. La tumeur se prolonge dans le corps charnu du muscle masséter, et arrive jusque sur le périoste du maxillaire inférieur lui-même. Elle paraît en connexion avec le canal de Sténon qui est dilaté au-dessus d'elle. La partie supérieure de l'incision est réunie par des points de suture. Dans la partie déclive, on place une mèche pour favoriser la suppuration.

Après l'énucléation, on constate que la tumeur offre le volume d'une orange. Les lobules de la portion solide laissent sortir par la pression une matière semi-liquide qui ressemble à de petits caillots ramollis. A la coupe, le reste de la surface offre l'aspect d'un réticulum blanchâtre semblable à du tissu caverneux. L'examen microscopique démontre que c'est un angiome caverneux, développé dans un fibro-lipome du masséter (M. Malassez).

6 juillet. A eu beaucoup de fièvre hier, et cette nuit il lui est impossible de remuer la mâchoire sans déterminer aussitôt de très-vives douleurs. Peau chaude. P = 116.

7. La fièvre diminue; a pris hier quelques bouillons. A reposé un peu cette nuit. La suppuration se fait bien. On a enlevé hier les aiguilles, la réunion par première intention étant obtenue. La peau est moins sèche. P = 104.

7. Plus de fièvre. Peau fraîche. Sommeil très-agréable. L'appétit revient. L'état général est excellent. Depuis hier, souffre bien moins de sa plaie.

8. La cicatrisation de la partie déclive est presque terminée; la malade remue facilement la mâchoire. Elle part pour le Vésinet.

## § II

COU.

24 observations qui se répartissent ainsi suivant les régions :

Région parotidienne.....	6
— sterno-mastoidienne.....	7
— sus-hyoïdienne.....	4
— sous-hyoïdienne.....	5
— sus-claviculaire.....	2

Parmi celles de la région parotidienne nous en trouvons cinq relatives aux ganglions et une à la glande elle-même.

Les maladies des ganglions parotidiens mentionnées sont :

Une adénite aiguë à *frigore* sans suppuration (voy. observation CDLXXXIX). La tumeur diminua rapidement sous l'influence d'applications répétées de cataplasmes et du traitement par l'iodure de potassium à l'intérieur.

Les trois tumeurs ganglionnaires furent enlevées et les malades guérirent. Dans un cas seulement la guérison fut un peu retardée par l'arrivée d'un érysipèle (voy. obs. CDXCII).

L'examen de ces tumeurs montra que dans ces trois cas on avait eu affaire à des hypertrophies ganglionnaires. Dans l'une d'elles les ganglions étaient durs, sans traces de ramollissement; dans les deux autres, ils avaient éprouvé en partie la transformation caséuse. Un kyste séreux développé aux dépens d'un ganglion fut guéri par la ponction et le drainage.

PÉAN.

La tumeur de la parotide appartenait à ces productions que l'on décrit quelquefois sous le nom d'enchondromes. Elle contenait en effet un certain nombre de cellules de cartilage. Celles-ci renfermaient de la matière glycogène (voy. obs. CDXCIV).

Sur les sept observations de la région sterno-mastoïdienne, nous trouvons :

1° Un abcès froid développé probablement en dehors des ganglions lymphatiques chez un jeune homme cachectique au dernier point et qui en portait un second dans la région dorsale (voy. obs. CDXCV);

2° Une adénite aiguë survenue sans cause connue;

3° Des adénites multiples suppurées intéressant presque tous les ganglions du cou et apparues un an après l'ablation d'un cancroïde de la lèvre inférieure (voy. obs. CDXCVII);

4° Des fistules nombreuses consécutives à des abcès ganglionnaires chez un scrofuleux;

5° Hypertrophie avec transformation caséuse de plusieurs ganglions de la région;

6° Un lymphosarcome;

7° Un lipome pesant 5<sup>kil</sup>,450 (voy. obs. DI).

Ces dernières tumeurs furent enlevées et le malade guérit sans accident.

Dans la région sus-hyoïdienne nous avons deux observations d'adénites aiguës à la suite d'angine catarrhale et une sans cause connue. Enfin, une tumeur ganglionnaire de nature particulière, que l'on ne peut rattacher ni à l'hypertrophie simple ni à la caséification franche; il s'agissait probablement d'une tuberculose chronique d'un ganglion (Malassez) (voy. obs. DV).

