

pense qu'on ne peut raisonnablement fonder aucun espoir de guérison (1).

Il y a une autre espèce de surdité sur laquelle je ne pense pas non plus qu'aucune opération chirurgicale puisse exercer d'influence favorable. Cette surdité consiste dans une altération pathologique du liquide contenu dans l'intérieur du labyrinthe. La partie de l'oreille connue sous le nom de labyrinthe est, dans l'état naturel, remplie d'un liquide sur lequel vient s'épanouir le nerf auditif, et qui, par ses ondulations, transmet à ce nerf les impressions extérieures qui arrivent au cerveau. Si, à la place de ce liquide, une substance solide se forme dans les cavités labyrinthiques, l'audition sera détruite, ou au moins considérablement diminuée. D'après les résultats de l'autopsie qui va être décrite, on doit croire que cette altération est au moins une des causes de la surdité, chez les sujets qui naissent avec cette maladie et qui restent en même temps muets, à moins qu'on ne les soumette à un mode spécial d'éducation.

M. Cline ayant, à la prière du docteur Walshman de Kennington, examiné la tête d'un jeune homme sourd et muet de naissance, qui avait succombé à une affection fébrile, trouva les organes de l'audition parfaitement bien conformés et dans un état normal, à l'exception du vestibule, du limaçon et des canaux demi-circulaires qui, à la place du liquide qui les remplit ordinairement, renfermaient une matière de consistance caséuse. Une telle altération devait inévitablement produire la surdité; car la substance qui tenait la place du liquide labyrinthique, n'étant pas susceptible de former des ondulations sous l'influence des mouvemens de la membrane des fenêtres ronde et ovale, toute impression sur le nerf auditif était complètement empêchée.

J'ai cru devoir faire connaître les variétés de surdité dont je viens de parler, parce qu'on pourrait les confondre avec celle qui reconnaît pour cause une oblitération de la trompe d'Eustachi: j'aurais peut-être pu en ajouter

(1) Plusieurs fois dans des cas de cette espèce, j'ai eu recours à la perforation de la membrane du tympan, et j'en ai obtenu pour tout avantage la diminution du bourdonnement qui accompagne toujours cette espèce de surdité.

quelques autres, mais les occupations nombreuses de ma clientèle m'ont empêché d'accorder à ce sujet tout le temps que je crois qu'il mérite. J'ai toutefois la satisfaction de penser que j'ai rendu à la société plusieurs individus qui étaient auparavant presque incapables d'en goûter les jouissances. J'ai aussi l'espoir que d'autres médecins, engagés par cet heureux résultat, à seconder mes faibles efforts, dirigeront leur attention sur un sujet qui est d'une si haute importance et qui n'a été que trop négligé par les pathologistes. Ce n'est point, en effet, une chose commune parmi les membres de notre profession, que la connaissance exacte de la structure de l'oreille et de la nature de ses maladies.

Un préjugé a prévalu, c'est que l'oreille est un organe trop délicat pour le soumettre à des opérations. C'est ainsi que des milliers d'individus, atteints de surdité, sont restés dans cet état jusqu'à la fin de leur vie, qui auraient pu recouvrer l'ouïe, si on leur avait donné à temps des soins convenables.

J'espère que ce préjugé ne survivra pas, maintenant qu'il est démontré que l'organe, considéré comme l'agent le plus essentiel de l'audition, c'est-à-dire la membrane du tympan, peut être altéré par une maladie ou rompu par une violence extérieure, sans que la faculté d'entendre soit perdue, et que, même dans les cas où cette membrane est entièrement détruite, il s'en trouve un autre pour accomplir ses fonctions (tympa-num secundarium), la membrane de la fenêtre ronde, de telle sorte que les propriétés de l'organe sont en grande partie conservées.

Rappelons encore, à titre de nouvel encouragement, que l'opération décrite dans ce mémoire n'est accompagnée que de peu de douleur, et ne peut avoir aucune suite dangereuse; que ce moyen de traitement, alors même qu'on l'emploie dans des cas où il n'est pas couronné de succès, laisse au malade, aussi bien qu'auparavant, la possibilité de recevoir du soulagement de tout autre mode de traitement.

TUMEURS.

MÉMOIRE

SUR

LES TUMEURS ENKYSTÉES.

Il existe diverses espèces de tumeurs enkystées, mais je vais m'occuper maintenant de celles qui, situées immédiatement au-dessous des tégumens, se rencontrent avec une égale fréquence à la tête, à la face et au dos, et quelquefois, mais moins souvent, dans d'autres parties du corps.

Ayant eu moi-même, à la région du dos, une tumeur de cette nature, j'ai été porté à les étudier avec plus d'attention qu'on ne le fait habituellement, et j'ai l'espoir de parvenir à faire connaître quelle est l'origine de ces tumeurs.

