

dente. Il n'y a pas de difficulté à respirer, pas de délire, de vomissements; il y a eu une selle qui n'a été facilitée par aucun moyen émollient ou drastique. Cataplasmes sur la joue. Le 30, l'inflammation tombe de plus en plus, seulement il existe un peu de suppuration entre la lèvre, à la plaie de la face. Le malade sent dans la bouche la charpie avec laquelle on a pratiqué le tamponnement; il s'inquiète, et croit que l'hémorrhagie se reproduit; il est facile de le dissuader. 6 octobre; depuis plusieurs jours toutes les boulettes de charpie sont tombées; le malade respire et avale avec facilité; les escarres commencent à se détacher. C'est le moment où on ne doit plus le quitter, car il peut survenir une hémorrhagie qui serait mortelle si on ne cautérisait pas immédiatement.

Le 13, le malade était très bien, quoiqu'un peu faible; il n'était pas survenu d'écoulement de sang, lorsque dans la journée il a été pris d'envies de vomir, de frissons; un érysipèle s'est développé à la face; il paraît intense et donne quelques inquiétudes. On ne peut l'attaquer par les évacuations sanguines, qui ont déjà été nombreuses et ont épuisé le malade; il faut déterminer une crise artificielle. On ordonne deux vésicatoires sur chaque joue; déjà les aiguilles ont été retirées, les fils sont tombés. Une once d'huile de ricin est également prescrite. Le 15, on a fait avorter l'érysipèle, mais le malade reste plongé dans une faiblesse très grande; il peut à peine se soulever; il répond lentement aux questions qui lui sont adressées; il est amaigri. Cependant on essaie de le retirer de cet état de prostration. On recommande de le lever et de le tenir assis près d'une fenêtre à l'exposition du soleil. On lui accorde de la limonade vineuse, peu d'aliments, mais souvent réitérés. Treffièrre se plaint d'éprouver de la surdité.

Peu à peu les forces se rétablissent, le malade ne tarde pas à se promener, aidé de deux infirmiers; il boit avec plaisir un verre de vin généreux; il mange avec appétit; il a plus d'énergie, ses mouvements sont plus rapides. Dans le courant de novembre, Treffièrre se trouvait très bien et hors de

danger, toutes ses fonctions se faisaient bien. Il avait repris des forces; aussi sortit-il le 29 novembre pour retourner en son pays; son embonpoint était un peu revenu; il avait sur la joue gauche une cicatrice linéaire de trois pouces, et dans la bouche, du même côté, une énorme cavité déjà revenue sur elle-même, et qui n'offrait pas le moindre signe de récédive; toutefois il restait au malade une infirmité qu'on n'avait pu prévoir, malgré l'accroissement prodigieux de l'ostéosarcome. Avant l'opération il jouissait de l'ouïe dans son intégrité, après l'opération l'ouïe était encore intacte; mais après l'érysipèle, Treffièrre fut affecté de surdité. On espérait que cette surdité guérirait, mais elle a persisté. Cependant, sa cause, qu'il faut chercher dans l'érysipèle, a été promptement détruite et vaincue, comme on le dit, à coups de vésicatoires. On ne peut expliquer ce fait qu'en admettant qu'il y a eu une inflammation vive des membranes de l'ouïe; cependant le dégorgeement aurait dû arriver. Quoi qu'il en soit de cette infirmité, dût-elle même persister tout le temps qui reste à vivre au courageux Treffièrre, elle n'est d'aucune importance. Et qui ne voudrait, au risque d'une semblable infirmité, qui encore est la suite d'accidents non prévus; qui ne voudrait, dis-je, acheter à ce prix la guérison d'une maladie qui long-temps a fait le désespoir de l'art de guérir (1)?

Cette observation offre plus d'un genre d'intérêt. Comme dans les faits précédents nous voyons la maladie se montrer sans cause connue, envahir l'os, le désorganiser. L'individu qu'elle atteint est dans la force de l'âge, d'une bonne constitution, sans aucune de ces habitudes qui détériorent l'organisation, comment donc s'expliquer cette fatale prédisposition? Existe-t-il dans la trame de nos tissus quelque dérangement morbide congénial qui nous voue à tel genre de maladie plus qu'à tel autre? Les affections héréditaires sembleraient le prouver.

