

ARTICLE XII.

DE L'OSTÉOSARCOME, DU SPINA-VENTOSA ET DES
TUBERCULES DES OS.

En parlant des kystes osseux, nous avons fait voir qu'ils pouvaient quelquefois être confondus avec les ostéosarcomes, et nous avons indiqué les signes à l'aide desquels on pouvait les distinguer les uns des autres. Le diagnostic différentiel est, en effet, de la plus haute importance, à raison des suites du mal et du traitement qu'il réclame.

L'ostéosarcome, véritable dégénérescence cancéreuse des os, se présente sous la forme d'une masse blanche ou rougeâtre, lardacée, résistante, lorsque la lésion est récente, et offrant, quand elle est ancienne, des points ramollis, de la matière cérébriforme, des épanchements sanguins, des liquides visqueux, jaunâtres ou blanchâtres. Ces caractères différentient l'ostéosarcome du spina-ventosa, dont cette dernière altération se rapproche par le gonflement de l'os et sa raréfaction, due à l'écartement de ses lames. A leur terminaison, ces deux maladies ont de nouveaux points de contact; ainsi il n'est pas rare de voir le spina-ventosa passer à l'état cancéreux, et l'ostéosarcome s'accompagner de productions vasculéuses ou charnues partielles. En général, cependant, l'une de ces tumeurs appartient plutôt aux fungus, et l'autre aux productions cancéreuses.

L'ostéosarcome attaque plus spécialement les os de la face et en particulier les maxillaires, les extrémités des os longs. On l'observe fréquemment sur l'os des îles et aux environs de la cavité cotyloïde.

OBS. I. — *Ostéosarcome de l'os maxillaire inférieur.* — Résection. — Récidive. — Mort. — Un cocher d'environ trente-six ans, fort bien constitué, d'un tempérament lymphatico-sanguin, se présenta en 1832 à la consultation de M. Du-

puytren. Il avait la mâchoire inférieure, surtout à droite, volumineuse; la peau était lisse, tendue, non adhérente. En examinant l'intérieur de la bouche, on reconnut que cette tuméfaction était produite par une maladie de l'os maxillaire inférieur. Celui-ci était triplé de volume, mou, fuyant sous le doigt, faisant entendre une petite crépitation; les gencives étaient fongueuses et saignantes. La bouche exhalait une odeur fétide provenant du mélange du sang et de l'ichor.

Cet homme, qui avait l'habitude de boire, nous raconta que trois mois auparavant il avait reçu d'un autre cocher, dans une querelle, un coup sur le menton. Peu de temps après, il éprouva des douleurs sourdes, qui devinrent ensuite lancinantes. L'os prit du développement, les douleurs étaient continuelles, le sommeil interrompu. Lorsque ce malade eut été examiné par M. Dupuytren, celui-ci reconnut un ostéosarcome pour lequel il proposa l'amputation.

Quelques jours après, le malade fut conduit à l'amphithéâtre, et là, en présence d'un nombreux auditoire, M. Dupuytren procéda à l'opération. Elle fut longue et laborieuse. Une incision perpendiculaire à l'os maxillaire inférieur fut faite sur la lèvre inférieure et dirigée en dessous du menton. Ce lambeau fut isolé des parties molles sous-jacentes, et renversé en arrière et en bas, pour qu'on pût cerner facilement la tumeur. Lorsque M. Dupuytren se fut assuré de ses limites, il la circoncrivit entre deux nouvelles incisions parallèles à l'os. En enlevant les parties supérieures, il crut reconnaître que la base de l'os était saine; il se contenta de la gratter et de la débarrasser de toutes les parties altérées, abandonnant à la nature le travail d'exfoliation.

La résection nous eût paru préférable; et bien que la portion d'os restante fût dure, sans inégalité, le pronostic de l'ostéosarcome est si grave que la résection de l'os était plus conforme au précepte de l'art.

Pendant toute cette opération, qui fut fort longue, supportée par le malade avec un grand courage, et qui nécessita plus d'une fois l'emploi du ciseau et du maillet, l'hémorrhagie fut très-abondante, et elle eût pu mettre les jours du

patient en danger, si les précautions n'avaient pas été prises avec le plus grand soin. Des fers rougis à blanc furent promenés sur cette large plaie, et la cautérisation profonde qu'ils déterminèrent arrêta toute effusion de sang.