Les tumeurs enkystées sont généralement globuleuses. Quand elles sont situées sur la tête, elles sont habituellement très-fermes, tandis qu'à la face elles présentent une fluctuation plus ou moins obscure. La peau qui les recouvre est généralement exempte d'inflammation, mais elle est sillonnée çà et là par des vaisseaux sanguins qui sont plus volumineux que ceux des parties environnantes.

Souvent, dans la première période de la maladie, on voit sur la peau, au centre de la tumeur, une tache noire ou de couleur foncée, qui, quelquefois, persiste pendant toute la durée de la maladie.

En général, ces tumeurs ne sont jamais accompagnées de douleurs; elles n'entraînent par elles-mêmes aucun danger, et leur extirpation n'est nécessaire qu'à cause des parties sur lesquelles elles se développent, et à cause de la difformité qu'elles produisent. Lorsqu'elles ne sont point enflammées, elles sont faciles à mouvoir dans le tissu cellulaire. Quant à leurs rapports avec la peau, cette membrane ne se meut pas facilement sur les tumeurs de ce genre.

Le cuir chevelu est, plus qu'aucune autre partie du corps, exposé à être le siège de ces tumeurs; elles sont encore fréquentes à la face, et il n'est pas rare d'en rencontrer à l'angle externe de l'œil. On en rencontre souvent aussi sur les épaules, principalement chez les hommes qui portent des crochets, ou

chez les femmes qui ont à leurs corsets des épauettes très-serrées. Quelquefois ces tumeurs se forment à la région du dos, et d'autres fois, mais beaucoup moins souvent, sur les membres.

Le cas dans lequel j'ai observé le plus grand nombre de ces tumeurs chez un même individu, est celui d'un malade de M. Hall, de Dulwich. Cet homme avait sur la tête seize de ces tumeurs, dont quelques unes qui avaient le volume d'une noix, furent extraites par moi. J'en ai vu neuf sur un autre sujet. Il n'est pas rare d'en trouver cinq ou six.

Le volume le plus considérable que j'aie vu acquérir à ces tumeurs est celui d'une noix ordinaire de coco. Le cas dans lequel j'ai observé ce volume, était celui d'un homme appelé Lake, qui demeurait à Dartford, à la maison des Six-cloches. Cette tumeur avait son origine au sommet de la tête, et donnait à l'individu qui la portait l'aspect le plus grotesque, car lorsqu'il mettait son chapeau, celui-ci reposait sur la tumeur et pouvait à peine recouvrir la tête. Cette particularité rappellerait longtemps aux habitans du voisinage le souvenir de l'individu qui la présentait.

Le kyste est conservé dans la collection de l'hôpital Saint-Thomas, avec un excellent plâtre de la tête, pris avant l'opération.

Ce malade a été parfaitement guéri par l'opération: je pense qu'il existe encore; c'est là du moins ce que j'ai appris la dernière fois que j'ai demandé de ses nouvelles. Plusieurs années se sont écoulées depuis l'opération.

Chez un parent de M. Toulmin, de Hachney, j'ai vu un cas dans lequel une tumeur semblable, située au bras, avait acquis un volume considérable.

Mais, en général, ces tumeurs n'ont pas habituellement plus d'un à deux pouces.

Elles se transmettent jusqu'à un certain point par voie d'hérédité. Souvent j'ai entendu dire par des malades: « J'ai plusieurs tumeurs à la tête; mon père (ou ma mère) en avait également plusieurs. »

On voit aussi ces tumeurs se développer chez plusieurs personnes appartenant à une même famille. Le D^r Pacifico m'a rapporté le fait suivant. Il avait enlevé une de ces tumeurs sur un individu demeurant près de chez lui; quand il eut terminé son opération, un autre membre de la même famille le pria de lui pratiquer l'ablation d'une tumeur semblable; et enfin, une troisième personne de la même famille vint également réclamer le même service.

Lorsque ces kystes sont ouverts, il en sort ordinairement une matière grumeleuse, ayant une odeur aigre et qui, quelquefois, devient insupportable, dans les cas où un travail s'est opéré dans la tumeur, sous l'influence de l'inflammation.

Lorsque ces tumeurs ont acquis un certain volume, il semble que l'organisme s'efforce d'en amener l'élimination. La peau qui les recouvre s'enflamme; la tumeur devient douloureuse; une ulcération lente s'établit, et la matière caséuse s'échappe, mélangée avec du pus. Quelquefois, l'ouverture se ferme; mais souvent, elle reste fistuleuse et devient une source d'inconvénients plus ou moins graves pour le malade.

Quelquefois, après avoir acquis leurs dimensions habituelles, qui s'élèvent à un ou deux pouces de diamètre, ces tumeurs décroissent subitement, puis elles recommencent à se gonfler jusqu'à ce qu'elles soient revenues à leur premier volume.

Quelquefois, au moment où l'on se peigne, une des dents du peigne s'engage dans la tumeur et y détermine une inflammation suppurative; qui, dans certains cas, en amène la disparition, tantôt temporaire, tantôt définitive.

