tantes on arrive quelquefois à des résultats tout à fait satisfaisants. L'indication principale du traitement de ces malades est fournie par la décomposition qui se fait à la surface des ulcères et qui est souvent d'une fétidité horrible; dans quelques, cas c'est la douleur qui l'emporte sur les autres symptômes. Pour tarir la sécrétion de mauvaise nature, le fer rouge rend fréquemment de très-bons services; on diminue encore la fétidité par des compresses imbibées d'eau chlorurée, de vinaigre de bois purifié, de créosote, etc.; le mieux est de couvrir toute la surface avec du charbon finement pulvérisé. Le charbon, comme vous l'avez appris en chimie, absorbe facilement les gaz et peut être parfaitement employé dans ces cas. Malheureusement il salit tellement les ulcères qu'on n'y a pas recours aussi souvent qu'on voudrait. Quant aux douleurs dans les tumeurs carcinomateuses ulcérées, on les a combattues localement par les narcotiques; par exemple, on a saupoudré les surfaces avec de l'opium; cependant les narcotiques pris à l'intérieur agissent toujours plus sûrement, et l'on finit toujours par revenir à la morphine pour soulager ces pauvres malades; cependant on pourrait essayer dans ces cas les injections sous-cutanées de morphine. Je vous recommande principalement la persévérance dans les soins à donner à ces pauvres malheureux et dans les efforts que vous tentez pour calmer leurs souffrances; j'avoue qu'il est pénible pour le médecin de pouvoir être si peu utile dans ces cas, mais il ne nous est pas permis d'abandonner ces patients à leur triste sort.

CINQUANTIÈME LEÇON

CARCINOMES (SUITE).

Cancers médullaires. — 1. *Cancers médullaires* par excellence. Localisation. Marche. — 2. *Tumeurs mélanotiques.* Marche. Composition anatomique. Localisation. — Opération. — Quelques courtes observations sur le diagnostic clinique des tumeurs.

Tumeurs à croissance rapide et à caractère très-infectieux; développement souvent simultané de beaucoup de tumeurs de même nature, toujours très-molles. — Cancers médullaires.

Si j'avais à vous faire un cours d'anatomie pathologique, je ne citerais les cancers médullaires que comme sous-genre des sarcomes, des lymphomes et des carcinomes, car sous le point de vue purement anatomique et surtout sous le point de vue histologique ces tumeurs ont la structure, soit de l'une, soit de l'autre des tumeurs sus-mentionnées. Mais comme dans une exposition clinique nous devons principalement avoir en vue la marche et tout l'ensemble de la maladie, nous sommes obligé d'établir ce quatrième groupe. D'après un caractère tout à fait extérieur, nous divisons les tumeurs de cette catégorie en *cancers médullaires par excellence* et en *cancers médullaires pigmentés* ou *mélanoses.*

1. — *Cancers médullaires. Sarcomes et carcinomes médullaires. Fongus médullaires. Encéphaloïdes.*

Si nous considérons les caractères anatomiques de ces tumeurs dans leur forme pure, nous trouvons qu'elles sont faciles à reconnaître à leur mollesse, à la couleur d'un blanc pur ou grisâtre de leur surface de section, qui est d'ordinaire complétement homogène comme la substance blanche du cerveau; la couleur peut devenir d'un rouge de sang par la grande richesse en vaisseaux telle que nous l'observons dans l'encéphalite (*fongus hématode*); cependant les cancers médullaires ne sont pas ordinairement très-vascularisés. Non-seulement ils se distinguent presque toujours des parties saines environnantes par leur grande mollesse, mais ils en sont encore parfaitement séparés par une enveloppe fibreuse; le tissu se laisse quelquefois séparer en faisceaux dans une