Le malade fut ensuite reconduit à son lit. Au bout de quelques heures, on procéda au pansement, en relevant le lambeau, et en le mettant en contact avec la peau du côté opposé, à l'aide d'une suture. La plaie fut couverte de charpie, et le bandage unissant des plates en travers servit à assujettir toutes les pièces de l'appareil.

Ce malade, qui avait été l'objet d'une surveillance particulière sous le rapport des pansements et de l'alimentation, sortit au bout de six semaines en apparence guéri, et présentant une difformité qui n'avait rien de choquant; mais nous apprîmes que six mois après il était mort à la Charité d'une récurrence de sa maladie.

La portion de l'os maxillaire inférieur qui avait été enlevée par M. Dupuytren était rouge, molle, s'écrasant facilement sous le doigt, et semblable, par endroits, à de la matière encéphaloïde.

Chez cet homme, le développement de l'ostéosarcome fut déterminé par une violence extérieure; nous verrons dans l'observation du spina-ventosa que nous rapporterons plus loin, que plusieurs chutes furent aussi le point de départ de cette lésion. Mais il est certain que cette cause est purement occasionnelle, et qu'elle ne fait que hâter l'explosion de la maladie dont le germe était dans l'organisation.

OBS. II. — *Ostéosarcome de la partie supérieure des tibia et péroné gauche non opéré.* — Pierre Lhuillier, âgé de vingt-huit ans, marié, exerçant la profession de maçon, entra le 19 juillet 1824 à l'Hôtel-Dieu. Ce malade, d'un tempérament sanguin, d'une constitution assez robuste, éprouva, sept mois avant son entrée à l'hôpital, des douleurs à la partie supérieure et interne de la jambe gauche. Ces douleurs étaient plus vives la nuit que le jour. Le membre ne présentait rien d'apparent. Au bout d'un mois, une tumeur commença à se montrer à la région supérieure du tibia

en dedans de l'attache du ligament rotulien. Quatre mois après, une autre tumeur se développa au-dessous de la première; celle-ci fut à son tour suivie d'une troisième. A l'entrée du malade, on constate, outre l'existence de ces trois tumeurs principales, la tuméfaction de la partie supérieure et externe du péroné. De ces trois tumeurs, la plus ancienne avait le volume de la moitié d'une pomme d'api; elles étaient le siège de douleurs cuisantes qui s'étendaient le long de la jambe jusqu'à la plante du pied. La circonstance de maux vénériens anciens fit espérer à M. Dupuytren que le mal pouvait être de nature syphilitique. Dans cette idée, il prescrivit un traitement antivénérien, composé de tisane de squine et de salsepareille, de sirop sudorifique (4 onces), de 3 pilules d'extrait de gayac, d'extrait d'opium et d'un 1/2 grain de sublimé; des frictions avec l'onguent mercuriel furent faites en même temps sur l'engorgement. Mais, malgré l'emploi de ces moyens, le mal fit des progrès. Bientôt, à la diminution de consistance de la tumeur, à son étendue, à sa forme bosselée, il fut impossible de ne pas considérer cette lésion comme une affection carcinomateuse de l'os. L'amputation était le seul remède; elle fut proposée au malade, qui s'y refusa. Peu de temps après il sortit de l'Hôtel-Dieu après un séjour de soixante-trois jours, l'ostéosarcome faisant des progrès évidents (1).

OBS. III. — *Ostéosarcome de l'os maxillaire supérieur droit. — Blennorrhagie ancienne. — Amélioration par un traitement antisyphilitique.* — Dobré (Jean), âgé de quarante-huit ans, marié, militaire retraité, fut admis le 11 juin 1824 dans le service de M. Dupuytren.

Ce malade, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une constitution robuste, éprouva, deux mois et demi avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, des douleurs atroces au côté droit de la mâchoire supérieure qui se prolongeaient vers la tempe et le front. Lors de son admission, l'examen de la bouche fit reconnaître que les dernières grosses molaires droites;

(1) Observation recueillie par M. Laugier.

saines en apparence, étaient mobiles, prêtes à tomber, et comme implantées dans un tissu mou, spongieux; le bord alvéolaire qui les contenait n'offrait que peu de tuméfaction. La membrane muqueuse qui le revêtait, un peu soulevée, n'était pas fongueuse; quelques douleurs se faisaient sentir dans l'épaisseur de l'os maxillaire supérieur gauche, mais à un degré beaucoup plus faible.