Quand on dissèque ces tumeurs, on voit qu'elles adhèrent à la peau; mais non, à la vérité, avec une égale solidité dans tous les points; dans la plus grande partie, elles n'adhèrent que par du tissu cellulaire.

Lorsque la peau est enlevée, on trouve le kyste enseveli dans le tissu cellulaire, et s'étendant à des profondeurs variables, suivant le volume auquel est arrivée la tumeur.

Le kyste se compose d'une membrane dont l'épaisseur varie dans les diverses parties du corps.

Lorsqu'il siège à la face ou près de l'angle de l'œil, le kyste est tellement mince, que la pression la plus légère suffit pour le crever. Mais, quand il est situé au dos, il a des parois beaucoup plus épaisses. C'est à la tête qu'il acquiert sa plus grande densité; car dans cette région il est tellement épais et résistant qu'il conserve sa forme même après la sortie des matières qui y étaient contenues, et il est tellement élastique que, quand on le comprime, il reprend facilement son volume primitif.

À l'intérieur du kyste est une pellicule qui adhère à sa surface interne. Plusieurs lames

de la même substance sont formées à l'intérieur de cette pellicule et paraissent avoir été sécrétées à différentes époques du développement du kyste.

La substance renfermée dans le sac présente les caractères de l'albumine oculaire coagulée; mais elle varie beaucoup. Anciennement on donnait improprement à ces tumeurs le nom d'athéromes ou de méliceris, suivant l'aspect de la matière qui y était renfermée. Mais ces dénominations n'exprimaient que des états différents d'une substance qui est produite sous l'influence de la même maladie.

Quand on injecte les vaisseaux destinés à la nutrition de ces kystes, on voit qu'ils sont très-petits mais très-nombreux.

Quelquefois ces kystes renferment des cheveux; c'est ce qu'on observe quand ils existent à la tempe ou près du sourcil ou dans d'autres parties du corps recouvertes de poils. Ces poils n'ont point de bulbe, ni de canal, et diffèrent par conséquent de ceux qui existent normalement à la surface du corps (1).

Ces kystes sont susceptibles de s'ossifier, ainsi que j'en ai vu un exemple.

On voit, dans certains cas, naître de ces kystes des excroissances cornées. J'en ai vu deux exemples, l'un dont la pièce anatomique se trouve dans notre musée et un autre dans lequel la tumeur fut enlevée à la région pubienne. Je dois la première de ces observations à mon ami le docteur Roots, qui m'a communiqué à ce sujet la lettre suivante.

Observation 533, communiquée par le docteur Roots, de Kingston. — « John Kennedy, jardinier, aperçut, pour la première fois en 1796, une tumeur qui naissait à la partie supérieure de la tête, et qui fut enlevée avec l'instrument tranchant trois ans environ après son apparition. Peu de temps après cette première opération, il se développa sur la même partie une substance cornée qui continua à s'accroître pendant les quatre années suivantes, au bout desquelles elle se détacha d'elle-même et tomba par terre dans un moment où Kennedy ôtait son chapeau pour saluer des personnes qui se promenaient dans son jardin. A cette époque, la tumeur avait trois pouces de longueur. Je remarquai avec plusieurs autres personnes, que la surface d'où elle s'était détachée était parfaitement lisse et ne sécrétait aucune matière de quelque nature que ce soit.

Au bout de quelques mois, à partir de cette époque, une production nouvelle commença à paraître présentant l'aspect d'une corne de bœuf. Je la laissai croître durant sept années, suivant pas à pas ses progrès, et attendant qu'elle tombât d'elle-même lorsqu'elle serait arrivée à un degré convenable de maturité, car telle était la marche que la tumeur précédente avait suivie.

Mais en 1811, Kennedy, ayant beaucoup à souffrir des inconvénients qui naissaient de l'ac-

croissement de cette production, et devenant en quelque sorte la bête curieuse des ignorans villageois, je fus conduit, après vous avoir rendu témoin de cette affection, à mettre un terme à la gêne du malade, non seulement par l'ablation de la corne, mais encore par la dissection et l'excision d'une portion du kyste, afin de prévenir une formation nouvelle de matière cornée.

Après cette extirpation complète, il ne s'est plus reproduit aucune trace de la maladie; et il y a huit années que l'opération a été faite (1).

Sir Everard Home a donné dans les *Transactions philosophiques* (année 1791), une excellente description de la formation de ces excroissances cornées. Il a démontré clairement qu'elles tirent leur origine d'un de ces kystes dont nous nous occupons à présent.

Voici de quelle manière se développent ces excroissances cornées: la corne commence à se former à la surface interne du kyste. Dans le commencement elle est molle; mais bientôt elle acquiert une dureté considérable. Flexible d'abord, elle revêt, au bout de quelques semaines, les caractères de la corne. Quelquefois, plusieurs de ces cornes naissent à la fois sur la peau du crâne, chez un même individu.

Quant au mode de formation de ces tumeurs, je pense qu'elles ont pour origine la dilatation considérable d'un follicule cutané, devenu, par suite de l'oblitération de son orifice, incapable de rejeter au dehors le produit de sécrétion qu'il renferme.