Quoi qu'il en soit de ce sujet qui mérite d'appeler l'atten-

(1) Observation recueillie par M. Ch. Fournier d'Arras.



tion, Treffière vient réclamer les secours de la chirurgie pour un ostéosarcome à l'os maxillaire supérieur. Un praticien distingué hésite, il craint une complication fâcheuse; mais l'œil de M. Dupuytren ne se laisse pas tromper; il propose l'amputation, son opinion est aussi celle de l'illustre Astley Cooper. Jusqu'à M. Dupuytren l'opération était difficile, souvent sans succès, parce qu'on n'agissait qu'à travers une ouverture étroite; aussi Desault parvenait-il rarement à extirper le mal en totalité. En imaginant de fendre une des commissures des lèvres et la joue du même côté, l'opération est admirablement simplifiée, et l'ablation de la tumeur peut être faite en entier.

C'est d'après ces principes que M. Dupuytren se conduit. Le malade souffre avec un grand courage; l'exploration montre que les parties restantes sont saines; le lambeau est rapproché de la peau du côté opposé et réuni par une suture entortillée. Ici se présente une complication ordinaire, c'est l'hémorrhagie. Dans les affections cancéreuses, les vaisseaux ont acquis des dimensions plus considérables, et sont en outre excessivement nombreux; la ligature est alors impraticable; le moyen le plus efficace est la cautérisation. Elle est pratiquée jusqu'à douze différentes reprises chez notre malade, sans qu'on puisse se rendre entièrement maître du sang. Enfin on découvre qu'une des aiguilles a intéressé une branche de l'artère coronaire et le tamponnement vient arrêter l'hémorrhagie.

Une opération aussi pénible aurait dû entraîner après elle des suites fort graves. Il se manifesta, à la vérité, un gonflement assez considérable, il est avantageusement combattu par des applications répétées de sangsues. Tout marche vers une guérison prompte, lorsqu'un érysipèle de la face vient inspirer des inquiétudes fondées qu'accroît encore la prostration qui lui succède. Deux vésicatoires font avorter la maladie en deux jours. La nature seconde l'art, et le malade sort triomphant de ces épreuves multipliées, donnant ainsi un nouvel exemple des ressources immenses de la chirurgie.

OBS. VI. — *Énorme ostéosarcome développé dans la cuisse gauche. — Amputation dans la continuité. — Mort trente jours après l'opération. — Autopsie cadavérique.* — La nommée Henry, âgée de quarante-trois ans, d'un tempérament nervoso-bilieux, affectée plusieurs fois de gale et de syphilis, dont elle avait été bien guérie, se maria avec un militaire, qu'elle suivit en Espagne, en Russie, en Angleterre. Pendant ses voyages, elle devint mère de six enfants, et ne cessa d'être toujours bien réglée. Sa santé était bonne, lorsque, dans le mois de septembre 1814, elle tomba sur le genou gauche et se déchira les téguments. Cet accident ne l'empêcha pas de se lever au bout de trois ou quatre jours, et de reprendre ses occupations accoutumées.

Cependant trois semaines après le genou devint le siège de douleurs sourdes et fréquentes; il n'était ni rouge ni gonflé. A partir du mois de janvier 1815, la partie la plus inférieure de la cuisse augmenta de volume. Bientôt cette tuméfaction s'accrut avec rapidité, s'accompagna de douleurs lancinantes; l'appétit diminua, l'embonpoint disparut, le sommeil se perdit, et cette malheureuse, en proie à des douleurs continuelles que rien ne pouvait calmer, voyant chaque jour son mal augmenter avec une rapidité incroyable, se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu le 9 octobre 1816.

La cuisse gauche offrait, dans ses quatre cinquièmes inférieurs, une tumeur qui avait en circonférence un pied onze pouces, en hauteur, en avant un pied, en arrière huit pouces, sur les côtés dix pouces. Elle était partout dure et rénitente, excepté en dedans, où on observait un peu de mollesse. La peau, tendue, semblait prête à se déchirer. Au-dessous serpentaient des veines nombreuses et distendues. En dedans et en dehors, on distinguait la forme des condyles du fémur gonflé. La rotule paraissait saine; l'articulation du genou était libre, la jambe non infiltrée, l'articulation iléo-fémorale dans une parfaite intégrité, ainsi que toutes les parties molles situées en avant, sept pouces au-dessous du pli de l'aîne, et en arrière huit à dix pouces au-dessous de la tubérosité de l'ischion.



