

de volume. Toute la région sus-claviculaire est occupée par la tumeur qui est fluctuante, profondément située et surmonte à peine le bord postérieur de la clavicule; elle est bosselée et dirigée parallèlement à l'axe de la clavicule. Œdème léger de cette région.

1^{er} janvier. Peau rouge, chaude; douleurs lancinantes; fluctuation dans tout le creux sus-claviculaire. Ponction avec un trocart courbe à 8 cent. de l'extrémité externe de la clavicule, de manière à passer au-dessous du sterno-mastoidien. On place un tube à drainage. Il s'écoule une grande quantité de pus bien lié et très-épais. Cataplasmes. Injections iodées.

20. Apparition d'une rougeur érysipélateuse autour de la plaie. P = 100. Liniment d'éther et de térébenthine.

30. Disparition de l'érysipèle. Suppuration tarie le 20 février 1875. Orifices refermés.

Obs. DXII. — *Lipome de la région sus-claviculaire. Énucléation. Guérison.* — Annon (Catherine), soixante-quatre ans, entre le 20 juin 1874 pour une tumeur située à la partie postérieure et externe du cou.

Il y a vingt ans environ que la malade la remarqua pour la première fois; elle avait alors la grosseur d'une noisette et roulait sous la peau. Elle a continuellement augmenté depuis lors, et atteint maintenant le volume d'une tête de fœtus. La partie inférieure occupe le creux sus-claviculaire, et s'étale sur l'aponévrose cervicale moyenne dans la partie qui recouvre les muscles sterno-mastoidien, trapèze et le triangle sus-claviculaire.

Cette tumeur est superficielle, molle, multilobée, libre par sa base, adhérente au contraire superficiellement. Pas de rougeur, pas de changement de température de la peau. Il existe une fausse fluctuation qu'un peu d'attention réduit à sa juste valeur. La tumeur étant sus-aponévrotique, elle ne peut être en rapport qu'avec la jugulaire externe.

22 juin. Incision faite sur la partie postérieure pour que, la malade étant couchée, le pus puisse s'écouler plus facilement. A peine la peau est-elle divisée qu'elle se rétracte et laisse apercevoir les lobes d'un fibrolipome que l'on énuclée facilement. Réunion immédiate avec une mèche de charpie à la partie déclive.

La malade sort guérie le 5 juillet.

§ III

TRONG.

4 observations. — 1 abcès enkysté de la paroi antérieure de l'abdomen ouvert avec le bistouri et guéri; 1 abcès de la fosse iliaque ouvert au dehors; 2 sarcomes fasciculés.

L'un des sarcomes occupait la région dorsale; il était apparu sept ans avant l'entrée de la malade dans nos salles. Enlevée une première fois en ville, la tumeur récidiva au bout de deux mois dans la cicatrice; nous l'avons enlevée de nouveau, et depuis lors elle n'a pas récidivé; l'opération a eu lieu il y a huit mois (voy. obs. DXV).

Une autre tumeur fibro-plastique s'était développée au voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure (voy. fig. 39). Elle avait contracté des adhérences avec l'aponévrose du muscle grand oblique, mais était restée complètement indépendante de l'os iliaque; elle différait à ce point de vue des tumeurs fibro-plastiques du voisinage de la crête iliaque décrites par Nélaton et qui presque toujours s'insèrent sur l'os. La plaie guérit sans complication. Deux mois plus tard, le malade rentra dans le service. Il portait une tumeur ovoïde arrondie de la grosseur d'un petit œuf de poule, qui siégeait sur la paroi postérieure du pharynx et paraissait s'être développée au-dessous de la muqueuse et aux dépens de l'aponévrose pharyngienne. Elle était dure, bien limitée, et rien ne faisait supposer qu'elle eût le moindre rapport avec la syphilis, d'autant mieux que le malade, soigneusement interrogé sur ses antécédents, n'avait rien accusé qui permit de supposer l'existence de cette diathèse. Nous crûmes d'abord qu'il s'agissait d'une autre tumeur fibro-plastique; nous craignîmes même un instant de nous trouver en présence d'un de ces cas dans lesquels les sarcomes offrent la même tendance à la récurrence et à la généralisation que les carcinomes les plus graves. Malgré cela, nous ne voulûmes pas entreprendre l'ablation avant d'avoir

essayé l'iodure de potassium ; après quinze jours de ce traitement, nous fûmes assez heureux pour constater une diminution de volume de la tumeur, et au bout de deux mois elle disparut complètement sans autre médication (voy. observation DXVI).

