

MYÉLOME
DES
GAINES TENDINEUSES

PAR

M. A. HEURTAUX

Membre correspondant de l'Académie de médecine
et de la Société de chirurgie,
Professeur à l'École de médecine de Nantes.

Extrait des *Archives générales de médecine*
(N^{os} de janvier et février 1891)

PARIS

ASSELIN ET HOUZEAU

LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
Place de l'École-de-Médecine.

—
1891



MYÉLOME

DES

GAINES TENDINEUSES

PAR

M. A. HEURTAUX

Membre correspondant de l'Académie de médecine
et de la Société de chirurgie,
Professeur à l'École de médecine de Nantes.

Extrait des *Archives générales de médecine*
(N^{os} de janvier et février 1891)

PARIS

ASSELIN ET HOUZEAU

LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
Place de l'École-de-Médecine.

—
1891

**oteka Główna
WUM**

Biblioteka Główna WUM

Br.6800



000024949

MYÉLOME

DES

GAINES TENDINEUSES

I

Jusqu'à ce jour, les tumeurs où l'on trouve des myéloplaxes ont été, sans distinction, toutes classées dans le groupe des sarcomes.

Cependant l'anatomie pathologique et la clinique permettent d'y reconnaître deux types qui ne devraient pas être confondus.

Dans certaines de ces tumeurs, les myéloplaxes sont mêlées à de grandes proportions de cellules embryonnaires et les vaisseaux sont, eux-mêmes, remarquables par la structure embryonnaire de leurs parois. Ces deux caractères, le dernier surtout, sont à prendre en sérieuse considération. Au point de vue clinique, ces tumeurs ont des tendances malignes manifestes : accroissement rapide, tendance à l'envahissement des tissus voisins et, comme conséquences, altération et ulcération de la peau, facilité des récidives au voisinage de la région primitivement atteinte. Quelquefois même, ces tumeurs se généralisent. Ce sont, en réalité, de vrais sarcomes, ne différant guère de ceux que l'on a communément l'occasion d'observer.

A côté de cela, il existe un groupe de tumeurs à myéloplaxes qui se fait remarquer par des caractères différents. Ici les myéloplaxes ne sont pas toujours accompagnées d'une grande quantité d'autres cellules embryonnaires; parfois elles se trouvent au sein d'un tissu connectif bien développé, adulte. Leurs vaisseaux surtout sont remarquables par l'organisation parfaite de leurs parois; Albert Malherbe a trouvé que ces parois sont parfois même très fortes, très épaisses; et

ce détail de texture intime a, suivant lui, une grande importance. Les tumeurs de cette nature ont une marche lente; et si elles sont susceptibles d'acquérir à la longue un assez gros volume, elles n'ont pour ainsi dire aucune tendance à envahir les tissus et les organes voisins de la région malade. Aussi la peau qui les recouvre reste saine, ne s'ulcère pas; ou bien si une ulcération se produit, elle est tardive et résulte de l'extrême distension des téguments. Après l'opération, les récidives sont exceptionnelles et purement locales.

Comme on le voit, ces dernières tumeurs ne répondent pas à l'idée qu'on se fait des sarcomes. Elles ne sauraient donc leur être assimilées et méritent de former un groupe distinct, suffisamment caractérisé par sa marche clinique et surtout par sa texture intime. Déjà Eug. Nélaton, dans sa thèse sur les tumeurs à myéloplaxes, avait dit qu'il conviendrait de donner à ces productions les noms de *myélomes* ou de *méduloma*; les principes adoptés en terminologie doivent faire préférer le premier de ces deux mots, et c'est ce nom de *myelome* qui est appliqué par Albert Malherbe aux tumeurs à myéloplaxes franches, pourvues de vaisseaux bien organisés.

Une erreur de Eug. Nélaton avait été de croire que « les tumeurs à myéloplaxes appartiennent spécialement pour ne pas dire exclusivement, au système osseux... » Trop de faits démontrent le contraire pour que cette opinion soit encore soutenue; les observations de ce mémoire sont une preuve évidente de l'évolution possible des myélomes dans les parties molles, sans continuité avec le squelette.

Il faut donc appeler *myelome* les tumeurs caractérisées par la présence de myéloplaxes plus ou moins nombreuses, dans un tissu où l'on trouve en outre une certaine quantité d'éléments embryonnaires, et des vaisseaux à parois résistantes, fortement organisées, parfois même sclérosées.

Ici je me propose d'étudier seulement les myélomes de la main; et même je limiterai ma description aux myélomes des *gaines tendineuses* des doigts, affection rare sans doute, car je ne crois pas qu'elle ait été décrite jusqu'à présent. J'ai eu la bonne fortune d'en observer trois cas indubitables, et un

quatrième simplement probable, attendu que l'opération n'ayant pas été faite, la tumeur n'a pu être examinée anatomiquement. En dehors de ces observations personnelles je n'ai pu découvrir qu'un fait semblable tiré de la pratique de Czerny et considéré jusqu'à présent comme un sarcome. Ainsi, quatre faits indiscutables et un cinquième probable, c'est comme on le voit, un chiffre modeste ; mais dans ces différents cas les caractères des tumeurs sont si nets, si précis, qu'après l'observation d'un seul il est presque impossible de les méconnaître. Ils forment donc un groupe naturel et offrent un réel intérêt.

Un fait à noter : les myélomes des gaines tendineuses se sont rencontrés uniquement sur les fléchisseurs des doigts. Sans doute les observations sont encore trop peu nombreuses pour résoudre de suite cette question de siège ; l'analogie de texture et de fonctions doit au contraire faire supposer le développement possible de lésions semblables dans les gaines tendineuses de toutes les régions.

II

Puisque jusqu'à présent les myélomes ont été compris dans le groupe des sarcomes, c'est en dépouillant les observations qui portent cette dernière étiquette que l'on peut trouver des faits analogues à ceux dont je m'occupe. Il y a donc à déterminer, parmi les sarcomes de la main, les tumeurs qui doivent être attribuées au myélome.

D'une façon générale, les tumeurs de la main ne sont pas très communes ; mais, entre toutes, le sarcome fournit le plus fort contingent.