La maigreur était extrême, le visage pâle, le pouls petit, la respiration courte, l'abdomen indolent. La malade, privée de sommeil depuis long-temps et connaissant la gravité de sa position, n'avait qu'un seul désir, qu'elle manifestait hautement, c'était d'être débarrassée de son membre.

Sans doute une tumeur de cette nature devait inspirer des craintes sur le sort de cette femme ; mais son courage et son excellent moral pouvaient faire concevoir quelque espérance, et mettre en sa faveur toutes les chances possibles de guérison. Dans l'intervalle qui précéda l'opération, on appliqua sur la tumeur des embrocations de laudanum.

Quelle conduite d'ailleurs devait-on tenir ? En abandonnant la maladie à elle-même, l'infortunée qui en était atteinte était vouée à une mort certaine, au milieu des douleurs les plus affreuses. En pratiquant l'amputation, il y avait à craindre des suites funestes ; mais aussi il était permis d'espérer un résultat favorable. Il restait à déterminer le lieu où on devait la pratiquer.

En la faisant dans la continuité, on pouvait redouter la suppuration ; en la pratiquant dans la contiguïté, on avait une plaie très large, composée de tissus très différents, et dont la gravité augmentait par le voisinage d'une grande cavité.

M. Dupuytren voulut, avant de rien tenter, examiner sur le cadavre si l'amputation dans l'article pouvait être faite plus promptement, et surtout de manière à avoir une plaie moins étendue que celle qui accompagne les procédés ordinaires. Il essaya d'appliquer à ce cas l'opération qu'il pratique pour l'extirpation du bras dans son articulation supérieure. Et d'abord, un aide comprimant la fin de l'iliaque externe derrière le pubis, il commença par faire en dehors, avec le couteau ordinaire, une incision semi-elliptique, dont la convexité se dirigeait en bas, l'extrémité antérieure au pli de l'aîne, la postérieure vers la tubérosité de l'ischion. Pendant ce premier temps, la cuisse fut portée dans l'adduction, et on forma un lambeau composé des muscles facia lata, fessiers, etc. ; puis passant au-dessus du grand trochanter, l'opérateur pénétra dans l'articulation

iléo-fémorale, et termina en faisant un second lambeau de même forme que le premier, et qui comprenait les gros vaisseaux et tous les muscles de la région interne. On appliqua ensuite les ligatures.

M. Dupuytren ayant remarqué qu'il était assez difficile de pénétrer dans l'articulation par son côté externe, et d'opérer ensuite la luxation en portant le membre en dedans, essaya de commencer par le lambeau interne. Les vaisseaux cruciaux furent liés aussitôt, puis il pénétra facilement dans l'articulation, et termina très promptement l'opération. Ce procédé était plus prompt, et d'ailleurs au moins aussi sûr que le premier ; aussi fut-il d'avis de l'adopter dans le cas où il devrait pratiquer l'amputation dans la contiguïté. Toutefois il fit remarquer que la plaie était encore fort large, composée de tissus différents, etc., mais qu'elle avait le grand avantage d'offrir une gouttière disposée de haut en bas ou d'avant en arrière.

La malade étant bien disposée, M. Dupuytren pria plusieurs personnes de donner leur avis sur ce qu'on devait faire : toutes furent d'accord qu'on pratiquât l'amputation. Quelques uns proposèrent de la faire dans la contiguïté ; mais d'autres, parmi lesquelles se trouva M. Petit, penchèrent pour la continuité, en s'assurant auparavant que les parties molles et l'os étaient sains à une certaine hauteur. M. Petit appuyait son opinion en disant que si la maladie était bornée à une partie du fémur, on pouvait amputer au-dessus ; que si l'affection était générale, l'amputation dans l'article ne pouvait sauver la malade. M. Dupuytren se rangea à ce dernier avis.