Obs. DXIII. — *Abcès enkysté de la paroi abdominale antérieure. Ouverture par le bistouri. Amélioration.* — Hance (Marie), quarante-deux ans, couturière, entre le 8 août 1874. A deux travers de doigt au-dessus et à droite de l'ombilic on rencontre un abcès du volume d'un gros œuf de poule offrant à la palpation une sensation d'empâtement et de fluctuation profonde. La peau a conservé sa couleur et sa température ordinaires. Sans être sous-cutanée, la tumeur n'est pas très-profonde, elle semble occuper une partie de la gaine du muscle grand droit et siège en avant du corps charnu du muscle. Sa base est entourée d'une zone d'empâtement large de 2 centimètres environ.

Les fonctions digestives sont normales. La colonne vertébrale, les côtes, le sternum ne paraissent nullement lésés. La maladie a débuté il y a quinze jours au moment de la menstruation qui d'ailleurs n'a pas été troublée sans cause appréciable, sans douleur et sans phénomènes inflammatoires.

La malade est pâle, amaigrie et cachectique. Un peu de fièvre le soir. Cataplasmes. Huile de foie de morue. Fer et quinquina à l'intérieur. De jour en jour, la tumeur devient superficielle, et finit par faire une saillie dont le volume égale celui du poing. En même temps la peau s'amincit vers le sommet, et la fluctuation devient très-nette.

25 août. Ouverture avec le bistouri. Issue d'une grande quantité de pus de mauvaise odeur, mais bien lié. Le doigt introduit par l'ouverture montre que la collection siégeait superficiellement en avant du muscle grand droit, et qu'elle était enkystée. Même traitement qu'avant l'ouverture.

28. La suppuration est diminuée. État général meilleur. Appétit bon. Moins de fièvre le soir.

30. La malade quitte le service pour aller à la campagne.

Obs. DXIV. — *Abcès froid de la fosse iliaque gauche. Ponction. Amélioration.* — Carriat (Paul), dix-neuf ans, maçon, entre le 29 juin 1875. Porte une tumeur assez volumineuse sur la paroi antérieure de l'abdomen.

Quand, il y a deux mois, le malade l'a remarquée pour la première fois, cette tumeur offrait le volume du poing d'un enfant. En quinze jours, elle

a acquis ses dimensions actuelles ; elle n'a jamais causé que des douleurs très-légères. Dans ces derniers jours, le malade se sentait affaibli, courbaturé, et très-géné pour gravir les échelles.

On trouve, au moment de son entrée à l'hôpital, dans la région de la fosse iliaque gauche, un abcès fluctuant, arrondi, ovoïde, parallèle au pli de l'aîne et assez saillant pour être facilement aperçu à distance.

Les limites ne sont pas nettes ; il semble que les téguments et les muscles viennent s'étaler à la surface. On ne découvre aucune tumeur dans le bassin, même lorsqu'on déprime très-fortement la paroi abdominale ; les os iliaques et la colonne vertébrale ne paraissent être le siège d'aucune lésion ; du moins la pression ne révèle pas la moindre douleur. Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont intacts.

6 février. On ponctionne l'abcès avec le trocart ordinaire, et il en sort un liquide purulent, plus épais, plus jaune que celui qu'on rencontre habituellement dans ces collections. Cela tient sans doute au voisinage de l'intestin. On ferme l'ouverture avec un petit carré de diachylon.