Un follicule n'est, en effet, qu'un de ces pores glanduleux qui se trouvent en grand nombre à la surface de la peau, et principalement à la face et au crâne.

Au premier aspect, ces follicules semblent n'être que de simples pores à la surface de la peau; mais, en y introduisant une sonde très-fine, on reconnaît qu'ils s'étendent depuis la peau jusqu'au tissu cellulaire placé au-dessous d'elle. Ces follicules sont des dépendances de la peau, et reçoivent, dans l'état naturel, un prolongement épidermique qui les tapisse. Leur surface interne sécrète une matière sébacée, qui lubrifie et protège la surface de la peau. Cette substance peut, par une compression exercée sur les follicules de la peau du nez, s'échapper sous la forme d'un vers, ayant beaucoup plus de longueur que la peau n'a d'épaisseur, ce qui prouve que ces follicules débordent en profondeur la surface interne de la peau.

Observation 534. — La première circonstance qui m'ait conduit à penser que ces tumeurs enkystées ne sont autre chose que des follicules dont l'orifice est oblitéré; c'est l'examen de

la tumeur de ce genre que je portais au dos. Elle avait acquis un diamètre de deux pouces, et siégeait à la partie inférieure des vertèbres dorsales. Je résolus de prier un de mes amis de m'en faire l'ablation; mais, en l'examinant au moyen de deux miroirs, j'aperçus au centre de la tumeur une petite tache noire; ayant piqué cette dernière, je retirai une certaine quantité de matière sébacée, surmontée d'une tache noire, semblable à celle qu'on observe sur la matière qu'on fait sortir des follicules du nez: j'exerçai alors sur la tumeur une compression, et, à travers l'orifice correspondant à la tache noire, je vidai la tumeur, d'où j'exprimai une quantité considérable de matière sébacée. Tout cela se fit sans douleur, et ne fut suivi d'aucune inflammation; mais peu à peu la matière du kyste se renouvela. Cependant, au moyen de pressions fréquemment répétées, je suis parvenu à le maintenir vide depuis plusieurs années.

Observation 535. — J'ai été consulté par une dame pour une tumeur de ce genre qui siégeait à l'épaule. Au centre de cette tumeur, existait une petite tache noire à travers laquelle je parvins à exprimer la matière caséuse renfermée dans le kyste. Ayant enlevé cette tumeur avec la portion de peau qui la recouvrait, je reconnus que l'ouverture était un follicule conduisant dans la cavité d'une tumeur enkystée. Cette cavité, qui renfermait de la matière sébacée, était tapissée par une pellicule épidermique et offrait les caractères habituels des tumeurs enkystées.

Souvent depuis cette époque, il m'est arrivé de rencontrer à la partie centrale de ces tumeurs, un orifice folliculaire à travers lequel je pouvais introduire facilement l'extrémité d'une sonde et faire sortir immédiatement la matière renfermée dans le kyste. Dans la plupart des cas, cependant, le follicule est complètement fermé, et présente seulement une dépression dans le point correspondant à son orifice quand on exerce une compression sur les côtés de la tumeur. Quelquefois même ce dernier caractère n'existe pas.

C'est de la manière suivante que débute ces tumeurs enkystées.

Un follicule s'oblitére dans le point où il s'ouvrirait naturellement à la surface de la peau; la sécrétion continuant à se faire dans sa cavité, ses parois sont refoulées de dedans en dehors dans le tissu cellulaire, tant que celui-ci se prête avec facilité à cette ampliation.

Cette rétention des produits sécrétés, donne lieu à une tumeur plus ou moins volumineuse, suivant le degré de l'oblitération et la durée de la maladie.

Faut-il maintenant expliquer comment il est

(1) Une narration de ce fait a été donnée dans la cyclopédie nouvelle du docteur Rees, à l'article *Excroissance cornée*. On a rapporté que chez ce même jardinier une production cornée s'était développée depuis l'époque de l'opération ci-dessus mentionnée. Ce document est complètement faux; cet homme existait encore, sans aucune trace de l'affection, huit années après l'opération, et à l'époque même où le docteur Roots réfutait l'assertion émise dans la Cyclopédie. (Note des trad.)

(1) Ces kystes, chez les moutons, renferment quelquefois de la laine.

possible que le follicule subisse une pareille dilatation? Je répondrai à cette difficulté en faisant remarquer que d'autres membranes se prêtent à une ampliation qui est comparativement beaucoup plus considérable encore. Un ovaire qui, à l'état sain, admettait à peine deux drachmes d'eau dans sa membrane, peut acquérir assez de capacité pour contenir 97 chopines de liquide. Nous possédons, en effet, dans notre collection anatomique, un ovaire qui présente ce degré d'ampliation.