La malade et les aides convenablement disposés, un de ces derniers se plaça du côté droit, comprimant la fin de l'iliaque externe derrière le corps du pubis ; M. Dupuytren, se tenant en dehors du membre, fit à la peau une incision circulaire qu'il commença en avant, sept ou huit pouces au-dessous du pli de l'aîne. Un aide augmenta avec ses mains la rétraction naturelle des téguments, puis l'opérateur pratiqua la section des muscles ; mais à peine était-



elle commencée que la malade s'étant soustraite, par ses mouvements, à la compression, une grande quantité de sang artériel se joignit au sang veineux que fournit dans toutes les amputations la partie inférieure du membre, et forma un flot qui put effrayer quelques personnes. Mais, M. Dupuytren faisant lui-même la compression, les artères crurale, profonde, obturatrice, circonflexe, furent bientôt liées, l'hémorrhagie cessa; alors, reprenant le couteau, l'opérateur acheva la section des muscles en remontant vers l'extrémité supérieure du fémur: une compresse fendue fut placée, et l'os scié à la base du petit trochanter. On remarqua, pendant cette section, que le son qui en résultait était celui d'un os sain. Beaucoup d'autres ligatures furent encore placées, et lorsqu'on se fut assuré que toutes les artères étaient liées, on pansa la plaie et on en rapprocha les bords transversalement, après avoir placé auparavant un plumasseau entre le fémur et la lèvre externe de la plaie. Les ligatures furent mises dans chacun des angles de cette dernière, et la malade reportée dans son lit.

En examinant la cuisse, on vit que la peau était saine, excepté vers le condyle interne du fémur; elle recouvrait une couche de tissu cellulaire plus épaisse et contenant une quantité de graisse plus considérable qu'on eût pu le penser. Les muscles étaient tous aplatis, mais rouges et non dégénérés. Quelques uns étaient logés dans les sillons de la tumeur, sillons dont sans doute ils avaient déterminé la formation. Les vaisseaux et les nerfs avaient aussi subi un aplatissement considérable, le calibre de l'artère était un peu diminué, l'articulation tibio-fémorale saine.

La tumeur isolée pesait neuf livres trois quarts; elle était blanche, bosselée, rénitente, couverte d'une couche fibreuse, offrait en dedans et en arrière plusieurs points dégénérés, naissait du quart inférieur du fémur, et lui était ensuite contiguë jusqu'à son tiers supérieur. L'os et la tumeur sciés d'avant en arrière, on vit cette dernière formée, dans la plus grande partie de son étendue, de tissu fibreux et cellulaire contenant de la sérosité combinée. En arrière, existait un

vaste foyer purulent. Cet ostéosarcome naissait principalement des condyles du fémur.

Entre ces condyles et le corps du fémur existait, de bas en haut et d'avant en arrière, une solution de continuité réunie par un tissu fibreux. La moelle avait dans plusieurs points une consistance comme fibreuse, était rouge dans certains endroits, jaune dans d'autres.

Le premier jour, face pâle, faiblesse générale très grande; la malade avoue que depuis plus de deux mois les douleurs la forcent à garder une diète sévère. La crainte de ne point être opérée l'a engagée, dit-elle, à ne point parler plus tôt de ce fait. Potion antispasmodique; infusion de fleurs de tilleul et d'oranger, bouillons. Le deuxième, pouls fébrile, face abattue, voix faible, plusieurs heures de bon sommeil dans la nuit. Vin sucré dans la journée. Le troisième; la face et la voix ont repris leur caractère naturel; l'appareil est imbibé de sérosité légèrement sanguinolente. Bouillon avec un peu de crème de riz. Le cinquième, nuit agitée; on renouvelle les pièces extérieures de l'appareil. Le sixième, continuation de l'anxiété; suppuration de bonne nature, apparition des règles. Le septième, les règles cessent de couler; douleur de côté, qui disparaît dans la journée. Le huitième, sommeil meilleur, appétit bon, on saupoudre la plaie de kina. Le douzième, la plaie est très belle; on en rapproche davantage les bords. Le quinzième, les ligatures tombent; le cercle de celles qui embrassaient les artères crurale et profonde ont à peu près deux lignes et demie de diamètre. Dans la journée, bouche très amère, douleur à l'épigastre, embrocation avec une solution d'opium. Le seizième, état satisfaisant de la plaie, amertume plus grande de la bouche, douleur plus forte à l'épigastre, envies de vomir. Le soir, prescription de vingt-quatre grains d'ipécacuanha en trois doses. Pendant les efforts du vomissement, qui donne lieu à l'évacuation de mucosités et de bile, on comprime l'artère crurale. Ces évacuations sont suivies de déjections alvines bilieuses très abondantes. La douleur à l'épigastre persiste. Lavement avec le laudanum, embrocation opiacée. Le dix-