Le malade assurait souffrir beaucoup plus la nuit que le jour; il avait eu des maux vénériens, et était encore affecté d'un écoulement chronique par l'urètre. M. Dupuytren administra des pilules de jusquiame blanche et d'aconit d'un 1/2 grain. Il n'y avait point d'appétit. Les douleurs étaient accrues par les mouvements de la mâchoire. Au bout d'un mois, il ne s'était manifesté aucune amélioration. Le malade était en proie à de vives douleurs survenant par crise, toujours plus rapprochées et plus fortes la nuit. On céda aux instances de Dobré en prescrivant sans espoir de succès un traitement antivénérien. Quelques jours après, il y eut une diminution sensible dans les douleurs. Le sommeil reparut. Cette amélioration se soutint pendant deux mois; elle était évidente lorsque le malade sortit le 13 septembre; mais les dents étaient toujours mobiles, et l'os maxillaire ne présentait pas plus de consistance.

Obs. IV. — *Ostéosarcome de l'os maxillaire supérieur gauche.* — Chaillou (Michel), âgé de vingt-cinq ans, garçon, entra le 31 mai 1824 à l'Hôtel-Dieu. Ce malade, d'un tempérament nerveux, d'une constitution assez délicate, avait éprouvé deux ans auparavant des douleurs à l'os maxillaire supérieur gauche. Trois mois après, il fit arracher plusieurs dents sans que la douleur cessât. Bientôt il survint de la tuméfaction; des fluxions fréquentes se succédèrent, et la joue ne reprit plus son volume ordinaire. Dix mois avant l'admission du malade, on fit par la bouche l'incision de la tumeur; il s'en écoula du sang et du pus. Deux mois après, M. Nicod appliqua le cautère actuel sur l'ancienne ouverture. A dater de ce moment, la tumeur augmenta; l'œil commença à être poussé hors de l'orbite. Les progrès du

mal forcèrent Chaillou à se faire admettre à l'Hôtel-Dieu.

A cette époque la tumeur occupait la partie supérieure de la joue gauche, et s'étendait en bas jusqu'à la paroi moyenne du masséter; en haut elle soulevait la partie inférieure de l'orbite, et chassait l'œil en avant et en haut. Il y avait exophthalmie. L'œil conservait une transparence parfaite de ses humeurs. La tumeur déjetait la narine gauche et le nez du côté droit. Sa consistance était dure, et ressemblait à celle des corps fibro-squilleux. A l'intérieur de la bouche, en dehors de l'arcade dentaire, au niveau des dernières dents molaires, existait une ulcération large et profonde, à bords fongueux, par laquelle s'écoulait de temps en temps du pus et du sang. Quelques jours avant l'entrée du malade, un petit abcès s'était ouvert au-dessous de la paupière inférieure. Pendant le séjour de Chaillou à l'Hôtel-Dieu, on fit sur la tumeur des fomentations d'opium; à l'intérieur on administra des pilules de jusquiame et d'aconit. Lors de sa sortie, qui eut lieu le 29 juin, le mal était le même; l'os était toujours mou, fongueux, et laissait couler du pus et du sang (1).

Le pronostic de l'ostéosarcome est d'une extrême gravité, car par sa nature cancéreuse il a la plus grande tendance à récidiver; aussi doit-il être plutôt considéré comme une maladie générale que comme une affection locale. Cette altération des os n'est pas cependant au-dessus des ressources de l'art, et dans plusieurs cas l'amputation de l'os maxillaire atteint d'ostéosarcome a été suivie de guérison.

Obs. V. — *Ostéosarcome naissant de la partie la plus reculée de l'os maxillaire supérieur gauche.* — Amputation. — Hémorrhagie. — Cautérisation. — Compression par le tamponnement. — Erysipèle à la face. — Prostration. — Retour des forces. — Guérison. — Treffièrre (Louis), âgé de cinquante-quatre ans, veuf, cultivateur, d'une grande taille, d'une assez bonne constitution, avait été rarement malade; il y a quatre à cinq ans il s'aperçut qu'il portait au-dedans

(1) Observation recueillie par M. Laugier.