Nous trouvons dans la région sous-hyoïdienne un phlegmon étendu ayant amené des troubles graves et une menace d'asphyxie (voy. obs. DVI), un phlegmon circonscrit sans gravité, une adénite suppurée primitive et deux tumeurs du corps thyroïde (voy. obs. DIX et DX).

Enfin la région sus-claviculaire a été le siège d'un abcès ganglionnaire guéri par le drainage, et d'une tumeur graisseuse enlevée sans accident (voy. obs. DXI et DXII):

Comme on le voit, les tumeurs ganglionnaires occupent une large place dans ces observations. Nous les avons hardiment opérées dans toutes les régions et nous n'avons pas eu à nous en repentir. Du reste, nous ne pouvons mieux faire que de les réunir dans un même tableau afin de bien montrer les résultats obtenus.

Tableau résumant les tumeurs ganglionnaires du cou dont les observations sont rapportées ci-dessous :

Région parotidienne.....	{	Hypertrophie simple....	} Extirpation. Guérison sans accidents.
		Hypertrophie avec transformation caséuse....	
		Hypertrophie avec transformation caséuse....	
	{	Kyste ganglionnaire....	} Ponction. Énucléation. Guérison.
Région sterno-mastoïdienne.....	{	Hypertrophie sans caséification.....	} Extirpation. Guérison sans accidents.
	{	Lymphosarcome.....	
Région sus-hyoïdienne...	{	Ganglion atteint de tuberculose chronique.....	} Extirpation. Guérison sans accidents.

A. — RÉGION PAROTIDIENNE.

Obs. CDLXXXIX. — Adénite aiguë des ganglions parotidiens. Cataplasmes. Bains. Iodure de potassium à l'intérieur. — Thierry (Hubert), trente-deux ans, homme de peine, entré le 15 mai 1874. N'a jamais eu de maux d'yeux ou d'oreilles; n'a jamais contracté de blennorrhagie, ni de chancre.

Il y a quinze jours, il s'est trouvé placé dans un courant d'air, s'est refroidi et a eu en deux jours plusieurs frissons. Bientôt il a vu survenir une tuméfaction de la région parotidienne du côté gauche. Il éprouvait au même endroit des douleurs aiguës, sans élancements. Le cou était roide, et le malade tournait la tête avec peine. Après huit jours, la tuméfaction avait atteint le volume qu'elle présente actuellement, c'est-à-dire qu'elle occupait le côté gauche du cou, s'étendait en avant vers le bord antérieur du maxillaire inférieur, et remontait en arrière vers le sommet de l'apophyse mastoïde. Il n'y avait d'ailleurs ni rougeur, ni chaleur de la peau. Au milieu de cette tuméfaction, il est facile de reconnaître la présence d'un ganglion hypertrophié qui a le volume d'une mandarine. Il est dur, sans adhérences avec la peau, mais immobile sur les parties profondes. Il est situé un peu en avant du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien. La tumeur est légèrement douloureuse vers sa partie inférieure. Aucune plaie sur les téguments du voisinage. Cataplasmes. Bains. Iodure de potassium.

23 mai. La tumeur a diminué sous l'influence du traitement général. Le malade quitte le service sur sa demande.

OBS. CDXC. — *Hypertrophie des ganglions de la région parotidienne droite. Extirpation. Guérison.* — Hénault (Émile), quarante-sept ans, opticien, entré le 29 janvier 1875. La tumeur a débuté il y a quatre mois environ. A cette époque, elle avait le volume d'une noisette et roulait sous la peau; depuis cinq semaines, elle a notablement grossi.

Aujourd'hui, on remarque dans la région parotidienne droite, en avant du conduit auditif externe, plus près de celui-ci que de la glande, une tumeur du volume d'une noix, indolente, aplatie, mal limitée, diffuse. La peau qui la recouvre a gardé ses caractères normaux; la tumeur est libre sous la peau, mais elle semble adhérente par sa base. Ce malade présente en outre un eczéma du cuir chevelu.

6 février. Incision courbe partant du tragus et à concavité antérieure. Peau libre. On enlève la partie superficielle de la tumeur, puis on dissèque le reste avec soin afin de ménager le facial.