huitième, application de dix sangsues à l'épigastre, suivie de soulagement et de sommeil pendant la nuit. L'amertume de la bouche continue. Le vingtième, plaie grisâtre, sèche; plumasseau chargé de digestif et de kina. Bière, eau de Seltz. Le vingt-unième, dévoiement, retour de la douleur à l'épigastre, vomissement du bouillon. Le vingt-troisième, anxiété, langue et plaie sèches. On prescrit une potion de quatre onces d'eau de fleurs de tilleul et d'oranger, un demi-gros d'acétate d'ammoniaque, 5 gouttes de laudanum et un lavement émollient. Dans la journée, affaissement extrême. Suppression de la potion, vin sucré. Le vingt-quatrième, les forces semblent un peu relevées. Eau de Seltz, bière, eau et vin sucrés. Le vingt-cinquième, on remarque que les matières du dévoiement contiennent comme des morceaux de chair hachée et lavée. Le vingt-sixième, la plaie a repris un meilleur aspect, mais l'état général de la malade est toujours fâcheux. On ajoute à la prescription ordinaire des pilules dans lesquelles entrent le sulfate de zinc et le cachou. On observe vers l'arcade crurale une saillie offrant de la fluctuation. Le vingt-septième, dégoût pour toute espèce de médicaments, affaiblissement du moral, mauvais état de la plaie et de la santé générale; déjections involontaires, anxiété et insomnie continuelles, altération de la face. Mort le trentième jour.

*Autopsie cadavérique.* — La muqueuse de l'estomac et celle de l'intestin grêle présentent quelques légères traces de phlogose. Le cœcum et le commencement du colon offrent une inflammation évidente; la portion transversale de ce dernier est rétrécie. La portion iliaque et le rectum sont rouges, plus enflammés que le reste du canal intestinal, et paraissent avoir fourni cette matière rouge, grise, morcelée, suspendue dans un liquide semblable à de la lavure de chairs; les autres organes de l'abdomen et ceux de la poitrine sont sains.

Deux foyers purulents se sont formés sous les téguments du moignon. Un troisième existe entre les chairs, tout auprès du fémur; ce dernier est sain.

Le tissu cellulaire environnant l'extrémité liée de l'artère crurale est ossifié; un caillot adhérent ferme toutes les extrémités artérielles. Un caillot existe dans la veine crurale et remonte jusqu'à la partie moyenne de l'iliaque primitive, envoyant dans l'hypogastrique un prolongement qui ne laisse que la moitié du calibre de cette veine libre. La surface extérieure de ce caillot adhère aux parois veineuses; l'extrémité inférieure de ce même caillot offre dans son intérieur une assez grande quantité de pus (1).

Déjà nous avons fait observer que les chutes, les violences extérieures, étaient, dans plusieurs circonstances, le point de départ des maladies cancéreuses; l'observation précédente est un fait de plus à ajouter. Les symptômes ne pouvaient laisser aucune incertitude sur la nature du mal; sa terminaison, presque toujours funeste, faisait une loi de pratiquer l'amputation. Le choix du procédé fut quelque temps incertain. Devait-on faire l'opération dans la contiguïté ou dans la continuité du membre? Les motifs allégués par M. Petit furent adoptés par M. Dupuytren, et l'amputation dans la continuité fut préférée. Mais ayant, le chirurgien de l'Hôtel-Dieu voulut s'éclairer par des expériences sur le cadavre. Ses recherches lui démontrèrent qu'il était beaucoup plus prompt et plus facile de commencer par le lambeau interne, et de luxer le membre en le portant en dedans; c'est le procédé qu'il eût suivi pour la désarticulation, si l'autre mode n'avait été préféré. Tout sembla d'abord réussir; mais il arriva ce qu'on ne voit que trop fréquemment dans les hôpitaux civils, où les sujets sont presque toujours dans des conditions défavorables; une inflammation intense se manifesta, et la malade y succomba. Les règles, dans ce cas, parurent à leur époque, mais elles ne durèrent qu'un jour; résultat qu'on doit attribuer à la perte du sang, à celle du membre, et à la secousse qu'avait éprouvée l'organisation.

