ment chirurgical permet, au contraire, de les faire disparaître toutes les fois que leur siége et leur volume les rendent accessibles aux manœuvres opératoires. Celles-ci se réduisent à deux, l'excision et l'amputation. La dénudation, la cautérisation de la tumeur, et même la section sous-cutanée du pédicule vantées par quelques chirurgiens, constituent des moyens dangereux et impuissants à priver la tumeur de ses éléments

de nutrition; nous n'aurons donc pas à en parler.

1º Excision. - Pour pratiquer cette opération, le chirurgien mettra la tumeur à découvert comme s'il s'agissait d'une exostose. Lorsque le chondrome est périphérique, peu volumineux et peu adhérent aux os sous-jacents, il suffit quelquefois, pour l'entraîner, de l'isoler des organes voisins par simple dissection; mais, le plus souvent, la tumeur est implantée par une large base, ou même entoure complétement la portion d'os qui la supporte de façon à rendre la dissection impossible; dans ce cas, il convient de reséquer une portion plus ou moins étendue de cet os. On trouvera dans la science un assez grand nombre de résections semblables, pratiquées avec succès sur les maxillaires, la clavicule, l'omoplate et quelques épiphyses des os longs pour des tumeurs dont le volume était considérable. Il convient, dans les cas de ce genre, de donner, autant que possible, la préférence aux procédés qui permettent le mieux de conserver intactes les fonctions du membre malade. C'est ainsi que j'ai pu, à l'aide du procédé dont je suis l'auteur, reséquer deux fois l'extrémité supérieure de l'humérus, en conservant au membre la faculté d'accomplir des mouvements presque aussi étendus que ceux dont il jouissait avant l'opération.

2º Amputation. — Chez quelques malades, l'amputation constitue une ressource ultime. Toutefois on n'y aura recours que dans les cas où la tumeur sera douloureuse et rendra le membre plus gênant qu'utile, ou bien lorsque son poids, son volume, les désordres qu'elle détermine dans les organes voisins, et les progrès des altérations dont elle est le siége, l'auront rendue dangereuse.

ARTICLE XXXVII.

DES OSTÉOMYÉLOPLAXOMES.

Synonymie: Tumeurs myéloplaxiques, myéloïdes, à myéloplaxes.

DÉFINITION. — Sous ce nom, nous désignons les tumeurs dont le tissu fondamental est constitué par l'hypergenèse anormale et prédominante des éléments anatomiques appelés myéloplaxes.

HISTORIQUE. — La connaissance de la structure anatomique de ces tumeurs et de leur évolution clinique date seulement de nos jours. Faute de ces connaissances, les anciens chirurgiens les confondaient avec la plupart des autres tumeurs des os sous les noms obscurs de sarcomes, de carie, d'exostoses. A une époque plus rapprochée, nous les voyons encore confondues avec les anévrysmes des os par Pott, avec le spina-ventosa par Boyer, avec les fongus hématodes et les kystes par Dupuytren, avec les tumeurs fibro-plastiques par M. Lebert; enfin, par le plus grand nombre, avec le cancer des os. Toutefois Dupuytren avait déjà observé que ces fongus ne s'altèrent et ne passent que tardivement à l'état cancéreux et entrevu leur bénignité. Hâtons-nous de le dire, c'est à M. Ch. Robin que revient l'honneur d'avoir le premier reconnu que les éléments fondamentaux de ces tumeurs sont homeomorphes, et qu'ils ne sont autres que les plaques à noyaux multiples que l'on rencontre à l'état normal dans le tissu médullaire des os plats et dans les épiphyses des os longs. Cette découverte eut pour conséquence de signaler ces tumeurs à l'attention spéciale des chirurgiens, et de permettre de mieux interpréter leur nature. Depuis cette époque, les observations se multiplièrent, et, grâce aux travaux qui ont été publiés sur ce sujet, nous pouvons dire aujourd'hui que la distinction de ces productions morbides est nettement établie. Parmi les auteurs qui ont le plus contribué à faire connaître cette classe de tumeurs, je dois citer M. E. Nélaton, mon neveu et mon élève, qui, dans une monographie remarquable, a réuni quarante-huit observations à l'aide desquelles il a établi d'une façon irrécusable les points les plus importants de leur histoire pathologique (1).