Les ganglions extirpés paraissent simplement hypertrophiés sans transformation caséuse. Pansement simple.

Le malade sort guéri le 15 février.

OBS. CDXCI. — *Tumeur ganglionnaire (ganglions caséux de la région parotidienne droite). Ablation. Guérison.* — Dupont (Anastasia), trente-sept ans, couturière, entre le 4 février 1875. Réglée à onze ans et demi, elle ne l'est plus depuis deux ans. Elle a contracté la syphilis à quinze ans et demi. Il y a dix ans, une tumeur semblable apparut du côté opposé et fut enlevée à Lourcine, ainsi qu'une autre située dans la région sus-hyoïdienne. La tumeur pour laquelle cette malade entre à l'hôpital existait dès cette époque, mais elle n'a grossi que depuis un mois et demi. Elle a maintenant le volume d'une noix. Elle est sous-parotidienne et envoie un prolongement dans l'épaisseur de la glande. Demi-fluctuante, elle est mobile sous la peau et sur les parties profondes. État général satisfaisant.

6 février. Incision parallèle au bord antérieur du sterno-mastoidien. Énucléation des ganglions hypertrophiés avec les doigts et la spatule. Iodure de potassium à l'intérieur.

Examen de la tumeur: Elle est formée de plusieurs ganglions. Les uns sont rosés et à peu près normaux à leur périphérie, caséux au centre; les autres sont complètement caséux. Au microscope, on voit qu'ils sont composés de *portions fibreuses et caséuses* (Malassez). La plaie se réunit par première intention, et la malade peut quitter l'hôpital le 15 février étant complètement guérie.

OBS. CDXCII. — *Tumeur ganglionnaire de la région parotidienne droite (ganglions caséux). Énucléation. Erysipèle. Guérison.* — Damery (Vic-

tor), seize ans, découpeur, entré le 14 avril pour une tumeur ganglionnaire du côté droit. Ce malade assez grand, mais très-lymphatique, a eu de la gourme et des maux d'yeux dans son enfance. Il n'a cependant jamais fait de maladie sérieuse. Il y a un an, il remarqua au-dessus de l'oreille droite un gonflement survenu sans occasionner ni douleurs, ni gêne. La tumeur grossit progressivement, et depuis un mois et demi il s'est produit un petit foyer d'inflammation à son centre.

A son entrée, on voit dans la région parotidienne droite une tumeur du volume d'une grosse orange, bosselée, dure, bien circonscrite. Vers le centre, on remarque un point où la peau est rouge, luisante, amincie, chaude et prête à s'ouvrir. Ce foyer très-petit, par rapport à la masse totale, est entouré d'une partie molle, fluctuante, enflammée, bien distincte du reste de la tumeur qui est dure.

17 avril. Le malade ayant été chloroformé, on fait l'énucléation de la tumeur en enlevant toute la partie de la peau qui menace de s'ulcérer. Réunion immédiate, sauf dans la partie déclive où l'on place une mèche, pour permettre l'écoulement facile des liquides. Quelques pinces hémostatiques ont suffi pour empêcher tout suintement de sang pendant l'opération. Par la coupe et l'examen microscopique de la tumeur, on reconnaît des ganglions caséux avec foyers purulents (M. Ranvier).

Le malade était dans les meilleures conditions lorsque, huit jours après l'opération, un érysipèle se déclare autour de la plaie. La température monte jusqu'à 39,50, et toute la face est envahie. Le malade est transporté dans une salle d'isolement. La desquamation commence à se faire le 2 mai, et le 10 le malade peut rentrer dans la salle commune. La plaie ne suppure que très-modérément; on laisse encore un drain pour faciliter l'écoulement du pus. Le 15 mai, il reste encore un tout petit pertuis à la partie déclive par lequel suintent quelques gouttes de sérosité. Le malade part pour Vincennes.

OBS. CDXCIII. — *Kyste développé aux dépens d'un ganglion parotidien. Ablation. Guérison.* — Fougour (Jeanne), soixante-dix ans, entre le 27 mai 1874 pour une tumeur située dans la région parotidienne droite. Cette malade, atteinte d'un tremblement sénile très-accentué, fait remonter le début de cette tumeur à trois mois. La tumeur, arrondie, globuleuse, du volume d'une petite orange, occupe la région parotidienne. Elle est superficielle, mobile sous la peau qui a conservé sa couleur normale, mais qui lui adhère au sommet; à la consistance de ganglions hypertrophiés et cause des douleurs très-vives dans toute la région. Il n'y a qu'une fausse fluctuation comparable à celle des lipomes.