8. Aucun retentissement sur l'économie. Santé excellente.

12. Il semble que le liquide se reproduit, mais très-lentement.

15. Il n'y a plus qu'une très-faible quantité de liquide dans la poche. Le malade veut absolument sortir.

Obs. DXV. — *Sarcome fasciculé du dos. Ablation. Récidive dans la cicatrice. Seconde ablation. Guérison.* — Rocher (Catherine), quarante-huit ans, entre le 26 mars pour une tumeur ulcérée du dos. Régulée à dix-huit ans ; menstruation toujours régulière jusqu'en juillet 1874, époque de la ménopause ; mariée à vingt-cinq ans, elle a eu une seule grossesse sans accident. Jamais de maladie si ce n'est la variole dans le jeune âge.

Il y a sept ans environ, elle remarqua vers le milieu du dos une petite ulcération très-superficielle n'occasionnant pas de douleurs, et survenue sans cause apparente. Pendant deux ans la peau parut seule intéressée, l'ulcération conserva ses proportions primitives (grandeur d'une pièce de 20 centimes) et la malade ne s'en préoccupa nullement.

Des croûtes la recouvraient pendant quelques jours, puis tombaient d'elles-mêmes. Un an plus tard (trois ans après le début) un bourrelet induré se forma autour de l'ulcération dont le diamètre égala bientôt celui d'une pièce de 2 francs, sans que la profondeur augmentât. Ce fut vers cette époque que la malade alla trouver un médecin de la ville qui enleva la tumeur avec le bistouri. Deux mois après cette opération, la malade remarqua un bourgeon charnu du volume d'une lentille, implanté sur les bords mêmes de la cicatrice qui atteignit bientôt le volume d'une aveline, et grossit constamment depuis lors. Aujourd'hui,

la tumeur est de la taille d'une mandarine; elle s'est ulcérée il y a trois mois, et l'ulcération a gagné rapidement en profondeur.

Elle siège à deux travers de doigt en dehors et à droite du corps de la quatrième vertèbre dorsale. Elle est d'un rouge brun, régulièrement arrondie, supportée à la manière d'un véritable champignon par un pédicule mince et bien limité. A la superficie existe une ulcération creusée en puits, à fond grisâtre, à bords déchiquetés et renversés, donnant passage à un liquide très-fétide.

Cette tumeur est sillonnée par de gros vaisseaux, et autour du pédicule, sur une zone large de trois doigts, la peau, d'un rouge foncé, présente des veines dilatées et sinueuses; elle est adhérente en quelques endroits. Indolente, élastique, sans fluctuation, la tumeur présente quelques noyaux très-durs à la périphérie. La santé générale est satisfaisante: nulle part on ne remarque de ganglions envahis.

4 avril. On fait avec le bistouri une incision circulaire comprenant toute la partie marbrée qui adhère aux fibres musculaires sous-jacentes. Le pédicule se trouve ainsi détaché avec la zone malade qui l'entoure.

Quelques pinces hémostatiques sont appliquées sur les vaisseaux qui saignent pendant le cours de l'opération. La plaie présente une surface de 0^m,8 sur 0^m,11.

La tumeur, dure à la coupe, comme lardacée, crie sous le scalpel, et présente un aspect blanc nacré. Il est facile de distinguer à la vue des faisceaux fibrillaires à la surface. Quelques îlots situés sur la périphérie sont plus denses que le reste. Elle est peu vasculaire. Au voisinage de la partie ulcérée on trouve des vaisseaux plus abondants et plus gros que dans tout le reste. Le diagnostic microscopique porté est: Sarcome fasciculé pur.

Pansement avec de la charpie imbibée d'eau alcoolisée. Au bout de deux heures on retire les deux seules pinces hémostatiques laissées en place. Décubitus latéral gauche.

5. État général bon; rien à noter du côté de la plaie. Sulfate de quinine 0,50. Rhum 250 grammes.

6. TA. 38°,5. P = 90.

Jusqu'au 15 même état.

15. Suppuration plus abondante que les premiers jours. Pus de bonne nature, inodore. Plaie rosée et bourgeonnante.

20. État général très-satisfaisant; la cicatrisation marche rapidement. Le diamètre longitudinal de la plaie est de 6 cent., et le diamètre transversal de 10 cent.

Dix jours plus tard la plaie est diminuée d'un centimètre sur sa longueur totale.