Or, comme on pouvait le prévoir, parmi les sarcomes décrits, on rencontre deux groupes : les uns ne diffèrent pas des sarcomes ordinaires vulgaires ; il n'est pas fait mention de la présence de myéloplaxes dans leur texture. Sans m'arrêter aux sarcomes de la région palmaire et pour me limiter uniquement aux cas où la tumeur occupait les doigts, circonstance fort rare, je me bornerai à rappeler que l'obser-

vation de Demay, relative à un myxosarcome de l'annulaire gauche (1) et celle du D^r Richard Schulz (2) où il est question d'un sarcome fusocellulaire du tendon fléchisseur de l'annulaire gauche également, n'ont rien de commun avec les faits que j'ai observés.

Il est plus intéressant pour nous de rappeler tous les cas où des tumeurs dites sarcomateuses contenaient des myéloplaxes, que leur point d'origine fût la paume de la main ou une gaine tendineuse. Ici nous trouvons un certain nombre d'observations. J'en ai pu découvrir six, très explicites au point de vue de la présence des myéloplaxes, mais au sujet desquelles il n'est pas toujours possible de se prononcer sur la question de classement. Doivent-elles se rattacher au myélome ou appartenir au sarcome? C'est là une question discutable parfois.

1^o La première observation appartient à Broca; elle a été publiée dans les *Bulletins de la Société de chirurgie* (3). Je cite textuellement : « M. Broca fait voir une tumeur de la grosseur d'une noisette, développée depuis deux ans et demi « dans le troisième espace interosseux de la main droite, chez « une jeune fille de vingt ans. La tumeur était située sous les « tendons, qu'elle soulevait, peu mobile, mais néanmoins « indépendante. Elle fut facilement énucléée. La plaie se « cicatrisa immédiatement. La surface de la tumeur est « inégale et présente de petites tumeurs surajoutées; l'intérieur est coloré de marbrures jaunes sur fond gris. La « composition de la tumeur examinée par M. Broca, lui a fait « voir qu'elle ne renfermait que des myéloplaxes. »

Il est bien probable qu'il s'agissait ici d'un vrai myélome : la marche lente de la tumeur, l'état lobulé de la surface, les marbrures jaunes du tissu, que nous retrouverons dans nos tumeurs, tout cela me semble caractéristique. Cette tumeur n'étant pas née dans une gaine tendineuse, je n'en tiendrai

(1) Thèse de Paris, 1880.

(2) Arch. de Virchow, 1884, t. 95, p. 123-124.

(3) Bullet. de la Soc. de chir., 2^e série, t. 1, 1860, p. 342.

pas compte dans ma description ; mais elle prouve que les myélomes peuvent occuper les diverses régions de la main.

2° Czerny a observé en 1869 (1) une tumeur développée dans la gaine des fléchisseurs de l'annulaire droit. A propos de l'examen histologique, il est dit que la majeure partie de la tumeur consiste en tissu fibreux avec substance intercellulaire dans laquelle on trouve un certain nombre de myéloplaxes. Comme dans l'épulis sarcomateuse, on trouve un abondant dépôt de granulations d'un pigment jaune brunâtre.

Ce fait, donné comme un fibro-sarcome, me paraît identique à ceux que j'ai observés ; j'y reviendrai plus loin avec un peu plus de détails. C'est, pour le dire de suite, le seul exemple de myélome des gaines synoviales que j'aie pu trouver dans la littérature médicale.

3° M. Gross, de Nancy, a publié en 1878 un cas de tumeur sarcomateuse myéloïde de la paume de la main gauche (2). En voici le résumé : Fille de 17 ans. Tumeur située dans la paume de la main gauche, sur une ligne qui, partant du milieu du poignet, irait rejoindre l'articulation métacarpo-phalangienne du doigt indicateur. Début : 2 ans. Tumeur sous-cutanée, lobulée, indolente. Mouvements de l'indicateur nullement gênés. La tumeur est énucléée ; mais quelques jours après, repullule sur place : on fait trois applications successives de caustique de Canquoin, et la malade guérit définitivement.

Cette tumeur était née au-dessous de l'aponévrose palmaire, dont elle avait, dans son accroissement, franchi le bord inférieur. C'est ainsi qu'elle était devenue saillante, par sa partie inférieure, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'indicateur.

Analyse histologique : Composée de faisceaux de cellules fibro-plastiques, qui séparent des nids de cellules globuleuses. Mêlées à ces dernières, on rencontre un certain nombre de myéloplaxes.

(1) Arch. de Langenb. Bd. 9, p. 904.

(2) Bull. et mém. de la Soc. de chir., t. IV, p. 284, 1878.

On doit noter ici la texture embryonnaire de l'ensemble de la tumeur et l'absence de renseignements sur la structure des vaisseaux. En outre, il n'existait aucune connexion indiquée avec les gaines tendineuses; la tumeur paraît être née dans le tissu conjonctif de la région.

4° En 1878 également, M. Paquet, de Lille, communiquait à la Société de chirurgie (1) une observation analogue à la précédente intitulée : Sarcome fasciculé de la paume de la main gauche. Femme de 28 ans; début de la tumeur à l'âge de 12 ans, au milieu de l'espace compris entre les lignes supérieure et moyenne de l'M palmaire. Volume d'une grosse noix, forme ovoïde, 5 centimètres sur 4 1/2. Sous-cutanée; peau mobile. Adhère à l'aponévrose palmaire moyenne par une sorte de pédicule. Au microscope : tissu sarcomateux à différents degrés de développement. La périphérie des petites masses est formée par du tissu embryonnaire; partout ailleurs, on voit des corps fusiformes ou cellules fibro-plastiques, qui sont beaucoup plus grands et disposés en traînées fasciculées autour des petites masses dont l'ensemble constitue la tumeur. Dans les points où le tissu est encore à l'état embryonnaire, on remarque un certain nombre de plaques à noyaux multiples, cellules gigantesques ou myéloplaxes.

Dans cette observation, il faut remarquer l'abondance, la prédominance d'éléments embryonnaires et de corps fusiformes. L'absence de renseignements sur la structure des vaisseaux est une lacune regrettable. Dans tous les cas la tumeur, procédant de l'aponévrose palmaire, n'avait aucune connexion avec les gaines tendineuses.

5° Le professeur Verneuil a observé en 1885, une tumeur manifestement sarcomateuse contenant une certaine proportion de myéloplaxes. La pièce a été présentée par M. Denucé à la Société anatomique (2). Voici le résumé de cette importante observation.

Homme de 25 ans. Il y a 3 ans, coup de règle sur le tendon

(1) Bull. et Mém. de la Soc. de chir., t. IV, p. 705, 1878.