20 mai. On pratique une incision médiane qui donne lieu immédiatement à l'écoulement d'une assez grande quantité de liquide kystique, et

on enlève le reste de la tumeur formée par une hypertrophie ganglionnaire, au milieu de laquelle s'était développé le kyste. Réunion immédiate.

La malade sort guérie le 8 juin.

Obs. CDXCIV. — *Tumeur fibro-cartilagineuse de la région parotidienne. Ablation. Deux érysipèles successifs. Guérison.* — Gueniffet (Nicolas), soixante-quatre ans, balayeur, entré le 18 avril 1874. Cet homme paraît d'une constitution robuste. En 1869, il a été opéré par M. Voillemier pour une petite tumeur qui siégeait à la commissure de la lèvre gauche; on s'était alors contenté d'une légère excision; mais la tumeur est revenue, et trois ans plus tard, le malade était opéré, dans le service de M. Péan, d'une tumeur située derrière la mâchoire inférieure gauche.

Au moment où il fut opéré pour la deuxième fois, cette tumeur avait le volume d'un pois. Elle ne causait alors aucune douleur; mais, dans ces derniers temps, elle s'est développée rapidement et est devenue douloureuse. Le soir surtout, il y a des élancements intenses, qui n'empêchent pourtant pas le malade de dormir.

La tumeur offre l'aspect suivant: elle est arrondie, et la peau est mobile autour de sa base; mais elle est déprimée, en quelque sorte cupuliforme. Vers le sommet, elle a contracté des adhérences avec la peau. Aucun travail inflammatoire n'existe au voisinage. La masse tout entière est peu mobile; il existe une sorte de soudure aux parties profondes qui se déplacent avec elle. Elle est indolente, moins dure qu'une tumeur fibreuse, et possède une sorte d'élasticité. La surface présente des lobules séparés par des cloisons.

17 avril. Incision en A pour rendre l'énucléation plus facile.

La tumeur est ovoïde. Son grand axe a une longueur de 4 centimètres; son petit axe, 2 centimètres. A la coupe, elle est formée par un fond jaunâtre transparent, présentant des tractus durs, opaques, partant du hile. Par le raclage, on détache de petites masses molles et grenues, des parties jaunes. Au microscope, on trouve un grand nombre de cellules de cartilage qui contiennent beaucoup de matière glycogène (M. Ranvier).

19. A passé une bonne nuit, a bien dormi. Peau fraîche. P = 85.

20. A passé une excellente journée hier; mais a beaucoup toussé la nuit et souffert un peu à la gorge. Appétit bon. P = 80.

27. Le mieux continue. Pas de fièvre. Quelques picotements au niveau de la plaie qui a d'ailleurs un très-bon aspect. P = 80.

24. A eu de la fièvre dans la journée d'hier et cette nuit. P = 100, large. Dort très-bien. Appétit excellent. La tuméfaction, qui avait été prévue, a gagné la partie supérieure de la joue et la paupière inférieure. Le nez est tuméfié et douloureux; la peau qui le recouvre est soulevée,

amincie, et présente une vésicule jaunâtre à la pointe. On transporte le malade au chalet.

25. Érysipèle de la face. Fièvre assez forte. État saburral peu intense. La suppuration a diminué. Les bords de la plaie sont secs.

27. La rougeur érysipélateuse a disparu presque complètement. Plus de fièvre. L'appétit commence à revenir. La suppuration se fait mieux.

30. Même état.

2 mai. Une nouvelle poussée érysipélateuse se fait à la face. Pas de fièvre.

4. L'érysipèle suit sa marche. L'appétit a de nouveau disparu. État saburral de la langue.

8. L'érysipèle entre dans la période de régression. La peau est moins chaude. Le malade se trouve mieux. La suppuration, qui avait diminué pendant cette nouvelle complication, est redevenue plus abondante.

9. État général bon. La cicatrisation de la plaie se fait peu à peu. L'écoulement purulent a notablement diminué.