1^{er} mai. Elle n'a plus que 5 sur 6 centimètres.

La malade quitte le service le 4 mai; il ne reste plus que quelques bourgeons charnus à cautériser.

Au 1^{er} juillet 1875 il n'y avait pas eu de nouvelle récurrence.

Obs. DXVI. — *Sarcome de la paroi antérieure de l'abdomen. Ablation, guérison. Apparition cinq mois plus tard d'une tumeur du pharynx. Disparition complète après six semaines de traitement par l'iodure de potassium.* — Lanot (Jean), quarante-cinq ans, gardien de la paix, entre le 23 janvier 1875 pour se faire enlever une tumeur siégeant au-dessous de la crête iliaque du côté gauche.

Ce malade aurait joui jusqu'à présent d'une très-bonne santé. Il n'aurait jamais été obligé de s'aliter et d'interrompre ses occupations habituelles. Pendant son service militaire, il n'aurait pas fait un seul jour d'hôpital. Il n'aurait jamais eu de manifestations strumeuses. Jamais non plus de syphilis (pas de chancre, pas de bubons, pas de roséole, etc.). Il y a deux mois seulement qu'il se serait aperçu pour la première fois de l'existence de sa tumeur. A cette époque elle était grosse comme une noix et un peu douloureuse à la pression. Elle s'est accrue graduellement et est devenue le siège de douleurs lancinantes spontanées, se présentant à des intervalles irréguliers, surtout quand il était fatigué.

Au bout de quelque temps, survint une douleur continue, extrêmement violente, exagérée par la marche et les mouvements, s'irradiant dans toute la région ombilicale et le pli de l'aîne. D'après ce que dit le malade, elle aurait eu pour cause la compression exercée par le ceinturon, car pendant la nuit et dans le décubitus dorsal cette douleur disparaissait tout à fait. Elle est devenue dans ces derniers temps insupportable, et a rendu le service du malade impossible.

On trouve aujourd'hui une tumeur du volume d'un œuf de dinde, à cheval sur la crête iliaque gauche (voy. fig. 39), empiétant surtout sur la face externe de l'os. Elle est dure, non fluctuante, lisse et égale à la surface, n'est le siège d'aucune sorte de battements. Les téguments qui la recouvrent ont la couleur et la température de ceux du voisinage. La peau lui adhère étroitement, on ne peut ni la faire glisser, ni même la froncer. Il est impossible de la déplacer latéralement; mais dans le sens vertical on peut lui faire éprouver quelques changements. En la saisissant à pleine main pour rechercher son pédicule, on voit qu'elle est implantée par une large base sur la crête iliaque.

La consistance de la tumeur est inégale. A côté de parties très-dures rappelant nettement la consistance du cartilage et situées à la partie inférieure, on en trouve d'autres un peu plus molles se rapprochant davantage du tissu fibreux ou même musculaire. Rien dans les ganglions. Pas de

troubles dans la santé générale. On diagnostique un fibro-sarcome de la paroi abdominale ayant débuté par le périoste.