(2) Bull. de la Soc. Anat. de Paris, 1885, p. 109

extenseur du médius gauche. Huit jours après, le malade remarque une petite tumeur ayant le volume d'une lentille. Il y a un an, la tumeur, grosse comme une noisette, est enlevée. Un mois après, elle reparait et atteint en 15 jours le volume d'une noix. La tumeur s'ulcère ; un guérisseur fait des applications caustiques.

Le malade entre à la Pitié en 1885. Tumeur du volume d'une grosse orange, à la main gauche, dans l'interstice du médius et de l'annulaire. Les métacarpiens correspondants sont écartés de six centimètres environ. Masse rougeâtre, mamelonnée, supportée par un pédicule plus étroit. Douleurs vives, térébrantes.

Désarticulation des quatre derniers métacarpiens.

Examen de la pièce : La coupe a montré un tissu d'un rouge brun, très vasculaire, contenant de nombreuses cavités assez vastes. Les os étaient sains ; les têtes des 3^e et 4^e métacarpiens, disjointes mécaniquement, étaient indépendantes de la tumeur. Les tendons fléchisseurs des doigts, refoulés par la tumeur, n'avaient, avec elle, aucune relation intime. Il en était de même pour les tendons extenseurs de l'index et du petit doigt. Sur le tendon extenseur du médius, on a retrouvé un petit nodule fibreux, dû, sans doute, à la première intervention opératoire ; mais le tendon était indépendant de la tumeur et avait conservé sa teinte nacréée. En revanche, le tendon extenseur de l'annulaire, sur une longueur de trois centimètres environ, est envahi par le néoplasme.

L'étude histologique montre à un faible grossissement, que le tissu est composé de cellules ayant des formes et un volume très variables. Ce sont d'abord des éléments embryonnaires en grand nombre, puis des cellules plus volumineuses, arrondies, pourvues de plusieurs noyaux, à nucléole bien visible, enfin des cellules à formes très irrégulières, anguleuses, multinucléées, représentant parfaitement les éléments décrits autrefois sous le nom de myéloplaxes... Les vaisseaux sont tous pourvus de *parois embryonnaires* ou infiltrées d'éléments sarcomateux. En étudiant l'arrangement des cellules, les unes par rapport aux autres, on constate avec un fort grossissement

que ces cellules ne sont pas seulement disposées les unes à côté des autres, ou séparées par une substance amorphe peu abondante, mais qu'il existe un véritable réticulum, rappelant, par sa texture, le tissu adénoïde, et formant de petites alvéoles, dont chacune contient une ou plusieurs cellules, toujours en très petit nombre... Nous sommes donc en présence d'une de ces tumeurs mal définies, intermédiaires au sarcome et au carcinome, étudiées par Billroth sous le nom de carcinome réticulaire, par Rindfleisch sous celui de sarcome alvéolaire... »

Dans ce fait parfaitement étudié, trois points sont à constater spécialement : 1° cliniquement, la tumeur s'est comportée comme une production très maligne, ainsi que l'attestent son rapide accroissement et les vives douleurs qui l'accompagnaient. Il est vrai que ce tissu avait été tourmenté par des cautérisations intempestives ; 2° l'étude histologique montre une structure fort suspecte : ce qui domine, ce qui caractérise cette tumeur, c'est la disposition alvéolaire, laquelle semble avoir occupé toute l'étendue du néoplasme ; 3° enfin, il est dit d'une façon très explicite que les parois des vaisseaux sont toutes embryonnaires ou infiltrées d'éléments sarcomateux. On voit qu'il ne s'agit pas ici d'un véritable myélome, mais d'un sarcome avec myéloplaxes.

6° Un fait plus récent a été observé par le D^r Ferré, agrégé à la Faculté de Bordeaux et décrit sous le nom de fibro-sarcome à cellules géantes (1). Tumeur enlevée à un jeune soldat, par le D^r Thomas, médecin-major à l'hôpital militaire de Bordeaux. Elle siégeait « à la face palmaire de la main droite, à la partie inférieure du deuxième espace intermétacarpien. Elle adhérait aux brides fibreuses de l'aponévrose palmaire, mais ne tenait en aucune façon ni aux gaines synoviales, ni au périoste. La peau était légèrement adhérente à la tumeur. » Grosse comme une petite noisette au moment où le malade est entré au régiment, elle a atteint bientôt le volume d'une noix. Consistance dure. Au microscope,

(1) Bull. de la Soc. Anatom. de Paris, 1883, p. 312.

paraît formée de tissu fibreux. En certains points cependant, éléments cellulaires formant des îlots irréguliers, mal isolés, ou bien disposés en traînées, le long des fibres. Ces éléments cellulaires ont un noyau assez considérable et une couche protoplasmique plus ou moins épaisse... Enfin on trouve de nombreuses cellules géantes, très nettement limitées qui peuvent atteindre des dimensions considérables... L'auteur conclut qu'il s'agit d'un fibrome se transformant rapidement en sarcome.

Remarquons que cette tumeur n'avait aucune connexion avec les gaines synoviales. Le néoplasme adhérait légèrement à la peau, ce qui dénote une certaine malignité.

En résumé, sur les six observations que l'on trouve dans la littérature médicale et relatives à des tumeurs de la main contenant des myéloplaxes, deux paraissent se rattacher aux vrais myélomes : ce sont celles de Broca et de Czerny. Cette dernière ayant son siège dans une gaine tendineuse sera retenue et jointe à mes observations personnelles. Deux autres : celles de Gross et de Paquet doivent être regardées comme d'un classement douteux. Le fait du professeur Verneuil est un vrai sarcome, dont le tissu renferme, à titre accessoire, des myéloplaxes. Quant à la tumeur étudiée par le D^r Ferré, c'est probablement aussi un sarcome, comme l'auteur l'admet lui-même et comme tendent à le prouver son développement rapide et son adhérence à la peau.

III

OBSERVATIONS DE MYÉLOMES DES GAINES TENDINEUSES.

Obs. I (Personnelle). — Ren..., Auguste, âgé de 32 ans, domicilié à Chantenay-sur-Loire, est entré à l'Hôtel-Dieu de Nantes (service de la clinique chirurgicale) dans les premiers jours de mars 1884, pour une tumeur de l'index droit.

Cet homme, de très bonne constitution, ne présente rien à mentionner dans ses antécédents, notamment en ce qui concerne la syphilis ou la tuberculose.

Il porte à l'index de la main droite, au niveau de la seconde pha-

lange, une tumeur grosse comme une forte amande dont le début remonte à dix ans.