OBS. VII. — *Ostéosarcome développé dans la partie supérieure du fémur droit.* — *Marche rapide de la maladie.*

(1) Observation recueillie par M. Martin Solon.



— *Mort.* — *Autopsie.* — Eléonore Bouin, âgée de quinze ans, eut dans sa plus tendre enfance des glandes engorgées au col. A treize ans, elle ressentit des douleurs très fortes dans la cuisse droite, et fut réglée à quatorze ans et demi; quelques mois après elle éprouva pour la première fois des douleurs dans le genou droit. Un chirurgien appliqua plusieurs vésicatoires volants autour de la partie supérieure du membre malade. Eléonore se trouva d'abord soulagée; mais bientôt les moyens devinrent insuffisants, l'affection fit de nouveaux progrès, et la malade entra à l'Hôtel-Dieu le 23 mai 1816. Voici dans quel état elle se trouve :

La partie supérieure de la cuisse droite est d'un tiers plus grosse que la gauche. La tumeur en dehors commence au-dessous de la crête de l'os des îles, et se termine insensiblement au-dessous du tiers supérieur de la cuisse. En avant, elle commence au-dessous du pli de l'aîne, soulève l'artère crurale, et se termine également à la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la cuisse. En arrière et en dedans, on ne remarque pas de ligne de démarcation tranchée. La surface de la tumeur est très légèrement bosselée; elle est résistante dans le plus grand nombre de ces points. On peut faire exécuter sans douleur des mouvements à l'articulation supérieure du fémur.

M. Dupuytren pense que la maladie a son siège dans la profondeur de la cuisse, et que l'os et le périoste sont gonflés; que l'articulation est saine. Il prescrit des bains et des cataplasmes émollients.

Ce traitement est continué pendant une huitaine; mais un sentiment d'oppression de la poitrine que les bains occasionnent fait suspendre ceux-ci; on applique seulement des cataplasmes émollients. Pendant les quinze jours suivants, la cuisse augmente beaucoup de volume; en la touchant, on croit éprouver un sentiment de fluctuation profonde. Vers le trente-cinquième jour, la fluctuation semble plus superficielle, la peau se tend de plus en plus, la malade souffre beaucoup, mais avec résignation. M. Dupuytren persiste dans son premier sentiment, et quoique la fluctuation soit

plus sensible, il hésite chaque jour à plonger le bistouri dans la tumeur.

Le quarante et unième jour, la jambe est infiltrée, les douleurs sont excessives et la peau sur le point de se rompre. M. Dupuytren nous fait remarquer que les foyers ne communiquent point entre eux; et paraissant craindre de ne pas rencontrer de pus, il plonge, à quelques lignes de profondeur seulement et dans la partie externe de la tumeur, la lame étroite d'un bistouri. L'ouverture ne donne issue qu'à du sang noirâtre. Un stylet pénètre à plus de deux pouces et demi de profondeur, et confirme que les foyers ne contiennent point de pus, mais une substance molle et diffuse. M. Dupuytren pense alors que la tumeur est carcinomateuse, et se félicite de n'avoir fait qu'une simple ponction, dont les suites ne peuvent augmenter la maladie, qui par sa nature est au-dessus des ressources de l'art. L'application des cataplasmes est continuée.

Quatre jours après, les douleurs sont encore plus vives; on frotte la cuisse de laudanum; on en recouvre les cataplasmes, et on donne un demi-grain d'opium à l'intérieur. La petite plaie fournit un peu de sérosité roussâtre.

Les jours suivants, les souffrances augmentent encore; l'opium est donné à la dose d'un grain; la malade est toujours pleine de courage. Cinquante-unième, elle paraît toujours à-coup abattue; le pouls est à peine sensible. La malade dit souffrir plus que jamais; on lui donne un grain et demi d'opium. Le soir, la respiration est difficile, l'abattement plus grand; on prescrit une potion thériacale. Le cinquante-deuxième après son entrée à l'hôpital, cette malheureuse expire, conservant l'air calme qui ne l'avait jamais quitté au milieu de ses souffrances.