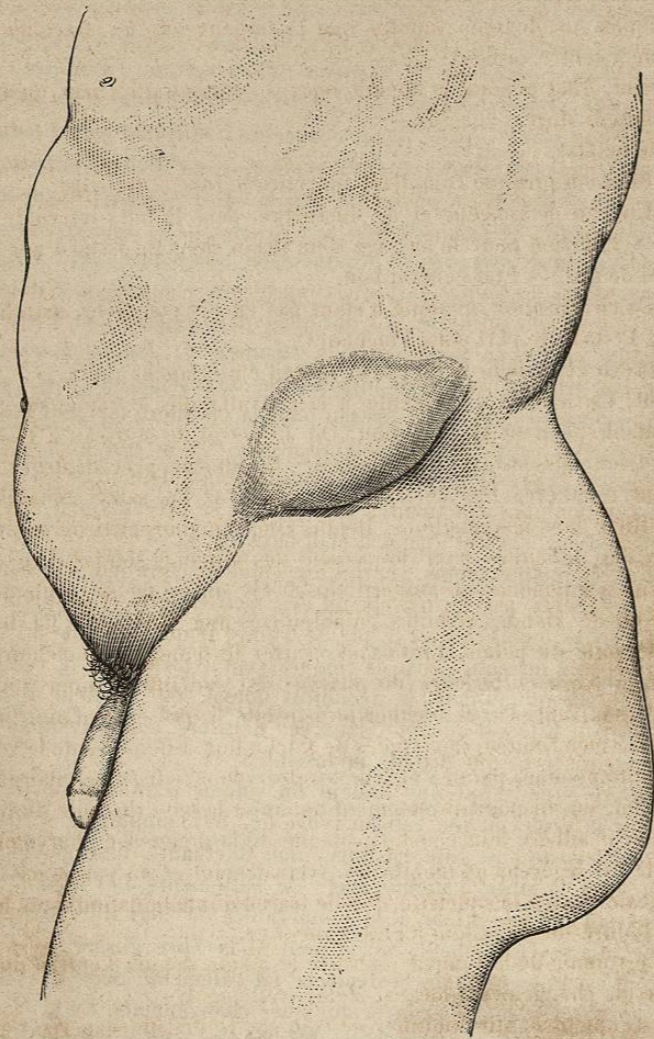


FIG. 39. — Sarcome de la paroi abdominale. (De notre collection.)

30 janvier. Incision curviligne avec le bistouri. Dissection soignée des téguments à la surface de la tumeur.

On voit que l'implantation ne va point, comme on l'avait cru jusqu'ici, sur le périoste, mais s'arrête sur l'aponévrose du grand oblique. Après

l'avoir séparée avec soin des fibres de cette aponévrose, on tente la réunion immédiate des deux tiers supérieurs de la plaie. On laisse un tube à drainage dans le tiers inférieur.

L'examen histologique montre que la tumeur est un sarcome fibro-élastique à centre caséux.

2 février. État général et appétit bons. — Suppuration peu abondante et de bonne nature.

7. Même état.

21. Réunion presque complète; on retire le tube à drainage.

24. Un peu de rougeur et de fluctuation dans le tiers inférieur de la plaie. — Ponction pour le passage d'un drain donnant issue à une petite quantité de pus. — État général bon.

27. La cicatrisation, quoique n'étant pas encore complète, marche très bien. — Le malade part pour Vincennes.

On a revu ce malade le 26 mars; il était entièrement guéri.

8 août. Ce malade se présente à la consultation se plaignant d'une gêne notable pendant la déglutition. On le reçoit de nouveau à l'hôpital. La cicatrice laissée par l'ablation de la tumeur précédente est parfaitement régulière. Pas de traces de récurrence. La santé générale est bonne. Rien dans les ganglions. Depuis cinq semaines environ ce malade éprouve des difficultés pour le passage des aliments solides. Peu à peu cette gêne a augmenté et aujourd'hui il est obligé de se contenter de potages ou de viandes réduites en pulpe très-fine. Rien dans la bouche ni sur le voile du palais. En faisant écarter fortement les mâchoires on voit que la paroi postérieure du pharynx est saillante, comme soulevée d'arrière en avant. Par le toucher on constate la présence d'une tumeur dure, assez bien limitée, sans traces de fluctuation. Elle présente le volume d'une petite pomme, paraît s'être développée dans le tissu cellulaire rétro-pharyngien, en un point directement opposé à la base du voile du palais. Cette tumeur adhère à la couche profonde de la muqueuse pharyngienne, mais elle est légèrement mobile transversalement et ne paraît pas avoir de connexions avec le squelette. Pas de traces d'inflammation dans le voisinage. Iodure de potassium à l'intérieur 3 gr.

17. Le volume de la tumeur est resté le même depuis l'entrée du malade. Pas de changements locaux. Même traitement.

25. La tumeur paraît diminuer de volume; le malade s'aperçoit que la déglutition est plus facile.

3 septembre. La diminution de volume s'est nettement accusée. Depuis lors, sous l'influence du traitement interne, elle marche régulièrement, et le 25 septembre ce malade quitte le service complètement guéri.