Les kystes, qui forment l'enveloppe de ces tumeurs, sont plus ou moins denses, suivant la nature du follicule dans l'intérieur duquel la matière s'accumule. A la tête, où la peau est très-dense, le kyste a beaucoup de densité; la peau du dos est aussi le siège de kystes d'une épaisseur considérable, tandis que ceux de la face sont très-minces.

L'épaisseur des kystes est aussi en rapport avec la durée de leur existence; car la pression constante exercée sur leur tissu ne peut y développer qu'une inflammation chronique, et l'on sait que le propre de cette inflammation est de déterminer l'épaississement des membranes.

Ces tumeurs reconnaissent pour cause une pression long temps soutenue, ainsi que cela s'observe pour celles qui se développent aux épaules où elles sont produites par l'action des bretelles. Je les ai rencontrées souvent sur le trajet circulaire de la compression exercée par le chapeau; elles étaient probablement alors le résultat d'une oblitération déterminée par cette cause, à l'orifice d'un follicule.

Mais le même effet peut encore être produit: 1° par suite d'une altération de la sécrétion, qui consiste en ce que la matière sécrétée n'a pas un degré d'humidité suffisant; 2° par l'épaississement du produit sécrété, et l'impossibilité où il se trouve, par suite, de franchir l'orifice du follicule.

J'ai vu l'orifice du follicule se dilater peu à peu sous l'influence d'une compression, et, après une dilatation plus considérable, donner issue à un corps noirâtre en forme de mamelon, suivi d'un prolongement vermiforme d'une longueur considérable, constitué par de la matière sébacée.

Pourquoi ces kystes ne contractent-ils pas d'inflammation, lorsque leur cavité est au contact de l'air?

Il faut noter que la cavité de ces kystes est une surface tégumentaire naturelle, puisqu'ils ne sont autre chose que des follicules qui s'ouvraient à la surface de la peau, qu'ils sont tapissés intérieurement par un prolongement épidermique, et que leur surface enveloppante est constituée par la portion sécrétoire de la peau qui forme le follicule. Une ouverture faite à ces kystes n'a donc pour effet que de rendre plus libre leur communication avec l'extérieur de la peau, et de mettre à découvert leur épiderme, mais non une surface nouvelle. Ensuite le kyste continue à sécréter

tant qu'il reste une portion de sa surface tégumentaire, absolument comme faisait le follicule primitif.

Quant à leur diminution soudaine, elle a lieu, par suite de l'évacuation de la matière qu'ils renferment et qui s'échappe par l'orifice du follicule; mais cet orifice se fermant de nouveau, la tumeur se reproduit.

Le traitement de ces tumeurs repose sur les principes suivans :

Si le follicule ne se présente que comme une simple tache noire formée par de la matière sébacée durcie, on introduira une sonde dans sa cavité, et on exprimera la substance qu'elle renferme; ce qui n'entraîne presque aucun inconvénient.

Mais il pourrait survenir de l'inflammation si l'on était obligé d'user de violence pour déterminer la sortie des matières contenues. En pareil cas, il faudrait pratiquer au kyste une ouverture plus grande, afin d'en opérer l'évacuation.

Observation 536. — Une parente de M. Toulmin portait au bras une tumeur enkystée. Comme elle était trop volumineuse pour qu'on en fit l'ablation, et que l'ouverture du follicule avait un diamètre considérable, je me décidai à tenter d'expulser par cette ouverture la matière contenue dans le kyste; mais cette matière se trouvant plus consistante que d'habitude, je pratiquai une large incision, et, de cette manière, j'évacuai en grande partie la substance contenue dans le sac. Je donnai à la malade le conseil de recourir au même moyen.

Le procédé ordinairement adopté pour l'extirpation de ces tumeurs, consiste à les disséquer à leur surface extérieure. Mais la meilleure manière d'opérer est la suivante. Après avoir incisé la peau et le kyste, on exerce une double compression latérale, tant sur la peau qui recouvre le kyste que sur les côtés du kyste lui-même, dont on obtient ainsi l'énucléation.

Si l'on veut extraire ces tumeurs en totalité, la dissection est beaucoup plus longue; et, avant qu'elle ne soit achevée, le kyste est coupé ou se crève. On peut éviter une dissection aussi longue, et les douleurs qu'elle entraîne, en incisant largement le kyste et en le détachant de ses adhérences avec le tissu cellulaire ambiant au moyen d'une pince à dissection.

Quand c'est au cuir chevelu qu'on a à pratiquer l'ablation d'une tumeur de cette espèce, on doit faire une incision qui s'étende d'un côté à l'autre de la tumeur, en passant directement par sa partie centrale, et qui pénètre dans la substance enveloppée, qui, dans ce cas, est très-solide, et dont l'évacuation se fait sans que la forme de la tumeur soit détruite. Ensuite, on fixe un tenaculum dans le kyste, et en le soulevant, on en opère l'extirpation avec la plus grande facilité.