*Autopsie.* — La cuisse droite est à peu près trois fois plus volumineuse que la gauche; la peau est tendue, amincie; le tissu cellulaire est converti en une couche fibreuse peu épaisse, qui unit la peau à l'aponévrose distendue du fascia-lata, à travers laquelle on sent une fluctuation manifeste à la vue. Quand on presse un point de la tumeur, les vaisseaux



cruraux sont sains et soulevés par elle. Quelques muscles sont seulement amincis; le plus grand nombre est réduit en une substance semblable à de la lie de vin.

Tous ces débris de muscles enlevés, on voit autour du tiers supérieur du fémur une tumeur blanche, bosselée, résistante, qui a de cinq à six pouces de diamètre. Son extrémité supérieure se termine dans la capsule fibreuse de l'articulation iléo-fémorale; l'inférieure se continue avec le périoste, qui est détaché, rouge et flasque jusqu'au quart inférieur du fémur. La tumeur est couverte d'une espèce de membrane fibreuse; en l'incisant on la trouve formée par une substance résistante, comme fibreuse dans un endroit, plus molle dans un autre, et généralement blanche, inodore, ressemblant assez bien à la substance du cerveau dans laquelle se trouveraient des lamelles osseuses. Cette dégénérescence cancéreuse paraît s'être formée aux dépens de l'os et du périoste.

Le fémur dégagé de toutes les parties molles, on le voit érodé depuis la bifurcation de sa ligne âpre, jusqu'à la base de sa tête. Le grand trochanter n'est point altéré dans la partie qui donne attache au muscle petit fessier. Les cartilages de la tête du fémur et de la cavité cotyloïde sont sains; le corps de l'os vasculo-cellulaire est blanc, plus gros et plus dense que dans son état naturel. Les cavités splanchniques n'offrent rien de remarquable.

Cette maladie était donc au-dessus de toutes les ressources de l'art. Pouvait-on, en effet, pratiquer l'amputation d'une articulation supérieure du fémur? Mais il n'est pas encore décidé si, dans toute espèce de cas, cette opération n'est pas plus dangereuse que la maladie pour laquelle on la pratique; et d'ailleurs elle était tout-à-fait contre-indiquée chez notre malade, puisque la plupart de ses muscles étaient désorganisés ou atrophiés (1).

OBS. VIII. — *Maladie du genou. — Ostéosarcome du fémur. — Mort.* — Marguerite Mabile, élève des Enfants-

(1) Observation recueillie par M. Martin Solon.

Trouvés, âgée de vingt et un ans, occupée aux travaux de la campagne, avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'à la fin d'une première grossesse qui se termina par un accouchement heureux, le 17 janvier 1806.

Huit jours avant d'accoucher, elle ressentit pendant quelque temps des douleurs vives dans le genou gauche; ces douleurs cessèrent bientôt pour reparaître trois jours après l'accouchement, accompagnées d'un léger gonflement de la partie, sans rougeur sensible. A dater de cette époque, la maladie fit des progrès; le gonflement du genou, les douleurs augmentèrent; le membre s'infiltra au-dessus et au-dessous de la tumeur; les veines cutanées devinrent variqueuses. Actuellement cette maladie s'offre sous l'aspect d'une tumeur d'un pied de diamètre, produite par l'écartement du tissu osseux des extrémités du fémur et du genou, parsemée de veines variqueuses et superficiellement ulcérées à l'endroit où elle appuie sur les oreillers. Des compresses mouillées de décoction narcotique paraissent être les seuls moyens mis en usage depuis les vésicatoires anciennement employés.

Les calmants à l'intérieur font supporter la douleur, et la constipation se manifeste seulement par intervalles éloignés. Depuis le commencement de la maladie, Mabile n'a pas la moindre apparence de menstrues. Malgré l'emploi des calmants à l'intérieur, des narcotiques à l'extérieur, la douleur persiste, et ne lui permet de reposer ni le jour ni la nuit; la tumeur augmente, la jambe et la cuisse s'infiltrèrent, la fièvre lente survient, et la malade meurt au milieu des plus atroces douleurs.

A l'ouverture du cadavre on trouve que l'extrémité inférieure du fémur est seule malade; que le tibia, le péroné et même les cartilages articulaires de l'extrémité inférieure du fémur sont dans l'état sain, mais que le cinquième inférieur à peu près du fémur est converti en une matière blanche, fibro-cellulaire, assez dense dans certains points, ramollie et presque purulente dans d'autres, parsemée de quelques aiguilles osseuses, seules traces qu'on eût trouvées de la par-