Cette production fait à peu près la moitié du tour du doigt, car elle en occupe à la fois les parties antérieure et externe. Ses limites sont très nettes; la peau qui la couvre est de couleur normale et sa mobilité est complète.

La consistance de la tumeur est molle et semble presque fluctuante; mais une ponction exploratrice ne fournit aucun liquide.

On ne peut trouver aucune mobilité entre la tumeur et les couches profondes.

Toutes ces explorations ne provoquent aucune douleur. Du reste, jamais Ren.... n'en a souffert, les mouvements du doigt sont faciles, à peu près aussi étendus qu'à l'état normal, à part un peu de limitation dans le sens de la flexion, due à la présence même de la tumeur contre laquelle viennent butter les deux phalanges voisines.

L'opération est faite le 8 mars 1884. Application de la bande d'Es-marché. Une incision longitudinale met à nu la tumeur qui est disséquée avec soin et détachée de ses connexions. On constate qu'elle a pris naissance aux dépens de la gaine des fléchisseurs, vers son côté externe. Par sa partie profonde, elle envoie un prolongement qui s'insinue entre les tendons fléchisseurs et la phalangine, mais celle-ci n'est pas envahie. La tumeur a complètement détruit à son niveau la gaine des fléchisseurs, en sorte qu'après son ablation les tendons sont dénudés. La plaie est suturée et se cicatrise en peu de jours.

La tumeur, de consistance très molle, formée d'un groupe de petits lobes, offre à la coupe l'aspect des tumeurs à myélopaxes: certaines portions sont d'un jaune rougeâtre ou d'un rouge foncé et comme violacé; çà et là existent des zones ayant une teinte jaune clair, opaque, se rapprochant de la couleur chamois.

L'examen histologique, fait avec soin par le professeur Albert Malherbe, a donné les résultats suivants:

« Les coupes examinées au microscope montrent au premier abord un tissu grisâtre opaque, plein de gouttelettes de graisse et de graisse cristallisée en houppes ou en aiguilles. Au milieu de cette matière grisâtre se voient d'assez nombreux noyaux petits, mais se colorant bien en rouge par le carmin. Lorsqu'on s'éloigne des parties ainsi dégénérées, on arrive sur des fibres connectives bien reconnaissables et l'on voit la transformation de ces fibres en tissu embryonnaire. Les cellules se multiplient, se gonflent, forment des séries à peu près parallèles; en même temps les fibres disparaissent. A ce mo-

ment, on trouve de longues traînées de cellules qui contiennent des myéoplaxes assez petites, mais bien nettes par places. Sur des coupes traitées par l'éther pour les priver de graisse, on peut voir un réseau cellulaire étoilé assez analogue à celui que l'on observe dans le fibrome, ou bien des cellules fusiformes séparées par une substance grenue, reste des matières grasses dissoutes par l'éther. Parfois on peut s'assurer que cette substance est contenue dans des cellules analogues à des cellules adipeuses dont le noyau est à la périphérie; ailleurs elle paraît extra-cellulaire. Les vaisseaux, assez nombreux, ont une *paroi extrêmement épaisse* et ressemblent bien plus à des vaisseaux de fibrome qu'à des vaisseaux de sarcome. »

J'ai revu cet homme six ans après son opération (en mai 1890). Il n'y a aucune trace de récidive et les fonctions du doigt sont parfaites.

Obs. II (Personnelle). — M. P..., âgé de 26 ans, étudiant en médecine, porte à la main droite, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'annulaire, une tumeur qui présente le volume d'une petite noix et dont le début remonte à cinq ou six ans.

Cette tumeur, née primitivement à la face palmaire au niveau même de l'articulation, a pris de l'extension du côté de la main, et d'autre part des deux côtés de la base de l'annulaire. La peau est absolument intacte et libre; mais le néoplasme adhère évidemment aux couches profondes. Consistance moyenne du tissu morbide; aucune douleur. La tumeur n'apporte aux mouvements du doigt qu'une gêne très modérée; mais elle s'accroît sensiblement et M. P... me prie de l'en délivrer.

Opération faite le 9 août 1884. — La bande d'Esmarch assurant l'hémostase, une incision longitudinale est faite au niveau du point de la tumeur qui répond à l'articulation métacarpo-phalangienne, et de l'extrémité inférieure de cette première incision en partent deux autres qui suivent une direction oblique, l'une en bas et en dedans, l'autre en bas et en dehors. L'ensemble de ces incisions représente donc un Y et permettra de poursuivre la dissection des diverses parties de la tumeur. Cette dissection, faite avec soin, montre que le tissu morbide, développé dans le tissu fibreux de la gaine des fléchisseurs, a détruit cette gaine et entoure complètement les tendons. Un prolongement s'insinue entre les tendons et la phalange, deux autres s'étendent aux deux côtés jusqu'au voisinage de la face dorsale du doigt. Il a fallu de grandes précautions pour ménager les tendons et pour déloger les prolongements qui des deux côtés contournent la base de l'annulaire.

Réunion immédiate de la plaie et guérison sans incident.

La tumeur, lobulée à sa surface, montre à la coupe un tissu mou, filamenteux, non friable, d'aspect jaunâtre en presque toutes ses parties, rougeâtre en quelques points.

L'examen microscopique, fait par le professeur Alb. Malherbe, montre qu'il s'agit d'une tumeur myéloïde. « On observe de gros faisceaux fibreux fortement colorés par le carmin et entrecroisés en divers sens. Dans les espaces de dimensions variables que laissent entre eux ces faisceaux, on voit des amas de cellules arrondies de volume variable et un grand nombre de myéloplaxes également très variables, soit comme dimensions, soit comme richesse en noyaux. La tumeur paraît très pauvre en vaisseaux. »

Le malade, revu six ans après l'opération, n'a pas de récurrence et les fonctions du doigt sont complètes.

Obs. III (Personnelle). — Mme X..., âgée de 30 ans, présente au médius de la main droite, du côté de la flexion, une tumeur qui a débuté il y a cinq ou six ans. Cette tumeur occupe toute la région de la phalange, le tiers voisin de la phalangine et d'autre part s'avance du côté de la main dans une étendue de deux ou trois centimètres. Elle forme ainsi un cylindre allongé dont la surface n'est pas égale: en outre de deux légères dépressions transversales, on sent que la surface du néoplasme est lobulée. Le relief de la tumeur est plus grand au niveau de la main que partout ailleurs.

La consistance est molle, tout à fait comparable à celle du lipome.