L'opération peut être faite en moins d'une minute, et presque sans douleur. Ensuite, les cheveux sont tressés ensemble, d'un côté à

l'autre de la tumeur, et, dans cet état de rapprochement de ses bords, la plaie est fermée par le sang qui en fait adhérer les deux lèvres. Une compression sur les petits vaisseaux qui ont été ouverts dans le cours de l'opération suffit pour arrêter l'écoulement du sang.

Les tumeurs de ce genre les plus difficiles à enlever sont celles qui siègent au grand angle de l'œil. Elles pénètrent dans l'orbite, et souvent elles adhèrent au périoste. Il est alors très-difficile d'atteindre le fond de la cavité; cette opération est toujours hérissée de difficultés, et très-douloureuse.

L'ablation du kyste n'est pas complètement exempte de danger. J'ai vu trois fois une violente inflammation érysipélateuse succéder à l'extirpation de kystes siégeant au cuir chevelu. Je pense que cet accident était dû à ce que l'aponévrose occipito-frontale avait été blessée pendant les tentatives faites pour enlever la

tumeur en bloc. Il est maintenant reconnu que, dans les plaies de tête, quand l'aponévrose est contuse et enflammée, l'inflammation se propage souvent à la tête et à la face. Quelque insignifiante que puisse paraître la plaie qui résulte de cette opération, on doit cependant se tenir sur ses gardes quand on a enlevé une tumeur de cette espèce placée à la tête.

Observation 537. — Une dame à qui on avait pratiqué l'ablation d'un kyste du cuir chevelu prit un bain chaud trois jours après l'opération; immédiatement après sa sortie du bain, elle fut prise de frisson et d'une vive douleur de tête. Une inflammation érysipélateuse envahit le crâne et la face; et, malgré les soins aussi prompts qu'habiles du docteur Baillie, elle succomba à cette inflammation.

MEMOIRE

SUR

L'EXTIRPATION D'UNE TUMEUR GRAISSEUSE D'UN VOLUME CONSIDÉRABLE.

(Lu à la Société médicale et chirurgicale de Londres, le 26 février 1821.)

De toutes les tumeurs, celles qui acquièrent le volume le plus considérable, ce sont les tumeurs graisseuses. Elles ne sont pas composées seulement de matière adipeuse, mais le tissu cellulaire lui-même est hypertrophié, et leur structure est la même, bien qu'elles soient un peu plus compactes, que celle du tissu cellulaire adipeux que l'on rencontre dans les autres parties du corps.

Parmi les cas venus à ma connaissance, dans lesquels des tumeurs de ce genre, ayant acquis un volume considérable, ont été enlevées avec succès, il en est une qui pesait quatorze livres dix onces, dont j'ai fait l'ablation à l'hôpital de Guy, sur une malade nommée Smiths.

Une autre tumeur, enlevée par M. Cline, chez un malade nommé Ayres, pesait quinze livres.

M. Copeland a aussi fait à mistress ..., de Tottenham, l'ablation d'une tumeur, du poids de vingt-deux livres, qui siégeait à la cuisse.

Mais le volume de la tumeur, dans le cas suivant, était de beaucoup plus considérable que dans aucun des cas qui précèdent.

Comme ces tumeurs se développent habituellement dans des parties du corps où il n'existe pas d'artères volumineuses, qu'elles sont ordinairement pendantes et d'une mobilité extrême, elles n'entraînent pas une opération aussi redoutable que certaines tumeurs

moins volumineuses, mais qui sont ou d'une structure plus vasculaire, ou situées dans le voisinage de vaisseaux sanguins plus considérables. Cependant, la tumeur dont je vais rapporter l'histoire était située à l'abdomen, enveloppant l'ombilic et recouvrant cette portion de la ligne blanche, où l'on trouve souvent des hernies, et il était impossible d'être parfaitement sûr qu'elle ne renfermât pas une hernie épiploïque; aussi, indépendamment des difficultés attachées à son volume énorme, elle présentait, dans l'opération, plus de difficultés et de dangers que les autres tumeurs de ce genre.

Observation 538. — Nicolas Pearson, âgé de 57 ans, entra, le 26 septembre 1820, à l'hôpital de Guy, pour se faire enlever une tumeur volumineuse qui siégeait à la partie antérieure de l'abdomen. Il me donna les renseignements suivans sur sa maladie.

A l'âge de dix sept ans environ, il avait aperçu une tumeur du volume d'un pois, qui était située à égale distance de l'ombilic et du cartilage xiphoïde. Cette tumeur n'était accompagnée d'aucune douleur, et ne le gênait en rien dans l'exercice de la profession de tailleur à laquelle il était livré à cette époque. Mais cette tumeur se développa d'une manière progressive, et, au bout de seize ans, son volume était égal à celui d'une tête d'enfant. Elle n'é-

ait incommode que par son volume et par son poids. Cependant il n'était pas encore réduit à l'impossibilité de travailler. La tumeur continua peu à peu à augmenter de volume, et, vingt-neuf ans après son début, elle avait acquis des dimensions tellement considérables, qu'il était impropre à toute occupation lucrative, et qu'il était obligé de soutenir la tumeur avec un bandage passé autour du cou. Mais, même à cette période avancée, la tumeur n'était point douloureuse.