direction déterminée (*carcinome fasciculé*). On y observe très-rarement un travail de ratatinement, et peu souvent une transformation caséeuse du tissu médullaire; on y rencontre plus fréquemment des extravasats sanguins et quelquefois des kystes. Les tumeurs traversent la peau très-rapidement de dedans en dehors, il se produit une ulcération, les masses cancéreuses font saillie en dehors, s'étalent en champignon et leur surface se gangrène superficiellement. L'*examen microscopique*, qui ne peut être fait avec quelque exactitude que sur des fragments d'une préparation durcie, montre dans quelques cas un tissu sarcomateux évident, qui est le plus souvent analogue à la néoplasie inflammatoire, mais qui peut aussi être composé de cellules fusiformes. Dans d'autres cas on observe distinctement un tissu carcinomateux, c'est-à-dire, un stroma de tissu conjonctif ordinairement très-fin, qui est si serré et si délicat qu'il ressemble au réseau qu'on rencontre dans les alvéoles des ganglions lymphatiques; dans ce cas on trouve donc réunies la structure du lymphome et celle du carcinome; mais toujours dans ces tumeurs la masse végétante des cellules l'emporte de beaucoup sur le stroma de tissu conjonctif, lorsque celui-ci existe, et cette prédominance de l'élément cellulaire détermine la grande mollesse de ces tumeurs.

Vous vous rappelez sans doute que dans le cours de ces leçons, en parlant, soit des sarcomes, soit des carcinomes, je me suis servi des expressions : ramollissement médullaire, transformation en tissu médullaire. J'espère que maintenant vous comprenez parfaitement ces expressions : les sarcomes et les lymphomes aussi bien que les carcinomes peuvent se transformer en cancers médullaires par une végétation rapide des cellules survenant, soit dans la totalité, soit dans quelques parties isolées de la tumeur. Mais à côté de ces tumeurs il en est un grand nombre qui se présentent dès le début sous la forme de cancers médullaires. Le rapport qui existe entre le carcinome et l'encéphaloïde est semblable à celui qui existe entre le carcinome et le squirrhe; sous le rapport anatomique on ne doit voir dans ces métamorphoses que des modifications accidentelles; sous le rapport clinique nous avons déjà dit que lorsque le travail de ratatinement est considérable dans les carcinomes, on peut pronostiquer une marche plus lente; maintenant j'ajoute que le ramollissement médullaire des carcinomes a également son importance clinique, en ce qu'il annonce généralement une marche plus rapide de la maladie.

Ce que nous allons dire à présent des cancers médullaires ne se rapporte qu'aux cas où ces tumeurs se sont montrées dès le début comme tels. On observe des cancers médullaires congénitaux au sacrum, et dans ces cas ils sont souvent associés à des kystes séreux. L'enfance et l'adolescence sont particulièrement prédisposées aux cancers médullaires; dans l'âge adulte ils sont déjà rares et plus rares encore dans la vieillesse. Ces indications se rapportent de préférence aux tumeurs extérieures, qui offrent un intérêt plus particulier au chirurgien; la plupart des carcinomes intérieurs, qui chez l'homme avancé en âge (cinquante à soixante ans) se montrent dans l'estomac, le foie, la rate, les reins, le cerveau, etc., sont mous et médullaires, comme les tissus dans lesquels ils se développent; ce sont là souvent des carcinomes qui ont subi un ramollissement médullaire, et non toujours des cancers médullaires primitifs. — Un siége très-fréquent des encéphaloïdes, est l'os et le périoste : le fémur et le tibia, surtout à l'articulation du genou, les articulations de la hanche et du pied, l'omoplate, la mâchoire supérieure, sont souvent atteints; le testicule est le siége fréquent de carcinomes qui ont subi le ramollissement médullaire, rarement de cancers médullaires primitifs; j'ai vu se développer des cancers médullaires dans la glande mammaire, au col de l'utérus chez de toutes jeunes filles; le tissu conjonctif sous-cutané, les muscles d'une partie quelconque du corps, peuvent devenir à l'occasion le siége de tumeurs médullaires.