La peau qui couvre la tumeur a conservé sa coloration normale et toute sa mobilité; mais la production n'est pas mobile sur les couches profondes.

Il n'y a jamais eu la moindre douleur.

Les mouvements du doigt sont très bien conservés, un peu limités seulement par le volume de la tumeur dans le sens de la flexion.

Je procède à l'opération le 21 novembre 1887, avec l'assistance de mon collègue, M. le Dr Poisson. La bande d'Esmarch étant appliquée, une incision est pratiquée dans toute la longueur du néoplasme. Quand la peau est divisée, on voit de suite le tissu morbide qui se présente sous forme de lobes séparés par des sillons peu profonds. Ces lobes sont, pour la plupart, de couleur jaune chamois, quelques-uns rouge foncé. Une dissection minutieuse permet d'isoler la tumeur dans toute son étendue, et l'on reconnaît d'une façon très évidente qu'elle s'est développée aux dépens de la gaine des fléchisseurs.

Cette gaine a tout à fait disparu, les tendons sont entourés par le tissu morbide qui s'insinue entre eux et les phalanges, sans avoir envahi ni le tissu tendineux, ni le périoste. Quant à la gaine, il n'en reste pour ainsi dire pas de traces, sauf sur les côtés, au niveau de son insertion au périoste des phalanges, et le peu qui reste est coupé au ras de l'os, avec les ciseaux, pour ne rien laisser de suspect.

Les tendons fléchisseurs se trouvent ainsi dénudés dans une étendue de six centimètres.

La plaie, réunie par le procédé qui sera ultérieurement indiqué et pansée avec soin, guérit sans aucun incident. Les mouvements du doigt sont parfaitement libres.

Seize mois plus tard, cette malade dut subir une opération complémentaire; voici pourquoi : avant l'opération qui vient d'être rapportée, Mme X... s'était déjà aperçue d'un léger gonflement occupant l'extrémité du même doigt. Elle l'avait constaté à cause de la gêne qu'elle éprouvait en se servant de son dé à coudre. Ce gonflement, dont la malade ne nous avait pas parlé, nous avait complètement échappé. Dans les mois qui suivirent l'opération du 21 novembre 1887, cette petite tumeur avait fait de notables progrès. Elle occupe le niveau de l'articulation des deux dernières phalanges et les régions voisines, dans une zone qui répond au tiers inférieur de la phalange, et aux deux tiers supérieurs de la phalange. Elle mesure environ deux centimètres et demi de longueur et n'est évidemment pas en connexion avec le siège de la précédente. Les caractères cliniques de cette tumeur sont identiques à ceux de la première : indolence absolue, peau intacte et mobile, état un peu lobulé de la surface, mollesse simulant presque la fluctuation. Quant à l'opération faite il y a seize mois, son résultat est parfait : cicatrice linéaire à peine visible, mouvements normaux des phalanges.

La seconde opération est pratiquée le 1^{er} avril 1889. L'incision de la peau met à nu un tissu identique à celui de la première tumeur : couleur jaune chamois clair de presque tous les lobes, deux ou trois ayant une coloration rouge foncé. C'est également la gaine fibreuse des fléchisseurs qui est entièrement détruite et convertie en tissu morbide, et la masse nouvellement formée entoure les tendons sans y adhérer aucunement. En outre de la partie principale, on trouve au cours de la dissection, un peu plus haut, deux ou trois petits nodules distincts, isolés, gros comme de petites têtes d'épingles, qui sont nés dans la gaine. Ces petits nodules accessoires sont enlevés avec soin. Suture, pansement antiseptique rigoureux qui est enlevé

huit jours après pour l'ablation des fils. La plaie est complètement guérie.

Examen histologique pratiqué par M. le professeur Alb. Malherbe. Les deux tumeurs ont une structure identique. Le tissu est constitué par des travées fibreuses contenant dans les intervalles qu'elles laissent entre elles, des éléments cellulaires dont la plupart sont en dégénérescence graisseuse, et ne forment qu'un amas de cristaux aciculés. Dans les points où la dégénérescence n'existe pas, on rencontre des cellules rondes ou fusiformes et de nombreuses myéloplaxes. Les vaisseaux du tissu sont fortement sclérosés.

Cette malade, revue tout récemment, ne présente aucune récurrence. Les mouvements du doigt ont toute leur liberté ; ils sont aussi étendus qu'à l'état normal.

Il faut remarquer que la seconde opération n'a pas été nécessitée par une reproduction du mal, puisqu'il s'agissait d'un noyau distinct, développé dans la partie inférieure de la gaine, et qui avait passé inaperçu au moment de la première opération,

Obs. IV (Czerny, citée par Gross de Nancy (1), sous le nom de fibro-sarcome de la gaine tendineuse du quatrième doigt). — En voici le résumé : Fille de 20 ans. Il y a trois ans remarqua à la face palmaire de la deuxième phalange de l'annulaire droit une petite tumeur de la grosseur d'un pois, indolore, qui s'est accrue peu à peu de manière à atteindre le volume d'une noix. Tumeur ferme, élastique, non douloureuse, mobile latéralement, mais non dans le sens de la longueur du doigt, qui a conservé tous ses mouvements. Peau mobile. — Extirpation : la tumeur adhérait à la face antérieure de la gaine tendineuse, dont il fallut enlever une partie, en sorte que le tendon a été mis à nu. Guérison sans accident.

Examen histologique : La majeure partie de la tumeur consiste en tissu fibreux avec substance intercellulaire dense dans laquelle s'est établie par places une prolifération cellulaire rapide. Un certain nombre de cellules a pris le caractère des myéloplaxes. Ce qui augmente la ressemblance avec l'épulis sarcomateuse, c'est un abondant dépôt de granulations d'un pigment jaune brunâtre.

Observation probable (Personnelle). — Mme de M..., âgée de

(1) Czerny, Beiträge für Geschwulst lehre, in Archiv für Klinische Chirurgie, t. X, 1869, p. 904. — Gross, Bull. de la Soc. de Chir., t. IV, p. 284, 1878.

42 ans, me consulte en 1889 pour une tumeur qu'elle porte au médus droit, au niveau de la phalangine, du côté de la flexion. Cette tumeur a débuté il y a dix ans. Elle présente le volume d'une petite noix : trois centimètres dans le sens de la longueur, deux centimètres et demi en largeur et à peu près autant en saillie. La peau qui la recouvre est saine et mobile ; point de mobilité de la tumeur sur les couches profondes.

La surface est un peu lobulée ; la consistance molle, sans fluctuation.