15. Le mieux continue. La réunion de la plaie est presque complète.

18. Sur le côté droit de la joue, en arrière de la branche montante du maxillaire inférieur, un abcès est en voie de formation. La région est dure, rouge et douloureuse. Le malade ressent des élancements assez vifs.

20. L'abcès s'ouvre spontanément et donne issue à plusieurs cuillerées de pus.

22. L'abcès donne peu de pus. L'état général est bon.

25. Cicatrisation de l'abcès. Le malade se lève. Le sommeil est normal.

30. Le malade guéri quitte le service.

#### B. — RÉGION STERNO-MASTOÏDIENNE.

Obs. CDXCV. — *Abcès froids primitifs du cou et du dos.* — Charen (Louis), cinquante-quatre ans, passementier, entré le 7 mai 1875. Il y a six mois, a vu apparaître, après quelques élancements légers et fugaces, une tumeur dans la région dorsale. Depuis six semaines, une seconde tumeur de même nature s'est montrée à la partie supérieure du cou.

Elle siège du côté droit, au niveau du bord postérieur du sterno-mastoidien et soulève la peau qui présente des bosselures irrégulières, nettement fluctuantes, sans lobes solides à la périphérie, comme cela a lieu dans l'adénite. La tumeur est indolente, même à la pression. La peau a conservé sa coloration normale; elle n'est pas vascularisée.

A l'angle inférieur de l'omoplate gauche est une autre tumeur volumineuse en bissac, dont les deux portions communiquent entre elles. La colonne vertébrale et les os du voisinage sont sains. Cette tumeur, également fluctuante et indolente, siège dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ce malade,

débilite et très-amaigri, ne présente rien néanmoins dans le poumon. Drainage, lavages à la teinture d'iode. Suppuration tarie le 15 juin. État général très-amélioré.

Obs. CDXCVI. — *Adénite suppurée. Drainage. Guérison.* — Pichet (Jacques), vingt-sept ans, jardinier, entré le 17 avril 1875. Sur la partie moyenne du côté gauche du cou existe une tumeur assez apparente, placée en arrière du muscle sterno-mastoïdien dont le bord externe est un peu soulevé. Elle forme des saillies irrégulières avec portions solides à la périphérie et à la base. Ailleurs on trouve de la fluctuation. En ces points, la pression est sensible; la peau est chaude, rouge et adhérente. Constitution débilitee. Pas de plaie ni d'ulcération de voisinage; pas de tubercules dans le poumon. Cette tumeur est apparue il y a six semaines sans cause connue. Drainage, injections iodées. Suppuration tarie le 8 mai. Au moment de la sortie du malade, il ne reste plus qu'un peu d'empatement de la région.

Obs. CDXCVII. — *Adénites purulentes survenues à la suite d'un cancroïde de la lèvre inférieure opéré il y a un an. Mort.* — Ragot (Jean), soixante-quatre ans, entré le 15 juillet 1874. En décembre 1873, ablation d'un cancroïde de la lèvre inférieure. A ce moment, on ne sentait pas le moindre ganglion. Aujourd'hui (sept mois après l'opération), tous les ganglions de la région sont pris. Deux ganglions sous-hyoïdiens, deux autres situés sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien et un dans le creux sus-claviculaire, présentent tous un degré considérable d'hypertrophie et d'inflammation; ils ont le volume d'un gros œuf de poule. La peau qui les recouvre est rouge, chaude, amincie, luisante; ils présentent même sur leur sommet un degré de fluctuation qui indique une ouverture spontanée à bref délai. Le malade s'affaiblit chaque jour; la maigreur et l'émaciation sont chaque jour plus sensibles, et le 25 le malade meurt dans un marasme complet.

Obs. CDXCVIII. — *Tumeurs ganglionnaires multiples du cou. Trajets fistuleux.* — Rollier (François), dix-neuf ans, entre le 13 juillet 1874 pour une hypertrophie de tous les ganglions du cou, mais surtout des ganglions sterno-mastoïdiens. Il porte un chapelet de petites tumeurs suppurées, devenues fistuleuses, et qui donnent continuellement un suintement séropurulent. Les cicatrices sont livides; la peau du voisinage luisante et tendue. Le malade fait remonter le début à six mois; mais il avoue que, dès son enfance, il avait beaucoup de gourme. Rien dans les poumons. Traitement général: huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer, etc.; il quitte le service le 20 juillet. Deux fistules donnent encore du pus.