Le *diagnostic* des encéphaloïdes est souvent très-facile et ressort naturellement des symptômes décrits; cependant on peut se tromper aussi longtemps que l'ulcération ne s'est pas montrée, car ces tumeurs présentent quelquefois une fluctuation si évidente, qu'on ne peut songer qu'à un kyste ou à un abcès. Il est très-facile de confondre ce genre de tumeur avec un abcès froid et réciproquement; j'ai commis cette erreur il n'y a pas longtemps chez une petite fille de sept ans; on me l'amena à cause d'un gonflement mou siégeant sur le côté gauche du sacrum; la peau qui couvrait cette tumeur très-proéminente était d'une rougeur inflammatoire et sensible; à la palpation on sentait une fluctuation très-manifeste; la colonne vertébrale n'était pas modifiée dans sa forme, cependant immédiatement au-dessus du sacrum et à la symphyse sacro-iliaque elle était sensible à la pression; l'enfant traînait un peu la jambe gauche, était mal nourrie et anémique. Je ne doutai pas un seul instant que je n'eusse affaire à une carie de la colonne vertébrale compliquée d'abcès par congestion, qui, il est vrai, se trouvait en un endroit insolite; les selles de la partie malade étaient très-difficiles, et l'examen par le rectum nous indiqua que ce dernier était fortement dévié à droite par la tumeur qui, ici encore, présentait une fluctuation évidente. Ces données m'engagèrent à hâter l'ouverture de l'abcès par une ponction; je la fis, et j'évacuai à peu près 90 grammes d'un liquide clair comme de l'eau; j'en étais étonné et je fus porté à croire qu'il s'agissait ici d'une tumeur cystique composée; j'élargis l'ouverture cutanée, j'introduisis le doigt, et à mon grand étonnement je découvris que j'avais affaire à une tumeur médullaire, dans laquelle se trouvaient quelques kystes; comme on pouvait s'y attendre, les végétations de la tumeur sortirent bientôt par l'ouverture cutanée, elles devinrent le siége d'hémorrhagies, d'une putrescence abominable, et six semaines après l'enfant succomba dans un épuisement complet. L'autopsie démontra que tout le bassin était rempli d'une grande tumeur médullaire. La durée de toute la maladie depuis les premiers symptômes fut d'à peu près cinq mois; cependant sa marche ne fut pas sensiblement hâtée par l'incision, car comme nous l'avons dit, la peau était déjà rouge et mince comme une feuille de papier, lorsque je fis la ponction. — De pareilles erreurs se rencontrent souvent, surtout lorsqu'il s'agit d'encéphaloïdes profonds; la fluctuation que présentent ces tumeurs ne peut quelquefois pas être distinguée de celle qu'on observe dans des sacs remplis de liquide, parce que la consistance peut être si molle, qu'il n'existe pas de différence marquée entre elle et la consistance liquide. On

croyait jadis que les réseaux veineux considérables qu'on aperçoit à travers la peau qui couvre ces tumeurs, étaient un signe certain du cancer médullaire, mais il n'en est rien, quoiqu'on le rencontre souvent dans ces cas; ce réseau veineux s'observe sur chaque tumeur, même sur chaque abcès froid qui comprime les troncs veineux profonds et s'oppose à la libre circulation dans ces veines, car ce phénomène dépend d'un fait purement mécanique. — Quant aux symptômes généraux qu'on observe dans les cancers médullaires, ils sont très-peu caractéristiques. Dans un très-grand nombre de cas les malades ont au début un extérieur florissant et sont bien nourris; un petit nombre seulement sont anémiques dès le commencement et présentent une musculature flasque et la peau ridée.