Vers la même époque, le malade fut pris d'une fièvre qui, suivant ses propres expressions, avait son siège dans la tumeur. A en juger par le récit de ce malade, on ne peut guère douter que la tumeur n'eût été le siège d'une inflammation suivie d'ulcération à sa superficie.

La tumeur conserva de la sensibilité, mais évidemment à un moindre degré que d'habitude; car le malade, étant un jour assis devant le feu, se fit une brûlure à la surface de la tumeur, sans s'en apercevoir. Il s'écoula un long espace de temps avant qu'il fût complètement rétabli des suites de cet accident.

Dans cet état, et sans qu'il opérât aucun autre changement que celui qui résultait de l'augmentation graduelle de la tumeur, il supporta son affection pendant quarante années. La tumeur présentait alors les dimensions suivantes.

Sa plus grande circonférence avait une verge et un quart (environ trois pieds); à sa portion rétrécie, elle avait dix-huit pouces de circuit. Lorsqu'il était assis, elle descendait jusqu'au niveau des genoux.

Cette tumeur avait fait des progrès très-rapides pendant les trois dernières années; mais jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital, il n'en éprouva d'autre inconvénient que celui qui naissait du fardeau qu'elle constituait. Toutefois, cet inconvénient était assez grave pour qu'il fût dans l'impossibilité de gagner sa vie, et pour qu'il désirât l'extirpation de la tumeur. L'opération fut pratiquée le 13 octobre 1820, à l'amphithéâtre de l'hôpital de Guy, de la manière suivante.

MÉMOIRE SUR LES EXOSTOSES.

L'exostose consiste dans un développement anormal de matière osseuse, produisant généralement une tumeur circonscrite à la surface de l'os sur lequel elle a son siège.

Cette définition, bien qu'étant vraie à très-peu d'exceptions près, n'est cependant pas rigoureusement applicable à toutes les périodes et à toutes les variétés de l'exostose. En effet, j'ai vu des exostoses dans lesquelles, à leur première période, la matière osseuse n'avait pas encore été déposée, et au sein desquelles, d'a-

près ce que m'a démontré la dissection de certaines exostoses, la matière osseuse se serait déposée à une période plus avancée. L'exostose peut affecter deux sièges différents: elle peut être ou périostale ou médullaire. Sous le nom d'exostose périostale je désigne une accumulation de matière osseuse située entre la surface externe de l'os et la surface interne du périoste, et étroitement adhérente à ces deux surfaces. Par le nom d'exostose médullaire, on doit en-

Le premier temps de l'opération consista à reporter la tumeur sur le côté droit du malade, et à inciser la peau et le tissu cellulaire à sa base. La tumeur fut alors suffisamment écartée des parties avec lesquelles elle était unie, pour qu'on pût s'assurer qu'elle ne renfermait point une hernie, et qu'elle n'avait aucune communication avec l'abdomen. Dans cette exploration, on reconnut qu'une portion considérable de la tumeur qui se continuait avec l'ombilic jouissait d'une plus grande sensibilité que le reste. Lorsqu'on eut constaté que cette portion n'était point une hernie, l'opération se réduisit à une simple dissection, pendant laquelle on appliqua des ligatures, les unes sur les veines qui étaient d'un volume considérable, et qui donnaient beaucoup de sang, les autres sur les artères qui offraient un calibre beaucoup moins considérable qu'on n'était en droit de s'y attendre, d'après le volume de la tumeur. Le malade ne perdit qu'une petite quantité de sang pendant l'opération.

La tumeur fut pesée immédiatement; elle pesait trente-sept livres dix onces, indépendamment du sang qu'elle avait laissé échapper.

A l'exception d'une légère douleur de tête, qui se manifesta le lendemain, cette opération ne fut suivie d'aucun symptôme grave. La plaie se cicatrisa en partie par première intention, mais surtout par le développement des bourgeons charnus. Au bout de huit jours, le malade était assez bien portant pour quitter le lit, et pour se promener dans la salle.

Afin de rechercher le rapport du poids de la tumeur à celui de la totalité du corps, mon élève, M. Babington, pesa le malade après sa guérison complète, et il trouva que la tumeur représentait plus du quart du poids total de cet homme. Si cette expérience avait été faite avant l'opération, le résultat obtenu eût été beaucoup plus satisfaisant.

La tumeur est conservée dans la collection anatomique de l'hôpital Saint-Thomas.

tendre la présence d'un produit semblable, entre la membrane médullaire et le tissu spongieux des os.

En égard à sa nature intime, l'exostose se divise en *exostose cartilagineuse* et en *exostose fongueuse*.

Par la première dénomination, *exostose cartilagineuse*, j'ai l'intention d'exprimer la nature du milieu (*nidus*) dans lequel se fait le dépôt de matière osseuse.