Jamais cette production n'a causé la moindre douleur. Elle limite un peu la flexion du doigt à cause de son volume ; mais à part ce détail les mouvements sont faciles et libres.

Mme de M... n'a pas accepté l'opération que je lui ai proposée.

IV.

Les quatre ou cinq observations qui précèdent présentent, au double point de vue clinique et anatomo-pathologique, de remarquables analogies. Elles constituent un groupe très naturel, dont l'unité est frappante. On peut donc dès à présent, en se basant sur ce petit nombre de faits, tracer les caractères du myélome des gaines tendineuses.

ETIOLOGIE. — Le *siège* de ces tumeurs est déjà remarquable. Jusqu'à présent, elles se sont rencontrées toujours dans la gaine des fléchisseurs, et à la main droite seulement : une fois à l'index, deux fois au médus et deux fois à l'annulaire. Ce siège de prédilection à la main droite et du côté de la flexion me paraît s'expliquer suffisamment par la multiplicité des fonctions et par les froissements que les gaines des fléchisseurs doivent subir dans les divers usages de la main. L'analogie de texture fait pourtant supposer que des lésions semblables pourraient se montrer en d'autres gaines ; mais je ne crois pas que jusqu'ici on en ait observé un seul cas. En ce qui concerne le pied, par exemple, Markoe (1) rapporte

(1) New-York med. Journ., p. 467, 1884 ; Revue des sciences méd. de G. Hayem, t. XXVI, p. 238, 1885.

Heurtaux.

trois observations de sarcome des gaines synoviales. C'est là, dit-il, « une affection rare et fort mal connue, difficile à distinguer des synovites traumatiques ou spontanées... L'amputation est souvent le seul mode efficace de traitement, à cause de la fréquence des récidives sur place »; mais dans ces faits il n'est pas du tout question du myélome, c'est du sarcome vulgaire.

Le *sexe* ne paraît avoir aucune importance, puisque l'on trouve deux individus du sexe masculin et trois appartenant au sexe féminin.

L'*âge* au contraire n'est pas indifférent : tous les sujets étaient jeunes ; ils avaient, au début du développement de la tumeur, entre 17 et 32 ans (17, 20, 22, 25, 32 ans).

Un seul malade exerçait une profession manuelle.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Au moment où les malades ont eu recours à l'opération, les tumeurs atteignaient un volume variant de celui d'une noisette à celui d'une petite noix.

Après son ablation, le néoplasme a une forme générale arrondie ou ovoïde, mais il est lobulé à sa surface et ces lobes n'ont pas tous la même apparence : les uns présentent une couleur jaune chamois, les autres ont une teinte rouge foncé qui rappelle la coloration des tumeurs à myéloplaxes d'autres régions. Sur une coupe, ces deux mêmes nuances se retrouvent avec un agencement variable.

La consistance des tumeurs est généralement molle ; cependant le tissu n'est pas friable et fragile comme dans les sarcomes mous, mais il offre une cohésion relative due à la présence de faisceaux connectifs qui se montrent sous forme de filaments ténus lorsqu'on dilacère le tissu de la tumeur.

Les connexions de la tumeur sont des plus importantes. On constate que le tissu néoplasique s'est développé aux dépens de la gaine des tendons, qui a subi une complète transformation, au point qu'on n'en retrouve pour ainsi dire plus de traces. Le plus souvent, à la vue simple, on ne reconnaît plus les faisceaux fibreux des gaines ; au niveau seulement des crêtes rugueuses des phalanges, à l'insertion de la gaine

disparue, le tissu fibreux conserve encore son apparence. Le néoplasme, en même temps qu'il détruit la gaine fibreuse, pousse dans la coulisse tendineuse des prolongements végétants qui entourent les tendons et peuvent envahir le mésotendon, c'est-à-dire les replis longitudinaux unissant le feuillet pariétal au feuillet viscéral de la synoviale. Quelquefois, comme dans l'observation III, en outre de la tumeur principale on trouve deux ou trois petites nodosités indépendantes, bien distinctes, qui prouvent que les foyers d'origine du myélome peuvent être multiples.

Ainsi la gaine et sa synoviale sont, entièrement envahies. Mais le mal se borne là et l'on peut dire des autres tissus que s'ils sont comprimés, repoussés par le tissu morbide, ils ne sont jamais altérés, et en cela se manifeste la bénignité du néoplasme. Par exemple le tendon, bien qu'entouré de toutes parts par le myélome, ne subit aucune altération ; le tissu osseux reste indemne, les vaisseaux et nerfs sont simplement refoulés et la peau, malgré une distension parfois excessive, reste saine, n'est jamais envahie.

La structure intime, assez simple en définitive, offre des caractères importants qui, d'après les recherches de Alb. Malherbe, peuvent se résumer de la façon suivante : des travées fibreuses plus ou moins fortes, qui représentent les restes de la gaine des tendons, laissent dans leurs intervalles des espaces remplis de cellules offrant des apparences variées. Les unes sont des cellules embryonnaires rondes ou fusiformes, d'autres ont le caractère des myéloplaxes. Ces dernières sont très variables, soit comme dimensions, soit comme richesse en noyaux. Les vaisseaux varient beaucoup comme nombre, mais ils sont remarquables par la forte organisation de leurs parois : celles-ci sont même parfois extrêmement épaisses, comme dans les vaisseaux des fibromes. Ce dernier détail de structure intime, très important, suffirait à lui seul pour différencier les myélomes des sarcomes véritables où les vaisseaux ont des tuniques simplement embryonnaires.

Assez souvent on trouve des éléments cellulaires ayant subi la dégénérescence grasseuse et des granulations jaunes

brunâtres qui donnent à certaines parties de la tumeur cette coloration jaune chamois dont j'ai précédemment parlé.

CARACTÈRES CLINIQUES. — Ils sont assez nets pour qu'on puisse prétendre à un diagnostic précis quand on a eu l'occasion d'observer un cas de myélome des gaines tendineuses. A la face palmaire d'une phalange ou d'une articulation métacarpo-phalangienne naît une tumeur ayant en général le volume d'une noisette, mais pouvant acquérir les dimensions d'une petite noix. Sa forme est arrondie ou ovalaire. La tumeur peut même atteindre une longueur de six ou sept centimètres, s'étendant par exemple, dans les cas extrêmes, depuis les limites supérieures de l'articulation métacarpo-phalangienne jusqu'au tiers supérieur de la phalangette ; mais ceci ne s'est présenté qu'une fois sur les cinq observations. Quand elle est d'une certaine longueur, la tumeur présente un ou deux étranglements qui répondent en général à la partie la plus résistante de la gaine fibreuse des tendons, c'est-à-dire au niveau du corps des phalanges. En outre, sur toute la surface, on reconnaît au toucher l'état lobulé de la tumeur tel qu'il a été indiqué à propos de l'anatomie pathologique.