Quant à la marche ultérieure de la maladie, observons que dans les cancers médullaires purs et surtout dans les sarcomes médullaires, les ganglions participent rarement de bonne heure à la maladie, souvent même ils n'y prennent aucune part. Dans la plupart des cas d'encéphaloïde primitif que j'ai observés, les ganglions lymphatiques n'étaient pas affectés, à moins que la tumeur ne s'y fût développée primitivement, ce qui peut aussi se rencontrer. Ordinairement la tumeur primitive atteint un volume considérable; elle est opérée, si l'opération n'est pas impossible; alors survient en général un temps de bien-être parfait; puis on observe une récidive soit dans la cicatrice (dans le moignon après les amputations) et en même temps ou bientôt après des tumeurs métastatiques dans le poumon, le foie, dans le tissu conjonctif sous-cutané, où les encéphaloïdes peuvent se montrer en très-grande quantité. Avec les tumeurs métastatiques et la récidive locale se montrent l'anémie et l'épuisement; la fin est aussi triste que chez les individus atteints de carcinomes, elle l'est même davantage, parce que l'encéphaloïde atteint souvent des jeunes gens robustes et vigoureux. — Je crois que dans quelques cas rares la prédisposition à ces tumeurs peut disparaître; il est vrai que je n'ai pas de preuves en main pour soutenir cette opinion; cependant je connais au moins un cas où, jusqu'à présent, cinq ans se sont passés sans qu'aucune nouvelle tumeur se soit montrée; le malade, qui a subi deux opérations successives pour un sarcome médullaire primitif évident, jouit aujourd'hui d'une excellente santé. — La plupart des cas se terminent par la mort après six à dix-huit mois, en suivant la marche indiquée; par conséquent, la marche ordinaire est plus rapide que dans la carcinose; ce fait est d'autant plus frappant, que dans le cancer médullaire la maladie n'est nullement aggravée par la participation des ganglions lymphatiques.

Bibliographie. — Lebert, atlas, pl. XLV, XLVI, CXXVIII, CXXIX, CLXIII, CLXXIV. — Cruveilhier, atlas, livraison V, pl. 1; livr. VIII, pl. 1; livr. XII, pl. 2 et 3; livr. XX, pl. 1; livr. XXIII, pl. 5; livr. XXIX, pl. 2 et 3; livr. XXXII, pl. 3 et 4; livr. XXXIII, pl. 4; livr. XXXVII, pl. 4.

2. — *Tumeurs mélanotiques. Sarcomes et carcinomes mélanotiques.*

La nature de la diathèse, qui donne lieu au développement des mélanoses, est tellement identique avec celle de la maladie que nous venons de traiter, que nous pouvons être court dans la description de cette affection; le mode d'apparition, la rapidité de la marche, sont les mêmes que dans le cancer médullaire Ce ne sont que les caractères anatomiques et la localisation de la maladie qui offrent certaines particularités; d'un autre côté, la mélanose ne se présente presque jamais chez les enfants, très-rarement chez les jeunes gens, le plus souvent dans l'âge adulte.

Quant aux caractères anatomiques de ces tumeurs, elles sont reconnaissables par leur coloration brun foncé, couleur de sépia ou bleu noir; cette coloration se montre non-seulement sur la section, mais on la reconnaît même quelquefois à travers la peau, elle est visible sur les surfaces ulcérées; d'ailleurs les mélanoses atteignent rarement le volume des tumeurs médullaires, l'ulcération s'observe également moins souvent, parce que la durée de la maladie est d'ordinaire très-courte, les malades succombant au développement rapide d'un très-grand nombre de tumeurs. En général, ces tumeurs sont également d'une consistance très-molle, elles sont d'ordinaire si bien limitées, que, par exemple dans le foie, elles peuvent être énucléées avec le manche du scalpel; dans d'autres cas, surtout à la peau, elles se montrent aussi à l'état diffus, sans limites déterminées; elles ne présentent aucune tendance au ratatinement, mais bien au ramollissement en bouillie graisseuse. Très-souvent aussi on ne trouve qu'une pigmentation sans tumeur; c'est ainsi que tout récemment j'ai disséqué une femme dont le péritoine, l'épiploon et les intestins présentaient le même aspect que si on les avait peints en brun; c'est seulement par endroits isolés qu'on trouvait dans ces parties de petites tumeurs, tandis qu'on en rencontrait de grosses dans le foie et les poumons; la tumeur primitive siégeait dans la peau du dos; la maladie datait de quinze mois; cette femme était âgée de trente-huit ans, lorsqu'elle mourut. — Quelquefois il arrive que les tumeurs sont en partie blanches, en partie noires ou brunes; dans ces cas les tumeurs métastatiques peuvent aussi présenter différentes couleurs, le plus souvent, il est vrai, elles sont purement mélanotiques ou purement médullaires.

