unis au tissu de l'os, de sorte que cette énucléation est impossible ; on doit alors saisir le corps fibreux avec des pinces à polypes, exercer sur lui des mouvements de traction et de torsion, afin de l'arracher. Si, malgré cette manœuvre, il restait quelques portions de la tumeur implantée sur l'os par une large base, on pourrait les détruire au moyen de la cautérisation. Ces diverses opérations ont été plusieurs fois pratiquées avec succès par Dupuytren. Lorsque la masse qui remplissait la coque osseuse a été extraite, la cavité qui la renfermait se rétrécit peu à peu et finit, à la longue, par s'oblitérer. Enfin, dans certains cas, heureusement fort rares, l'amputation est une dernière ressource à opposer à la maladie.

ARTICLE XL.

OSTÉOSYPHILOMES.

Synonymie : Tumeurs syphilitiques des os ; Gommes osseuses.

Définition. — Nous donnons ce nom à des productions morbides qui se produisent dans les os, ou dans les fibro-cartilages, sous l'influence de la syphilis, et qui ont pour éléments fondamentaux les cytoblastions (Ch. Robin), ou certaines formes d'éléments embryoplastiques (Ordoñez).

Historique. — Mentionnées au XVIe siècle sous le nom de *gommes* par Fallope, et depuis cette époque par les auteurs qui se sont le plus occupés des affections syphilitiques des os, ces productions morbides sont encore aujourd'hui trop peu connues pour qu'il nous soit possible d'en donner ici une longue description.

Anatomie pathologique. — La rareté de leurs observations tient sans doute à la négligence que beaucoup de chirurgiens ont apportée à l'examen anatomique du système osseux. Cependant les syphilomes ont été reconnus dans presque tous les os du squelette. Les uns sont superficiels, les autres profonds.

Les superficiels apparaissent habituellement dans les couches sous-périostiques, sous la forme de dépôts blanchâtres ou jaunâtres, dont la consistance varie entre celle des solutions gommeuses et celle des tissus lardacés. Ces dépôts offrent une base large et plus ou moins circonscrite. Tantôt ils s'enflamment, se ramollissent et s'accompagnent d'ostéite ; tantôt, au contraire, ils s'incrustent de sels calcaires et donnent lieu aux exostoses que nous avons précédemment décrites. Les profonds occupent le canal médullaire des os longs ou le diploé des os plats. Leur couleur est d'un blanc grisâtre, quelquefois rougeâtre, comme on peut le voir sur les belles planches de l'atlas icono-

graphique de M. Ricord (pl. VII *bis* et XXXI). Lorsqu'ils siégent au centre des os longs, ils ont une teinte jaunâtre, une consistance lardacée. Autour d'eux le corps médullaire rougit et s'endurcit, le tissu osseux se vascularise, ses canalicules augmentent de volume et se laissent envahir par un travail d'hyperostose qui s'étend quelquefois assez loin de son point de départ. Ceux qui se développent dans les os plats forment des masses plus ou moins sèches et résistantes, dont l'aspect est très-analogue à celui de certaines tumeurs fibro-plastiques. En grandissant ils refoulent le diploé et les lames compactes superficielles qu'ils perforent, et provoquent autour d'eux tantôt un certain degré d'ostéite, de carie ou de nécrose; tantôt, au contraire, un travail d'atrophie ou d'hypertrophie qui se propage quelquefois à une grande distance de l'endroit primitivement affecté et donne lieu à des complications spéciales sur lesquelles nous n'avons pas à insister.

Lorsqu'on examine au microscope le tissu qui compose ces tumeurs, on reconnaît, suivant M. Robin, qu'ils ont pour éléments fondamentaux les cytoblastions ; tandis que, suivant M. Ordoñez, on y trouve des éléments embryoplastiques appartenant presque toujours aux premières phases du développement des tissus fibrillaire et fibreux. Ces éléments se trouvent plongés dans une forte proportion de matière amorphe transparente ou légèrement granuleuse, coagulable par l'alcool et les acides. Quelquefois on trouve en outre des matières grasses sous formes de gouttelettes et des granulations calcaires. Ordinairement on constate également une trame peu abondante de tissu fibrillaire.