Par la dénomination d'*exostose fongueuse*, je veux désigner des tumeurs d'une texture plus molle que celle du cartilage, mais douées d'une consistance supérieure à celle des tumeurs fongueuses situées dans les autres parties du corps. Ces exostoses fongueuses contiennent des aiguilles (*spicula*) de matière osseuse; elles sont en outre de nature cancéreuse (*malignant*), et sont liées à une altération spéciale de la constitution et de l'appareil vasculaire.

En un mot, c'est, dans le tissu osseux, une maladie semblable à celle que Key a désignée sous le nom de *fungus hématoïde*, mais subissant ici dans sa structure des modifications qui dépendent de la texture de l'organe dans lequel elle a son point d'origine.

L'exostose vénérienne et le *nodus* (de la goutte), bien que reconnaissant des causes spéciales, rentrent dans la classe des exostoses cartilagineuses. Mais je ne m'arrêterai point à présent sur ce sujet qui doit faire partie d'un essai sur les maladies syphilitiques.

SIÈGE DES EXOSTOSES. — Il est quelques os qui sont beaucoup plus fréquemment que les autres affectés d'exostose; il n'en est cependant aucun qui ne puisse être le siège de cette maladie.

Aux os du crâne, on observe deux variétés d'exostoses.

Les unes se forment entre la surface externe du crâne et le péri-crâne: dans cette variété, la tumeur est extrêmement dure; elle n'est généralement accompagnée que de peu de douleurs, et n'acquiert pas ordinairement des dimensions considérables.

Toutefois, je dois dire que sir Everard Home a fait dernièrement, à l'hôpital St-Georges, l'ablation d'une tumeur très-volumineuse, située sur le crâne, et qui était osseuse à sa base.

J'ai vu un cas dans lequel il existait, sur un même frontal, quatre de ces tumeurs dont trois étaient d'un volume peu considérable, tandis que la quatrième était plus volumineuse que les autres.

L'autre variété d'exostoses du crâne renferme les exostoses fongueuses; ces dernières y naissent de la substance diploïque; elles présentent une consistance beaucoup moindre que les premières, et possèdent une vascularité beaucoup plus grande. Elles sont de nature cancéreuse, peuvent dans leur progrès se faire jour à travers la table interne, et déterminer l'altération de la dure-mère, et par suite de

la compression exercée sur le cerveau, entraîner dans cet organe des troubles fonctionnels capables de causer la mort.

L'exostose survient fréquemment aux os de la face.

Observation 539. — Nous possédons dans la collection anatomique de l'hôpital St-Thomas la tête d'une marchande de poisson qui mourut dans cet hôpital et qui avait été remarquée (même dans Billingsgate) par son aspect hideux. Au-dessous des orbites existaient à la partie antérieure des joues deux saillies volumineuses, entre lesquelles le nez était comme enseveli. Il y avait occlusion des narines, et les yeux proéminaient considérablement hors de leurs orbites. Cette femme, ayant été prise d'une attaque qui sembla de nature apoplectique, fut amenée dans cet état à l'hôpital St-Thomas, où elle expira presque immédiatement après son entrée.

Autopsie. — A l'examen de la tête, je trouvai que la tumeur des joues était due à une double exostose qui avait son siège sur chacun des deux sinus maxillaires. Ces exostoses s'étaient développées aussi du côté de l'orbite, ce qui avait déterminé l'exophthalmie. L'exostose du côté gauche pénétrait dans le crâne; elle s'y était fait jour, à travers la portion orbitaire du frontal, et avait exercé sur le cerveau une compression par suite de laquelle les vaisseaux de cet organe, soumis à une cause d'excitation très-vive, avaient donné lieu à l'apoplexie qui fit périr la malade.

La maladie qui nous occupe a souvent pour siège le bord alvéolaire de la mâchoire supérieure et celui de la mâchoire inférieure. J'ai à présent, à l'hôpital de Guy, un cas d'exostose du maxillaire inférieur, dans lequel la tumeur a pris son origine dans la membrane médullaire et dans le tissu spongieux de l'os. La malade est une jeune fille sur laquelle j'ai pratiqué une opération qui sera bientôt rapportée avec détails.

Il y a dans la collection de l'hôpital St-Thomas, une exostose spongieuse d'un volume considérable. Je ne possède point l'histoire de la maladie; seulement j'ai appris de M. Cline qu'elle s'était développée sur l'os maxillaire inférieur.

Une femme, nommée Williams, qui maintenant est sortie de l'hôpital de Guy, et dont l'histoire sera donnée plus loin avec détails, portait une exostose fongueuse qui naissait de la symphyse, fournissait deux prolongemens livides sur la saillie alvéolaire des dents incisives, et donnait lieu à une tumeur fongueuse d'un grand volume siégeant sur le menton.

M. Waring, chirurgien à St-Mary-Cray, me pria de voir un enfant qui portait à la mâchoire une tumeur semblable, qui a acquis depuis un volume énorme.

Enfin, j'ai vu, avec Sir Charles Blicke, un cas du même genre, dans lequel la tumeur