La consistance est molle, surtout quand la tumeur est grosse, et parfois elle donne presque la sensation de fluctuation.

La peau conserve toujours sa couleur et sa souplesse ; elle peut glisser sur la tumeur. Celle-ci conserve quelquefois une certaine mobilité latérale comme dans le fait de Czerny, mais jamais on ne peut la faire mouvoir de haut en bas.

Un fait digne d'intérêt, c'est la conservation parfaite des mouvements du doigt. Celui-ci peut s'étendre entièrement et sans effort ; et si, dans le sens de la flexion, une certaine limite lui est parfois imposée, c'est seulement quand la tumeur, très grosse, vient par sa présence arrêter le mouvement de la phalange voisine. On reconnaît que dans ces divers mouvements le glissement des tendons est doux et facile, aussi les malades n'éprouvent aucune gêne dans l'accomplis-

sement des occupations les plus variées. Une autre preuve de l'indépendance absolue des tendons peut être tirée de l'immobilité complète de la tumeur dans les divers mouvements du doigt.

Toutes ces explorations, ces mouvements, ne provoquent aucune sensibilité ; l'accroissement du néoplasme et les pressions involontaires auxquelles il est inévitablement soumis ne s'accompagnent d'aucune douleur.

La marche de ces tumeurs est lente. Dans mes observations les malades n'ont eu recours à l'opération qu'après un temps qui a varié de cinq à dix ans. La malade de l'observation V porte sa tumeur depuis dix ans déjà et elle en éprouve si peu de gêne, malgré son développement actuel, qu'elle n'a pas encore voulu consentir à se faire opérer.

Ces tumeurs seraient-elles susceptibles de s'ulcérer ? Cela est possible, probable même ; à la longue la peau distendue outre mesure pourrait céder, comme on le voit pour d'autres tumeurs bénignes d'un gros volume. Cependant cette ulcération serait bien tardive, si j'en juge par ce qui se passe chez la malade dont j'ai parlé tout à l'heure.

DIAGNOSTIC. — Il ne présente pas en général de grandes difficultés. Chez le premier malade que j'ai observé, je me suis demandé s'il n'existait pas une collection liquide et, pour lever tous les doutes, j'ai fait une ponction exploratrice ; chez les autres, je n'ai pas eu besoin de recourir à cette exploration.

On peut dire de ces tumeurs, comme des lipomes, qu'elles se signalent par leurs caractères négatifs. La naissance en est obscure ; leur accroissement s'effectue avec lenteur et sans souffrance ; elles n'entravent même pas les fonctions de la région où elles se développent.

Le diagnostic différentiel doit être fait avec la synovite séreuse chronique, la synovite fongueuse, le lipome intravaginal des gaines, le fibrome et le sarcome des gaines tendineuses.

— La *synovite séreuse chronique*, affection rare qui paraît due

surtout à l'arthritisme, se manifeste au doigt sous la forme d'une tumeur cylindroïde, parfois bosselée, occupant toute la longueur de la gaine et manifestement fluctuante. Dans le myélome, il est fort rare que la gaine soit prise dans toute son étendue ; et dans ce dernier cas, le seul qui pourrait être confondu avec la synovite séreuse, il est facile de reconnaître, à cause de l'étendue même du gonflement, que la fluctuation n'existe pas.

La *synovite fongueuse*, contrairement au myélome, a tendance à envahir d'emblée toute la longueur de la synoviale (à moins d'adhérences antérieures). Aussi elle a l'aspect d'une tumeur cylindrique, allongée, bosselée, parfois fluctuante. Au début, la peau est naturelle et mobile et le malade ne souffre pas ; mais déjà les mouvements sont un peu gênés, le glissement des tendons n'est pas aussi facile. Voilà déjà des signes distinctifs assez nets ; plus tard les différences s'accroissent bien davantage : dans la synovite fongueuse, à l'occasion d'un traumatisme ou même spontanément, la douleur apparaît, des poussées inflammatoires se manifestent ; les tendons, enclavés dans les fongosités, perdent en partie leurs fonctions : le doigt s'infléchit et ne peut être complètement redressé même quand avec la main on force le mouvement. Rien de semblable ne se montre dans le myélome de la gaine, où l'indolence est absolue et l'extension toujours facile et complète. Ajoutons en outre que plus tard encore, dans la synovite fongueuse, la peau s'amincit, rougit, prend une couleur violacée, s'ulcère, et par les orifices ainsi formés s'écoule un pus de mauvais aspect et se présentent des fongosités grises ou rouges qui ne peuvent laisser aucun doute sur la nature de la maladie. Enfin les tendons se nécrosent, les tissus voisins et les articulations des doigts sont envahis. Sans doute cette période de la synovite fongueuse peut être assez tardive ; mais jusqu'à présent le myélome n'a jamais manifesté cette tendance ulcéreuse.

Des *lipomes* peuvent exceptionnellement se développer dans les gaines des tendons. Sprengel (cité par Quenu) en a vu aux deux pieds d'une fillette de dix ans, sur le trajet des ten-

dons des péroniers et de ceux de l'extenseur commun. Il serait fort difficile de différencier une tumeur de cette nature du myélome que nous avons décrit, et les difficultés seraient tout aussi grandes en ce qui concerne le lipome arborescent ; mais jusqu'ici ces deux espèces de lipomes n'ont pas été trouvées dans la gaine des fléchisseurs.

On voit quelquefois, surtout chez les sujets arthritiques, se développer de petits *fibromes* dans les gaines tendineuses des fléchisseurs des doigts. Ces tumeurs, arrondies, toujours très dures, d'un petit volume, restent stationnaires, ce qui les distingue du myélome. Dans un cas de Nélaton, chez un jeune homme de 15 ans, il existait trois petites tumeurs fibreuses échelonnées sur la face palmaire de l'annulaire gauche. Les deux plus petites étaient mobiles, non adhérentes à la gaine ; la plus grosse au contraire adhérait intimement à la gaine tendineuse, dont il fallut enlever une portion.