Diagnostic. — L'exposé qui précède montre que les syphilomes des os donnent lieu à des symptômes qui varient avec l'étendue et la nature des désordres anatomiques produits par la maladie. Au début, ceux qui ont le plus de valeur sont : 1° les antécédents, qu'il faut avoir soin d'interroger; 2° les douleurs dites ostéocopes, vagues au début, localisées ensuite au niveau du point malade, s'exaspérant pendant la nuit au point de produire des vertiges et de l'insomnie; 3° le gonflement rougeâtre, violacé, livide, œdémateux, mal circonscrit, adhérent au squelette de la région, facilement reconnaissable, lorsque la maladie occupe les couches sous-périostiques des os superficiellement placés. A une période plus avancée ces tumeurs peuvent acquérir une dureté, une consistance osseuses, lorsqu'elles ont de la tendance à s'ossifier; mais le plus souvent elles se ramollissent, s'ulcèrent, envahissent les tissus voisins, produisent des excavations, des trajets fistuleux qui se prolongent plus ou moins profondément dans l'intérieur du canal médullaire, et s'accompagnent des symptômes de l'ostéite, de la carie ou de la nécrose. Quelle que soit la période à laquelle on les examine, ces accidents ont peu de tendance à se terminer par résolution ou par cica-

trisation; de plus, si ce résultat est obtenu, mais tardivement, ils laissent à leur suite des cicatrices brunâtres ou des pertes de substances profondes, à bords inégaux, indurés, qui persistent indéfiniment et semblent attester le passage de la syphilis.

Les symptômes que nous venons de décrire sont habituellement assez tranchés pour permettre de distinguer facilement les ostéosyphilomes des autres tumeurs des os; cependant il est parfois très-difficile de diagnostiquer, surtout au début, ceux qui prennent naissance dans la substance médullaire des os longs, ou à la face profonde des os plats; quelquefois, en effet, la présence de ces tumeurs ne se traduit, pendant longtemps, que par des douleurs profondes, marquées de paroxysmes, ou par des symptômes de compression exercée sur les organes voisins; toutefois les antécédents, la marche de la maladie, le traitement lui-même, suffisent le plus souvent pour éclairer le diagnostic.

Pronostic. — Les ostéosyphilomes offrent peu de gravité lorsqu'ils sont récents, superficiels, peu étendus et qu'ils surviennent chez des sujets robustes et bien constitués. Par contre, ils peuvent donner lieu à des accidents graves et même mortels, lorsqu'ils occupent le centre des os longs et profonds, quand ils provoquent la fracture, la carie ou la nécrose, lorsqu'ils troublent par leur voisinage les fonctions d'organes très-importants, tels que le cerveau, la moelle épinière, les principaux troncs vasculaires ou nerveux, lorsqu'ils coexistent avec des désordres viscéraux de même nature, ou qu'ils résistent à l'emploi du traitement médical.

Traitement. — Il est heureux, en effet, qu'on puisse constater que la plupart de ces productions cèdent à l'emploi du traitement syphilitique. Toutefois il est souvent avantageux d'y associer un traitement tonique et reconstituant, lorsque, par exemple, la constitution du sujet est profondément ébranlée. Enfin le chirurgien devra intervenir toutes les fois qu'il vient une de ces complications dont nous avons précédemment parlé.

ARTICLE XLI.

OSTÉOLIPOMES.

Sous le titre d'*excroissances osseuses remplies de graisse*, on a décrit, depuis Morgagni et Dupuytren, des tumeurs de diverse nature.

Nous réservons le nom d'*ostéolipomes* à celles qui sont formées par l'hyperplasie des éléments adipeux de la moelle. Celles-ci, d'ailleurs, sont extrêmement rares. J'en ai trouvé une sur un malade qui mourut

dans mon service en 1850, lorsque j'étais chirurgien à l'hôpital Saint-Louis.

