

cence fibreuse ; cette lobulation cadrerait mieux avec la supposition de tumeur lipomateuse généralement lobulée.

L'abcès froid avait encore moins de chance d'obtenir nos suffrages, car, jamais le patient, examiné à plusieurs reprises et par des médecins sérieux, n'avait présenté de douleurs osseuses, ni de sensibilité superficielle et profonde, jamais sa tumeur n'avait subi de poussées inflammatoires quelconques, et enfin un abcès froid qui aurait débuté à trois ans et aurait attendu jusqu'à aujourd'hui, pour se mettre en lumière, produire des adhérences, ouvrir à l'extérieur, serait certes, perdu de réputation et n'aurait pas beaucoup de titres à notre considération.

Nous nous sommes donc, en dernier ressort, rabattu sur le diagnostic, lipome, avec cependant un léger doute à la clef.

L'opération réservait des surprises. C'était un angiome caveurux typique, sous deltoïdien, ayant dissocié les fibres musculaires deltoïdiennes et pour point de départ, l'artère circonflexe antérieure.

La tumeur était mollasse et kystique, un peu réductible et partant l'erreur était possible. Elle avait fait des adhérences aux parties voisines et elle se prolongeait en haut, jusque sous l'acromion, en bas à l'emprunte deltoïdienne, en dedans au voisinage du paquet vasculo-nerveux, en arrière en contact avec le périoste et en dehors à deux travers de doigts de l'humérus. C'était manifestement une tumeur sous deltoïdienne, qui en grossissant, avait dissocié les faisceaux musculaires et était venu pointer, sous la peau par toute sa face antérieure.

La contraction des fibres deltoïdiennes étalées à sa surface la bridait, et le fait qu'elle se durcissait pendant les crises de douleurs, dues à la compression ou à l'irritation des filets du circonflexe, s'explique bien par la contracture de défense du deltoïde.

Il n'y avait pas de battements isochrones au pouls ; et à l'instar de tous les angiomes sous cutanés la tumeur n'intéressait pas la peau qui avait conservé sa structure et sa coloration normale.

La réductibilité était loin d'être suffisante pour asseoir un diagnostic, c'était plutôt un refoulement de la tumeur, et en même temps un déplacement du liquide sanguin dans les mailles très serrées du tissu angiomateux.

Notre erreur cependant s'imposait et nous avons eu affaire à une tumeur angiomateuse sous cutanée qui, comme celles observées par Trélat, donnait lieu à des douleurs irradiées de temps à autre.

Une tumeur angiomateuse siégeant à la partie supéro-externe du bras, ne se rencontre pas tous les jours, c'est même une rareté, car sur le grand