A l'*examen microscopique* de ces tumeurs, on reconnaît un tissu sarcomateux ou carcinomateux, cependant plus souvent le premier; dans la plupart des cas le pigment finement granulé, qui à l'examen microscopique se montre presque toujours de couleur brunâtre, est renfermé dans des cellules, plus rarement dans les interstices des faisceaux de tissu conjonctif ou dans les faisceaux eux-mêmes. On sait qu'aux dépens du sang épanché dans les tissus il se forme du pigment, soit de l'hématoïdine, soit de la mélanine (la dernière dans les poumons et, pendant la fièvre intermittente, dans la rate); il était donc naturel de

penser que le pigment des mélanoses provenait également de sang extravasé. Cependant ce n'est pas le cas, car le pigment se forme d'une manière évidente dans les cellules de nouvelle formation, de la même façon que dans les cellules de la choroïde, c'est-à-dire par une force spécifique, inhérente aux cellules mêmes. Il est impossible de dire jusqu'à présent de quelle source provient la matière qui sert à former cette masse de pigment; peut-être est-ce l'hématosine; on observe aussi dans quelques cas le pigment mélanique dans le sang de ces malades; il est remarquable que les mélanoses soient presque toujours très-riches en graisse; la métamorphose graisseuse et la formation de pigment se rencontrent souvent en même temps dans la même cellule; ces deux produits sont quelquefois difficiles à distinguer l'un de l'autre, parce que dans ces cas les gouttelettes graisseuses présentent assez souvent une coloration jaunâtre ou brunâtre. La graisse peut-elle se transformer en pigment? M. le docteur Lehmann de Zurich a examiné chimiquement, d'après mon désir, la matière colorante dans le cas cité précédemment; il y rencontra de l'humine. A l'analyse micro-chimique, les réactions sont les mêmes que pour le pigment choroïdal; le pigment des mélanoses a également une grande analogie avec le pigment des sèches; il est comme ce dernier très-fixe et ne se décompose pas facilement. J'ai peint, il y a une quinzaine d'années, avec le suc de pareils cancers mélanotiques, le dessin des cellules de ces tumeurs, et la couleur est encore intacte aujourd'hui. — La matière colorante mélanotique peut, d'après les recherches modernes, être retrouvée chimiquement dans l'urine; je n'ai pas encore eu l'occasion de contrôler la justesse de cette observation; dans le cas cité précédemment, l'urine contenait, il est vrai, des cellules de pigment, mais elles provenaient de tumeurs mélanotiques de la muqueuse vésicale. Comme on observe également des mélanoses métastatiques à la surface interne du cœur, on pourrait expliquer par là la présence du pigment qu'on a rencontré quelquefois dans le sang; cependant il est possible aussi que la matière colorante provenant des tumeurs arrive dans le sang d'une autre façon. — Voilà ce que j'ai à dire sur l'anatomie de ces formations remarquables. Je dois cependant ajouter qu'on rencontre aussi quelquefois la formation pigmentaire dans d'autres tumeurs, et dans ces cas je fais complétement abstraction du pigment qui dérive des extravasats sanguins. On trouve, comme vous savez, très-souvent dans la peau des taches congénitales brunes ou d'un brun noirâtre, appelées taches hépatiques; elles sont quelquefois élevées au-dessus du niveau de la peau et représentent alors de petits fibromes mous, mélanotiques (mélanomes de Virchow). Ordinairement elles ne présentent pas de danger, cependant elles peuvent devenir des foyers de développement de sarcomes mélanotiques infectieux.