Obs. CDXCIX. — *Tumeurs multiples des ganglions sterno-mastoïdiens, dont une enflammée et suppurée (ganglions caséux). Énucléation des ganglions malades. Érysipèle. Guérison.* — Ollivier (Antoine), vingt-quatre ans, homme de peine, entré le 14 avril 1875, porte depuis cinq mois une tumeur qui a grossi progressivement. Elle fait actuellement une saillie très-apparente sur le cou, derrière le muscle sterno-mastoïdien. A ce niveau, la peau est fine, amincie, rouge. La partie la plus superficielle de la tumeur est ramollie, et le doigt y produit facilement une dépression; le reste est solide et résistant. A côté du ganglion principal, on en trouve d'autres plus petits, indurés, qui forment comme une sorte de chapelet. Le malade a perdu les forces et l'appétit depuis l'apparition de sa tumeur; néanmoins, nous ne trouvons rien dans les poumons.

17 avril. Incision de la peau. On dissèque soigneusement la coque du ganglion qui suppure, puis on énuclée les autres avec les doigts et la spatule.

Examen de la tumeur: Ganglions en partie caséux avec granulations tuberculeuses (M. Ranvier).

Jusqu'au 13 mai, les suites de l'opération sont excellentes. Ce jour-là apparition d'un érysipèle autour de la plaie cicatrisée en grande partie.

14 mai. TA = 39,8.

15. T = 39,6.

19. T = 37,6.

Bien que l'érysipèle se fût étendu au cuir chevelu, il guérit rapidement, et la cicatrisation de la plaie étant complète le 24 mai, le malade put sortir.

Obs. D. — *Lymphosarcome des ganglions sterno-mastoïdiens. Énucléation. Guérison.* — Laurry (Louis), quarante-neuf ans, entre le 5 mars 1875 pour une tumeur située vers le bord postérieur du sterno-mastoïdien, ayant débuté il y a quatre mois sans cause connue et grossi progressivement.

En arrière et cachée en partie sous le tiers supérieur du muscle sterno-mastoïdien se trouve une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, dure, non fluctuante, indolente, très-mobile sous la peau, très-peu mobile au contraire sur les parties profondes. Elle siège au-dessus et un peu en arrière des gros vaisseaux du cou, avec lequel elle ne semble pas avoir contracté d'adhérences. Aucune autre tumeur dans le voisinage. Pas de ganglions dans les différents lieux d'élection. Santé générale bonne. Homme fort et vigoureux.

12 mars. Incision sur la partie médiane de la tumeur. Énucléation avec les doigts et la spatule en prenant de grandes précautions pour ménager le nerf spinal.

Examen de la tumeur : Paroi fibreuse sans tissu lymphatique. — Entre les éléments fibreux, nombreux éléments embryonnaires (M. Debove).

13. Douleur dans la plaie; on suture les deux tiers supérieurs, et on laisse un drain dans la partie déclive. P = 100.

15. Plus de fièvre; la cicatrisation marche rapidement. Guérison complète le 31 mars.

Obs. DI. — *Lipome très-volumineux de la région sterno-mastoïdienne gauche. Ablation. Guérison.* — Gauthier (Jean-Baptiste), cinquante ans, entré le 26 octobre 1874. Bien constitué, d'une santé générale satisfaisante. Cet homme porte dans la région sterno-mastoïdienne gauche une tumeur énorme, dont le début remonterait à quinze ans. Lorsqu'il l'aperçut, elle avait tout au plus le volume d'un pois, et se trouvait en avant de l'oreille au niveau de l'angle de la mâchoire. Pendant treize ans, elle augmenta progressivement de volume sans causer ni douleur, ni aucun autre trouble. Depuis deux ans, l'accroissement a été beaucoup plus rapide; son volume a doublé, et est devenu ce qu'il est aujourd'hui.