de l'arcade alvéolaire gauche une petite tumeur dure; elle lui faisait éprouver peu de douleurs; croyant avoir quelques racines de dents cariées, et, toujours occupé aux travaux de la campagne, il fit peu d'attention à la maladie qui commençait. Plus tard la tumeur augmenta, et tout le bord alvéolaire parut tuméfié; il fallut pratiquer l'arrachement de plusieurs grosses molaires qui étaient mobiles, et en quelque sorte chassées de leurs alvéoles. Les douleurs étaient devenues un peu plus vives, Treffière quitta son village pour consulter un médecin. On lui conseilla d'appliquer dans la bouche, sur la tumeur elle-même, des sangsues; six furent posées; elles causèrent un tel soulagement que pendant quelques mois le malade se crut guéri. Il y a quinze mois, des douleurs sourdes se firent sentir de nouveau, et la tumeur s'étendit en arrière et en dedans; le côté gauche de la bouche ne pouvait plus servir à la mastication, la parole commençait à être gênée; depuis trois mois la tumeur s'est encore accrue. On appliqua pour la seconde fois des sangsues, mais elles n'eurent aucun effet avantageux; enfin le malade, bien conseillé, arriva à Paris le 13 août. Il se fit admettre immédiatement à l'Hôtel-Dieu, et fut couché au n° 13 de la salle Saint-Agnès dans l'état suivant: Constitution assez bonne, teint coloré, appétit et sommeil ordinaires; la bouche est entr'ouverte, les lèvres ne s'opposent qu'imparfaitement à l'écoulement de la salive; la parole est embarrassée, il semble que le malade parle ayant la bouche pleine; la joue gauche est légèrement tuméfiée au-dessous et au-dedans de la pommette; cette tuméfaction est dure, sans douleurs à la pression. En écartant la commissure gauche, et après avoir fait ouvrir largement la bouche, on remarque au côté gauche de la mâchoire supérieure une tumeur du volume à peu près du poing; elle s'étend jusqu'aux portions du voile du palais; la voûte palatine gauche elle-même est très tuméfiée, et le bord alvéolaire descend fort bas. Les dents de la mâchoire inférieure, qui toutes existent, ont creusé des sillons sur cette tumeur. Au premier abord, celle-ci paraît unie à la mâchoire inférieure, qui dans tous les cas

ne serait pas le point de départ du mal et qui n'aurait été affectée que par contiguïté. Cette tumeur est bosselée, recouverte par la membrane muqueuse; elle n'offre point de végétations ni d'ulcérations; sa consistance n'est pas partout la même: en quelques points on la trouve très résistante, en un mot, osseuse; en d'autres elle est molle, se laisse déprimer; mais elle ne présente nulle part de fluctuation; les douleurs qu'elle fait éprouver sont peu vives quoique continues; le malade se plaint surtout de la gêne qu'elle cause, tant dans l'acte de la déglutition que dans la parole et dans l'occlusion de la bouche. A peine a-t-il été examiné avec soin, qu'il demande si l'opération peut être pratiquée, et de suite il annonce qu'il se sent le courage de supporter tout ce qu'on voudra entreprendre. M. Dupuytren pense que ce malade est affecté d'ostéosarcome de la mâchoire supérieure, mais cet ostéosarcome est indolent, parce que l'élément osseux l'emporte sur l'élément sarcomateux. Quoi qu'il en soit de cette composition, il faudrait avoir bien peu de connaissances de ces sortes de maladies pour ignorer que, maintenant indolente, cette tumeur peut devenir douloureuse, et une fois le changement du tissu ostéo-fibreux en ostéo-sarcomateux annoncé par les élancements, que sera-t-il possible de faire pour soulager le malade? rien; dès lors il faut se hâter de le débarrasser. Mais avant de prendre un parti, l'observation est nécessaire.

Le 26 août, on examine de nouveau la tumeur, et l'on porte surtout l'attention vers l'endroit où l'on pense que la maladie de la mâchoire supérieure a contracté des adhérences, des connexions intimes avec la mâchoire inférieure. On trouve d'abord le point précis où s'ouvre le conduit de Sténon; et on acquiert bientôt la certitude que la maladie tout entière appartient au maxillaire supérieur; mais elle envoie un prolongement du côté de l'os de la pommette, et un autre le long de la face interne de la branche de l'os maxillaire inférieur. Quoique l'ostéosarcome s'étende fort loin, on s'assure qu'il n'y a pas d'adhérences avec la paroi postérieure du pharynx. M. Dupuytren déclare que, se rendant au