La localisation des mélanoses est toute spéciale et diffère de celle du cancer mé ullaire blanc. A l'état primitif, elles se montrent le plus souvent dans la peau, surtout dans celle des mains et des pieds. Cependant je les ai aussi rencontrées primitivement dans le tissu conjonctif sous-cutané et dans les ganglions lymphatiques; dans l'œil, la mélanose est relativement fréquente. A l'état secondaire, ces tumeurs peuvent se montrer dans toutes les parties du corps.

Parmi les organes internes atteints deutéropathiquement, le foie l'est presque régulièrement, les poumons le sont souvent; presque toujours ces tumeurs se rencontrent alors en grand nombre. Nous avons déjà dit que l'affection mélanotique est propre à l'âge adulte. La marche en est toujours rapide.

Quant à la thérapeutique et aux indications pour l'opération des cancers médullaires, je n'ai presque rien à ajouter à ce que j'en ai dit à propos de la carcinose; la seule chose que j'ajouterai, c'est que l'intervention chirurgicale est ici plus restreinte encore, en ce sens qu'on ne devrait pas entreprendre d'opération offrant quelque danger, pour des cancers médullaires sûrement reconnus pour tels. Il est vrai qu'on entend faire quelquefois les réflexions suivantes : Il vaut mieux pour le malade mourir à la suite d'une opération, que d'épuiser toutes les misères de cette maladie incurable. Je ne puis pas taxer d'irrationnelle cette manière de voir qui se rencontre souvent dans le public, quoique le désir de vivre l'emporte chez la plupart des hommes sur les souffrances les plus atroces; cependant le médecin ne peut pas se prêter à ces considérations, il ne doit pas dévier du principe de conserver la vie de ses malades aussi longtemps que cela lui est possible avec les ressources de son art.

Bibliographie. — Lebert, atlas, pl. xiv, xv; pl. xliii, fig. 4-7; pl. xcii, fig. 2. — Cruveilhier, atlas, livraison xix, pl. 3 et 4; livr. xxii, pl. 1. — Bruns, atlas, IIe partie, pl. iii, fig. 14. — Forster, atlas, pl. viii, fig. 1.

Quelques considérations sur le diagnostic clinique des tumeurs.

Je ne puis vous en vouloir, si tout ce que je vous ai dit sur les tumeurs n'est pas encore parfaitement clair dans votre esprit; et pour votre consolation je vous dirai que je me trouvais dans le même cas lorsque j'ai entendu pour la première fois exposer tous ces faits. Ce n'est qu'une longue étude et l'exercice dans le diagnostic différentiel des tumeurs, exercice que vous ne pouvez faire qu'au lit du malade, qui vous permettra de vous mouvoir sur ce terrain difficile avec quelque certitude. — La consistance de la tumeur, son aspect extérieur, les rapports qu'elle affecte avec les tissus environnants, son siége, sa croissance plus ou moins rapide, l'âge du patient : voilà les points de repère dont on part pour porter un jugement; tantôt c'est l'une de ces conditions, tantôt l'autre qui décide la question. Prenons un exemple : Un homme dans la cinquantaine vient vous trouver, il est bien bâti et fort pour son âge; depuis nombre d'années il porte une tumeur sur le dos, qui ne lui causait aucun embarras; c'est seulement depuis qu'elle a atteint presque la grosseur d'une tête d'enfant, qu'elle devient incommode. La tumeur est molle, élastique, elle n'est ni tendue ni fluctuante, elle est mobile sous la peau; cette dernière se trouve à l'état naturel; il n'y a jamais eu de douleurs dans la tumeur, on n'en provoque pas par l'examen. Le diagnostic est très-facile dans ce cas : en considérant la région, le siége dans le tissu conjonctif sous-cutané, la croissance lente, indolente, etc., il ne peut guère être question que d'un lipome, peut-être d'une tumeur molle