Enfin, si l'on ajoute au mémoire de M. E. Nélaton les six observations publiées à la même époque par M. H. Gray, en Angleterre, celles qui ont été rapportées dans divers bulletins périodiques et quelques

⁽¹⁾ Mémoire sur une espèce de tumeurs bénignes des os ou tumeurs à myéloplaxes. Paris, 1860.

autres observées par M. Péan et par moi dans ces dernières années, on se persuadera aisément que les matériaux de la description sont aujourd'hui assez riches pour nous permettre d'assigner aux tumeurs à myéloplaxes un rang bien défini dans le cadre nosologique.

Siége. — Anatomie et physiologie pathologiques. — Tous les os peuvent être le point de départ des tumeurs myéloplaxiques. C'est dans la portion spongieuse qu'elles prennent habituellement naissance. On les trouve plus spécialement, et par ordre de fréquence, dans le tissu alvéolaire des maxillaires et dans les épiphyses des os longs, tête du tibia, condyles du fémur et de l'humérus. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on les rencontre dans les os du tarse, du métatarse, du tronc et des phalanges. Elles sont ordinairement uniques, rarement multiples; dans ce dernier cas, elles peuvent se montrer simultanément ou successivement sur différents points du squelette; mais, en général, c'est sur le même os ou sur des os voisins qu'elles apparaissent. Leur volume varie de celui d'un pois à celui d'une tête de nouveau-né. Les plus petites s'observent aux mâchoires, où elles éveillent de bonne heure l'attention du malade; les plus grosses se voient dans les épiphyses des os longs.

Pour faciliter la description qui va suivre, nous étudierons successivement : 1° le tissu des tumeurs myéloplaxiques ; 2° leur évolution, qui, nous le verrons, varie suivant que le tissu morbide se dépose à la périphérie ou dans l'épaisseur de l'os ; 3° leurs altérations ; 4° les modifications qu'elles font subir aux organes circonvoisins.

1º Tissu myéloplaxique. — Lorsqu'on examine à l'œil nu le tissu myéloplaxique, on est frappé de sa couleur rougeâtre, sanguinolente, tirant habituellement sur le rouge brun ou cramoisi; parfois sa teinte se rapproche du jaune ocreux, mais cela est beaucoup plus rare. Sa consistance varie avec l'état de crudité ou de ramollissement. Dans le premier cas, elle est charnue, compressible, un peu élastique, et comparable à celle de la rate, du cœur ou d'un caillot dur et ancien; dans le second, suivant que le ramollissement est plus ou moins complet et que le tissu est plus ou moins désagrégé, on l'a comparée au tissu du placenta, du poumon hépatisé, ou même à la boue splénique et à la lie de vin. Par la pression ou le grattage, le tissu myéloplaxique donne une sérosité sanguinolente qui ne ressemble en rien au suc dit cancéreux. Enfin, à la coupe, le scalpel produit une crépitation très-fine due à la brisure de quelques aiguilles ou de quelques lamelles osseuses extrêmement déliées et incorporées à la substance charnue.

Tels sont, en général, les principaux caractères physiques du tissu myéloplaxique. Mais, outre les changements qu'il présente à l'état de crudité et de ramollissement, il en possède d'autres qui sont en rapport avec la proportion des éléments qui entrent dans sa composition. A ce

sujet, M. E. Nélaton établit avec raison trois variétés principales: 1º la variété, type ou franche, presque exclusivement composée de myéloplaxes; 2º la variété graisseuse, dans laquelle ces éléments sont mélangés à une proportion plus ou moins considérable de granulations graisseuses; 3º la variété fibroïde, dans laquelle le tissu contient une grande quantité d'éléments fibreux ou fibro-plastiques. Dans la première, la substance de la tumeur offre une couleur sombre et qui se rapproche tellement de celle du sang, qu'il est aisé de comprendre pourquoi ces productions ont été si longtemps confondues avec les tumeurs érectiles et anévrysmales; dans la seconde, le tissu prend une couleur grisâtre, jaunâtre, qui rappelle quelquefois celle du tubercule; enfin, dans la troisième, le dépôt morbide est plus consistant et revêt un aspect rougeâtre, fibroïde, assez analogue à celui du tissu gingival ou des fibres musculaires de la vie organique.