désir du malade, il pratiquera l'amputation de la mâchoire; mais il ne se dissimule pas les difficultés qu'il aura à vaincre, surtout par la proximité des vaisseaux; quant aux accidents, il espère les éviter ou les combattre avec succès. Qui ne sait que Desault éprouva toujours beaucoup de difficultés dans les amputations d'ostéosarcome et qu'il réussit rarement à les enlever en totalité? La raison de ces cas malheureux c'est qu'il agissait à travers une ouverture étroite sur des parties profondément situées. Frappé de ces obstacles et de la fréquence des récidives, le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, pour arriver à une extirpation plus complète, a proposé depuis long-temps de fendre un des commissures des lèvres et la joue du même côté; les tumeurs de la mâchoire supérieure sont alors mises à nu, on peut les enlever comme si elles étaient ailleurs que dans une cavité; plus de dix malades ont tous été opérés avec succès de cette manière; aussitôt après on pratique une suture, et par la suite il ne reste à la face qu'une cicatrice linéaire. C'est ainsi qu'on se propose d'agir à l'égard de Treffièrre. Dans les premiers jours du mois de septembre, M. Flaubert, de Rouen, voit le malade; il pense que l'opération doit être pratiquée; cependant, en examinant au grand jour l'arrière-bouche, il croit trouver près du pilier antérieur du voile du palais quelques granulations qui le feraient hésiter. M. Dupuytren combat son opinion, et croit que les granulations dont on lui parle sont le résultat de quelque altération de l'amygdale.

Le 24 septembre, le célèbre Astley-Cooper assiste à la visite, et lorsqu'on lui a présenté le malade, il déclare que l'opération est nécessaire et qu'elle doit être pratiquée sans délai. Après un avis d'une aussi haute importance, l'hésitation n'est plus permise; on ordonne de préparer le malade par la diète et par un doux laxatif.

Le 26, l'amputation de la mâchoire supérieure est faite à l'amphithéâtre, en présence du chirurgien anglais, de la manière suivante: Treffièrre est assis sur une chaise et convenablement maintenu par des aides; le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu commence par pratiquer une large incision qui,

partant à une ligne au-dessous de la commissure gauche de la bouche, s'étend jusqu'au bord antérieur du muscle masséter; la lèvre supérieure de cette plaie contient le conduit de Sténon, les vaisseaux et les principaux nerfs de la joue. Après cette incision douloureuse, mais supportée avec courage, il s'écoule par trois jets différents du sang artériel; trois ligatures simples sont placées; les fils sont coupés près du nœud: tout écoulement de sang cesse. En faisant écarter par des aides les lèvres de la plaie, on voit parfaitement la tumeur et on juge de son étendue. On commence par la séparer des parties molles en dedans et en dehors; pour cela on se sert d'un bistouri droit, puis d'un bistouri boutonné. Dès que M. Dupuytren est arrivé sur les saillies osseuses, il prend une tenaille incisive avec laquelle il divise l'extrémité antérieure de la tumeur, c'est-à-dire le bord alvéolaire; il prolonge cette division des os en dedans et en dehors, et bientôt la tumeur est mobile.

Le malade avait perdu peu de sang; cependant il eut plusieurs syncopes, dues autant à la chaleur qui régnait dans l'amphithéâtre qu'aux douleurs causées par l'opération, il n'y avait pas d'inconvénient à attendre. On le plaça sur un lit, on lui jeta de l'eau froide sur la face, on lui fit respirer du vinaigre, boire quelques gorgées de vin. Il revint à lui sans perdre courage, car il demanda que l'opération fût continuée. Après environ dix minutes d'attente, il fut assis sur le lit; l'opérateur se servit seulement des doigts pour dégager la tumeur avec les doigts, et s'assurer si elle était complètement détachée: elle le parut; aussitôt il la saisit avec de fortes pinces de Musseux; une bride qui existait en arrière fut coupée avec ménagement, et après quelques tractions douces et modérées, la tumeur fut enlevée. Il ne s'écoula point de sang; le malade, qui déploya un courage remarquable, se mit à sourire, et dit qu'on lui avait enlevé une partie de la tête, que maintenant il ne lui manquerait pas de place pour manger. On peut juger du vide qui existait dans la bouche en pensant que la tumeur avait au moins le volume du poing. La plaie faite à la face fut réunie immé-