Enfin le *sarcome* des gaines tendineuses pourrait en imposer pour le myélome. Cependant le sarcome se caractérise suffisamment par sa marche plus rapide, les douleurs qui l'accompagnent habituellement, la limitation des mouvements, la tendance à l'envahissement des tissus voisins et par conséquent à l'ulcération de la peau, les récidives faciles. Que l'on compare les observations publiées, relatives au sarcome de la main, et l'on trouvera mentionnés tous les symptômes précédents.

TRAITEMENT. — On ne saurait le discuter ; il n'y a qu'une seule chose à faire : l'ablation de la tumeur, et cette opération doit être pratiquée le plus tôt possible, à cause de l'envahissement et de la destruction progressive de la gaine. Par malheur, le plus souvent les malades hésitent à se faire opérer : l'absence complète de douleur, la lenteur du développement, l'intégrité complète des fonctions de la main, tout cela les invite à attendre.

L'opération ne présente pas de difficultés réelles ; mais elle doit être conduite avec beaucoup de soin pour enlever entièrement le néoplasme sans porter atteinte aux tissus voisins.

La bande d'Esmarch étant appliquée, une incision longitudinale est faite sur la tumeur, dans toute son étendue. Si la production envoie des prolongements sur les côtés du doigt, comme dans la seconde observation, il peut être nécessaire, sur l'incision première, d'en faire tomber une ou deux autres transversales ou obliques. Immédiatement au-dessous de la peau on trouve la tumeur, facile à reconnaître et à disséquer dans toute sa surface, car elle ne se rattache à la peau que par des filaments ténus et lâches. Cette localisation du tissu morbide permet ordinairement de ménager les vaisseaux et nerfs collatéraux des doigts. Les seuls points où le néoplasme présente des connexions intimes, c'est à sa base, des deux côtés, au niveau des crêtes osseuses qui limitent les gouttières des phalanges. Là en effet s'insèrent les gaines tendineuses ; et, pour faire une complète ablation du tissu dégénéré, il faut avec les ciseaux couper les insertions de la gaine fibreuse, en rasant les os. Les prolongements du myélome qui remplissent la cavité de la gaine, sont facilement délogés, et s'ils ont envahi le mésotendon on les dissèque avec soin. Dans cette dissection minutieuse, les tendons se trouvent complètement dénudés, dans tout leur pourtour et dans une étendue variable qui, dans un cas, atteignait six centimètres au moins.

Après l'ablation de la tumeur, il faut s'assurer qu'il n'y a plus trace du tissu morbide et qu'il n'existe pas de petits nodules accessoires ; naturellement il faut s'attacher à enlever tous (obs. III). En général, cette recherche des vestiges de tissu malade est facile, à cause de la couleur chamois ou rougâtre du néoplasme.

La bande d'Esmarch est enlevée à ce moment et l'on fait les ligatures nécessaires.

Quand la tumeur était de dimension médiocre, la dénudation du tendon est modérée et l'on ne doit avoir aucune crainte pour sa vitalité. Si au contraire le néoplasme occupait une grande longueur de la gaine, à la fin de l'opération on a sous les yeux les tendons largement dénudés, isolés et flottant au centre de la plaie. S'il a fallu détruire toutes leurs connexions avec les parois de la gaine, les replis membraneux

qui assurent leur nutrition, on ne peut se défendre d'avoir des inquiétudes sur les conséquences de cette dénudation. Les tendons vont-ils se nécroser ? Et en admettant qu'ils continuent de vivre, ne va-t-il pas s'établir entre eux et les parois de la plaie des adhérences qui compromettront leurs fonctions ? Eh bien ! les choses se sont toujours passées de la façon la plus heureuse ; non seulement les tendons se sont nourris, mais les mouvements ont été conservés intégralement.

Pour obtenir ce résultat, j'ai fait une double suture, l'une profonde, l'autre superficielle. Après l'ablation de la tumeur, il y a de chaque côté du tendon dénudé une quantité de peau plus grande que ne l'exige la largeur de la plaie ; mais ces lambeaux ont leur utilité. Il ne faut pas perdre de vue que la gaine tendineuse n'existe plus et qu'il convient de soutenir, de brider en quelque sorte le tendon pour remplacer sa gaine. On y arrive à l'aide de la suture profonde, et les lambeaux cutanés servent à remplir cet office : il s'agit d'appliquer exactement l'une contre l'autre leurs deux faces profondes, cruentées, à l'aide de points de suture rétrogrades. Voici comment j'ai procédé : l'aiguille munie d'un fil d'argent ou d'un crin de Florence pénètre dans l'une des lèvres de l'incision à six ou huit millimètres du bord libre et traverse la lèvre opposée à une distance égale ; puis l'aiguille étant plongée dans cette seconde lèvre à cinq ou six millimètres plus loin, mais toujours à la distance de six ou huit millimètres du bord libre, vient traverser à son tour la première lèvre de l'incision à une distance égale. Il en résulte une anse dont la disposition rappelle un point de la suture en zigzag et qui, étant serrée, applique étroitement l'une contre l'autre les deux faces profondes de la peau, comme pourrait le faire une suture enchevillée. Trois ou quatre points semblables, s'il est nécessaire, sont placés dans toute la longueur de la plaie ; il en résulte que les deux bords de la peau, adaptés l'un à l'autre, font à la surface une saillie en forme de crête. Quelques points séparés de suture très superficiels, au crin de Florence, assurent la parfaite réunion. A l'un des angles de la

plaie on peut mettre un très petit drain ; mais cela n'est pas indispensable.

Il ne reste plus qu'à appliquer un pansement antiseptique rigoureux qui n'est levé qu'après huit ou dix jours pour l'ablation des sutures.

Chez mes trois malades, les résultats de l'opération ont été des plus satisfaisants : les mouvements se sont promptement rétablis dans toute leur amplitude ; le glissement des tendons est facile ; la cicatrice linéaire à peine apparente. En un mot, le rétablissement des formes et des fonctions a été complet. L'opération remonte à dix-huit mois pour une malade, à six ans pour les deux autres ; chez aucun d'eux il n'y a apparence de récurrence.

**Biblioteka Główna
WUM**

Biblioteka Główna WUM

Br.6800



000024949

A LA MEME LIBRAIRIE

ETUDES MEDICALES

DU

PROFESSEUR LASÈGUE

2 beaux volumes in-8.

Etudes biographiques.

— *de pathologie mentale.*

Etudes psychologiques.

— *cliniques.*

Prix. 25 fr.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — Téléphone.



www.dlibra.wum.edu.pl