Lorsqu'on examine, à l'aide du microscope (fig. 231), la nature et la proportion des éléments qui entrent dans la composition de ces tumeurs, on voit que les plaques à noyaux multiples, qui, par leur prédominance, constituent les éléments fondamentaux, sont à peu près semblables aux myéloplaxes normales. Assez souvent elles offrent une hypertrophie qui porte en même temps sur leurs noyaux et leurs nucléoles. On a vu ces plaques atteindre jusqu'à 3 centièmes de millimètre. Dans ce cas, il n'est pas rare de voir leurs contours devenir plus accentués, le nombre de leurs noyaux augmenter et leur substance fondamentale se couvrir de granulations. Les myéloplaxes sont habituellement reliées entre elles par d'autres éléments dits accessoires, dont la proportion est extrêmement variable, suivant que l'on a affaire à l'une ou à l'autre des trois variétés que nous avons admises. Ces derniers sont des éléments fibreux ou fibro-plastiques, des granulations graisseuses, de la matière amorphe, des granulations moléculaires, quelques rares médullocelles, des capillaires, de l'hématosine et des globules sanguins. Leur proportion peut être assez considérable, mais elle est loin d'atteindre celle des tissus érectiles, et elle n'est jamais assez forte pour donner à la tumeur cette teinte rutilante qui la distingue et qui provient presque exclusivement de la coloration propre aux myéloplaxes (Ch. Robin) et surtout à l'hématosine (Ordoñez).

2º Évolution des myéloplaxomes. — a. Lorsque la tumeur débute à la périphérie d'un os, on voit le tissu myéloplaxique se déposer peu à peu au-dessous du périoste, et donner naissance à une masse d'épaisseur et de forme variables. Ce tissu nouveau est recouvert par une membrane fibroïde, mince, facile à détacher, et qui se continue insensiblement avec le périoste voisin. La surface osseuse sur laquelle il repose est rarement intacte; presque toujours elle est déprimée, érodée et même excavée plus ou moins profondément. Il semble, en un mot, en raison

de leur siège et des éléments qui les constituent, que ces tumeurs prennent naissance, soit dans les canalicules de Havers les plus superficiels, au point où ils s'abouchent à la surface de l'os, soit dans les



Fig. 231. — Tumeur à myéloplaxes du maxillaire supérieur. (Préparation faite par M. Ordonez.)

a, a, a, a. Myéloplaxes. — b. Myéloplaxe ayant à son centre des cristaux d'hématoïdine. — c, c, c, c, Médullocelles. — d, d, d, d. Noyaux libres. — e, c. Myéloplaxes en voie de développement.

alvéoles spongieux recouverts par la mince lamelle qui a été le siége de la perforation.

b. Lorsque la tumeur prend naissance dans l'intérieur de l'os, elle se présente sous deux formes principales : tantôt la matière myéloplaxique se trouve rassemblée en un ou plusieurs foyers contenus dans une coque osseuse plus ou moins régulière (myéloplaxome enkysté, circonscrit); tantôt elle est infiltrée dans les cellules du tissu spongieux, (myéloplaxome infiltré, aréolaire). Ces deux formes donnent lieu à des considérations pratiques d'une grande importance; voilà pourquoi nous allons les décrire successivement.

Forme enkystée. — Lorsque le tissu myéloplaxique est enkysté, il est



Fig. 232. — Tumeur myéloplaxique enkystée de l'extrémité supérieure du tibia. — Variété adipeuse. (De la collection de M. Péan.)

contenu dans une cavité osseuse qui l'entoure complétement (fig. 232). A l'extérieur, cette enveloppe calcaire est régulière. A l'intérieur, elle est quelquefois aussi régulière et permet d'énucléer facilement la sub-