diatement à l'aide de trois points de suture entortillée. Le malade fut reconduit à son lit; il était pâle, cependant il n'avait pas perdu quatre onces de sang. On recommanda une surveillance continuelle; on fit donner pour boisson de l'eau de tilleul et de fleurs d'oranger édulcorée avec le sirop de gomme. La tumeur qui venait d'être enlevée avec autant de bonheur que d'habileté fut examinée; on put se convaincre de suite que l'on n'avait rien laissé qui pût devenir le point de départ d'une récidive; partout, en effet, elle était environnée de parties saines. Le pilier antérieur du voile du palais existait sur son extrémité postérieure, et avec lui une partie de l'amygdale, qui était granuleuse, altérée, mais nullement carcinomateuse. La tumeur était un ostéo-sarcome, et comme on l'avait pensé, l'élément osseux prédominait; dans le centre, on trouva un point plus ramolli; la dégénérescence était assez avancée; les deux prolongements, celui qui se dirigeait vers la pommette et celui qui avait fait craindre une communication avec la mâchoire inférieure étaient compris dans la tumeur enlevée; sur l'arcade alvéolaire on trouva quelques racines cariées; elles tombaient presque d'elles-mêmes, car elles avaient été chassées de leurs cavités alvéolaires, qui étaient détruites, et restaient implantées dans les parties molles. Tout ce qui dépendait de l'opérateur a donc été fait; la maladie de la mâchoire supérieure a été enlevée jusque dans ses racines.

A une heure après midi, le chirurgien de garde qui était près du lit de ce malade s'aperçoit qu'il s'écoule par la bouche un peu de sang artériel; la cavité est remplie de caillots; on les dégage avec les doigts; on fait tomber de l'eau froide, et on pratique quelques lotions avec des compresses mouillées, portées avec des pinces à anneaux là où la tumeur existait et d'où l'on suppose que le sang vient. Une heure se passe ainsi, le sang ne cesse pas de couler, les caillots remplissent la bouche: il fallait agir. On enlève les aiguilles, on écarte les lèvres de la plaie, et l'on voit de son fond sortir du sang artériel, mais il n'est pas fourni par des gros vaisseaux. On fait rougir plusieurs fers de diverses

formes, on les porte sur les parties molles qui fournissent le sang. On est long-temps à arrêter cette hémorrhagie, car au moment où le fer chaud à blanc appuie sur les parties, le sang a déjà coulé, et d'ailleurs on ne veut pas produire d'escarres trop profondes.

Le malade avait toujours le même courage; aussitôt qu'il sentait un peu de sang couler, il recommandait de ne rien négliger et de ne pas craindre de reporter le cautère. Douze cautérisations pour le moins furent pratiquées; l'hémorrhagie cessa; une cautérisation à laquelle on était loin de songer fut nécessaire: une des aiguilles placées pour opérer la suture de la joue avait traversé une artère coronaire qui ne cessait de fournir du sang. Pour pratiquer cette cautérisation, on se servit d'un stylet aiguillé. Depuis trois heures jusqu'à six heures, le malade fut très calme et sans accidents; mais alors l'hémorrhagie se manifesta de nouveau. On craignit de susciter une inflammation trop vive en portant de nouveau le cautère; on aima mieux faire la compression à l'aide de boulettes de charpie saupoudrée de colophane; douze ou quinze boulettes furent placées: il ne s'écoula plus de sang. Le malade fut veillé toute la nuit.

Le 27, la nuit a été un peu agitée; cependant ce matin le malade est assez bien; il ne s'écoule pas de sang, les forces ne sont pas épuisées; la joue est tuméfiée. M. Dupuytren pratique de nouveau la suture de la plaie à la joue; il ajoute une quatrième aiguille; les fils sont peu serrés, et cela doit être, car le gonflement augmentera. Le chirurgien craint que la cautérisation n'ait attaqué quelques unes des parties que l'on avait eu le bonheur d'éviter pendant l'opération; il pourrait bien survenir une hémorrhagie consécutive; on ordonne vingt sangsues au cou et les mêmes tisanes. Le 28, le gonflement a augmenté; le chirurgien de garde fait appliquer des sangsues; on les réitère, car la tuméfaction est très grande; d'ailleurs le malade souffre peu et il est très calme; l'hémorrhagie est toujours heureusement suspendue.

Le 29, la tuméfaction commença à décroître; le pouls est plein, la peau chaude, cependant la fièvre n'est pas trop ar-