de tissu conjonctif, cependant la plus grande vraisemblance parle en faveur d'un lipome. — Prenons un autre cas : Une femme vient vous trouver ayant une tumeur du sein; cette tumeur est dure, bosselée, elle a la grosseur d'une pomme; à sa surface on voit quelques parties de la peau qui sont rétractées en dedans; la peau adhère complétement à la tumeur. De temps en temps il y a eu des douleurs lancinantes, la pression sur la tumeur est également sensible; les ganglions axillaires du côté où se trouve la tumeur du sein, donnent une sensation de dureté. La femme est âgée de quarante-cinq ans, elle est bien nourrie et présente les apparences de la santé. Dans ce cas encore le diagnostic est facile : il s'agit ici d'un carcinome, 1° parce que, à l'âge où se trouve cette malade, les tumeurs cancéreuses se développent le plus souvent dans le sein, tandis que l'adénome et le sarcome se montrent d'ordinaire plus tôt; 2° la consistance pourrait parler en faveur d'un fibroïde, mais le fibroïde s'observe très-rarement dans la glande mammaire; le gonflement des ganglions lymphatiques s'oppose aussi à l'admission de cette idée, tandis qu'il parle en faveur du carcinome ; 3° les carcinomes sont douloureux à un certain degré, comme dans le cas cité; les sarcomes et les fibroïdes ne le sont pas. Nous pourrions appuyer ce diagnostic sur d'autres motifs encore, mais ce que nous en avons dit doit suffire. — Considérons encore un troisième cas : Un garçon de dix ans est atteint depuis deux ans d'un gonflement modérément douloureux de la partie moyenne de la mâchoire inférieure, ce gonflement a augmenté lentement; les dents sont tombées à cet endroit, sans avoir été malades; le gonflement de l'os est régulièrement arrondi et s'étend depuis la première molaire d'un côté jusqu'à la molaire correspondante de l'autre; en bas il a la dureté de l'os, en haut (dans la bouche), où il est recouvert par la muqueuse, il présente une résistance élastique. — Ce gonflement osseux peut-il être la conséquence d'un processus inflammatoire chronique, d'une carie ou d'une nécrose? Cela n'est pas vraisemblable : 1° parce que la douleur a toujours été faible; 2° parce qu'il n'y a pas de suppuration, qui fait rarement défaut, lorsque la mâchoire est le siége d'une inflammation osseuse datant de deux ans; 3° parce que le gonflement est bien limité et très-uniforme, tandis que les dépôts osseux dans la carie et la nécrose ne le sont généralement pas; 4° parce que, à l'âge où se trouve le malade, des inflammations osseuses de cette étendue ne se rencontrent pas facilement, excepté après l'intoxication phosphorique, ce qui n'est pas ici le cas. Nous avons donc affaire à une tumeur : peut-être à un cancer médullaire? l'âge du malade y prédispose, cependant la tumeur est dure, la destruction du tissu osseux n'est pas considérable; l'os, à ce qu'il semble, n'est qu'écarté par un néoplasme qui s'est développé dans la cavité médullaire, la croissance serait aussi trop lente pour un cancer médullaire. Est-ce une exostose? mais la tumeur est trop molle du côté de la bouche, on peut pénétrer facilement dans la tumeur par en haut au moyen d'une aiguille fine. Est-ce un enchondrome? la consistance, la forme, le mode de croissance, l'âge du malade, s'accorderaient parfaitement bien avec cette idée, mais non le siége; les enchondromes dans la partie moyenne de la mâchoire inférieure sont excessivement rares à cet âge. C'est un ostéosarcome central : tous les phénomènes viennent confirmer ce diagnostic,

et vous savez que ces tumeurs de la mâchoire inférieure sont fréquentes dans la jeunesse. Je dis : vous savez, je devrais dire : vous l'apprendrez peu à peu, avec le temps; et chaque fois que vous aurez examiné à la clinique un malade porteur d'une tumeur, je vous donne le conseil de relire à la maison ce qui a rapport à ce cas, de le comparer à la description générale des tumeurs, que je vous ai donnée. Si vous vous êtes exercés pendant quelque temps de cette façon, vous aurez bientôt une idée plus claire de ces maladies et tous les détails se graveront dans votre mémoire.

L. Courtomieu

FIN.