Au moment de son entrée dans le service, la tumeur descend jusque sur l'épaule et le thorax, au niveau de la région mammaire. Elle présente un pédicule qui remonte en arrière jusqu'à la protubérance occipitale externe; de sorte que, bien que la masse principale occupe la région sterno-mastoïdienne, elle se prolonge en arrière jusqu'à niveau du raphé médian cervical postérieur, en avant dans les régions sus et sous-hyoidienne. Elle descend sur la ligne médiane jusqu'à la fourchette sternale, passant sous l'angle de la mâchoire, près du lobule de l'oreille; en bas, près le bord externe de la clavicule. La tumeur mesure 42 centim. de la base d'implantation à sa partie inférieure, et 75 centim. de circonférence. Elle est légèrement ovoïde, à grosse extrémité inférieure.

La peau est épaissie, rougeâtre en dehors jusqu'à l'extrémité externe de la clavicule gauche. Le méridien vertical, mesuré depuis le lobule de l'oreille jusqu'à son extrémité inférieure dans la région mammaire, égale 42 centimètres. La circonférence transversale mesure 75 centimètres.

L'extrémité inférieure est très-vasculaire. Au voisinage de l'implantation, quelques veines ont le volume du petit doigt. Nulle part on ne remarque de signes inflammatoires, sinon à la partie inférieure, où l'on trouve une petite ulcération superficielle donnant depuis deux ans quelques gouttes de sérosité roussâtre.

A la palpation, on perçoit une sensation de fausse fluctuation, sensiblement la même partout. La tumeur est complètement indolente. Les ganglions du cou et de l'aisselle sont absolument sains.

31 octobre. Le malade est endormi par le chloroforme.

A trois travers de doigts, au-dessus du pédicule, nous traversons la tu-

meur avec une grosse et longue aiguille courbe analogue à celle dont nous servons pour faire le morcellement des kystes de l'ovaire. Un double fil de fer est passé dans l'aiguille qu'on retire. Une seconde ponction avec la même aiguille est faite à côté de la première, et on ramène ainsi deux autres fils de fer. Les fils sont pris deux à deux avec le serre-nœud Cintrat. La tumeur est ainsi liée par sa base, de manière à empêcher l'afflux du sang. Des trocarts courbes passés au-dessus des fils de fer empêchent ceux-ci de remonter au delà et de glisser sur la tumeur. Deux incisions perpendiculaires faites sur la portion libre de la tumeur, et une autre incision passant par les extrémités des deux premières, permettent d'attaquer largement le lipome sans avoir une goutte de sang.

Toute la partie située au-dessus des ligatures est ainsi extirpée. Au-dessous d'elles on pratique une incision à la peau, que l'on dissèque de manière à faire un lambeau, et l'on peut énucléer ainsi la base de la tumeur sans hémorrhagie. Aussitôt qu'un petit vaisseau donne du sang, nous le saisissons avec nos pinces hémostatiques.

On obtient ainsi une plaie longeant la partie latérale du cou et descendant vers l'épaule. On tente la réunion immédiate à l'aide de nombreuses sutures épinglées. La tumeur pèse 5<sup>kil</sup>,450.

1<sup>er</sup> novembre. On ôte les dernières pinces dans la soirée. Le malade a bien dormi depuis hier. Peau fraîche. P = 90. Rhum, 250 grammes; sulfate de quinine, 50 centigr. Cataplasmes.

2. Réaction inflammatoire franche. TA 38, P = 96. (La température n'ayant jamais dépassé 38 degrés, nous ne l'indiquerons plus désormais.)

3. Sueurs abondantes la nuit dernière. Les épingles sont enlevées et remplacées par des fils fixés loin de la plaie avec du collodion par l'une de leurs extrémités. L'autre extrémité reste libre pour qu'on puisse serrer à volonté, et rapprocher ainsi les lèvres de la plaie. P = 96. Suppuration peu abondante et de bonne nature.

4. État général satisfaisant. On débride un peu vers la partie déclive, pour donner issue à une petite collection de pus qui s'est formée, puis entre les lèvres on passe un petit drain. P = 90.

5. Même état. Sueurs la nuit. Le sulfate de quinine et le rhum sont continués. P = 68.

6. P = 70.

7. Le malade paraît un peu abattu; il souffre d'un point de côté situé assez bas et à gauche. L'auscultation n'indique qu'un peu de faiblesse du murmure vésiculaire. Submatité à la base. Vésicatoire. P = 90.

9. Le malade n'a pas sué cette nuit. Le point de côté a disparu. La plaie est rosée sur ses lèvres, et réunie même en certains endroits, particulièrement à la région postérieure du cou. P = 78.