Le maxillaire supérieur droit présentait à peu près le volume d'un œuf de dinde; il était malade dans toute son étendue. Sa consistance était diminuée, car il cédait facilement sous le doigt. Une masse graisseuse avait presque entièrement pris la place de cet os et remplissait la cavité du sinus maxillaire; mais l'affection ne paraissait pas avoir débuté par ce sinus, car dans l'épaisseur de la tumeur on trouvait des lamelles osseuses entrecroisées et séparées les unes des autres par du tissu adipeux. Je pensai que c'était un lipome de l'os maxillaire, bien que, à cette époque, il n'en existât aucun exemple dans la science. Cette observation se trouve publiée dans le *Bulletin de la Société anatomique*, t. XXV, p. 142.

Dans le courant de l'année 1858, Béraud et M. Ch. Robin présentèrent à la Société de biologie une tumeur semblable qu'ils avaient également trouvée sur un cadavre. La tumeur, du volume d'une amande, était logée dans une coque osseuse régulière, dépendant elle-même de la lame interne du frontal. Elle était molle, rougeâtre, formée principalement de vésicules graisseuses et renfermait en outre un réseau vasculaire, ce qui la rapprochait de ces lipomes érectiles que j'ai observés dans plusieurs régions et dont j'ai rapporté d'assez nombreux exemples dans mes leçons professées à l'hôpital des Cliniques. Voici la note que M. Robin a communiquée à M. E. Nélaton, au sujet de ce lipome. « Tumeur soulevant la lame interne du frontal, qui est perforée dans son milieu, et s'engageant au-dessous de la dure-mère qui lui est adhérente. Le contour de la cavité qui loge la tumeur est nettement limité. La trame de cette production morbide se réduit par la macération en lobules irréguliers; elle est composée de fibres lamineuses entrecroisées, soit isolées, soit réunies en faisceaux peu serrés. Ces éléments sont accompagnés d'un grand nombre de corps fusiformes et de capillaires volumineux, dilatés par places, repliés sur eux-mêmes et remplis de sang. C'est à cette grande vascularité qu'est due la coloration rouge, tellement intense qu'avant l'examen au microscope on ne pouvait soupçonner la nature réelle du tissu. Dans ce dernier on voit, comme élément le plus abondant, des cellules adipeuses, les unes ayant de $0^{mm},02$ à $0^{mm},03$ seulement, les autres de $0^{mm},07$ à $0^{mm},8$; les unes régulières, arrondies ou ovoïdes; les autres irrégulières, allongées ou presque polyédriques par pression réciproque. La plupart sont bien remplies par la graisse, mais beaucoup sont en voie de développement avec une seule ou deux grandes gouttes d'huile au milieu, entourées de beaucoup de gouttelettes, ou offrant les autres formes diverses que présentent ces éléments pendant leur évolution normale. On y trouve aussi de rares médullocelles et pas de myéloplaxes. »

ARTICLE XLII.

OSTÉOMÉDULLOMES.

Synonymie : Tumeurs à médullocelles.

Nous désignons ainsi des tumeurs des os qui sont formées par l'hypergenèse d'un élément anatomique auquel M. Ch. Robin a donné le nom de médullocelle (*Dict. de médecine*, par Littré et M. Ch. Robin, 12e édition).

La rareté de ces tumeurs explique pourquoi elles ont été niées par plusieurs chirurgiens, et pourquoi elles ont été confondues par quelques observateurs, et en particulier par M. Ordoñez avec certaines formes de fibroplaxomes. Cependant nous en avons recueilli plusieurs observations; l'une d'elles a été longuement décrite dans l'excellente thèse de M. E. Nélaton. (*Thèse sur les tumeurs à myéloplaxes*. Paris, 1860.) Leur aspect est grisâtre ou gris rosé, comme celui de l'encéphaloïde; leur consistance est un peu supérieure à celle de la moelle normale, mais elles sont friables et faciles à écraser sous le doigt. Au microscope, on trouve qu'elles contiennent : 1° des médullocelles placées les unes contre les autres, au milieu d'une matière amorphe, finemement granuleuse. Suivant M. Ch. Robin il est de ces tumeurs dans lesquelles la plupart des médullocelles appartiennent à la variété noyaux libres, et un petit nombre seulement à la variété cellules complètes. Ces noyaux sont semblables à ceux qu'on trouve dans le tissu normal de la moelle; toutefois ils sont un peu plus volumineux et offrent les contours plus réguliers qu'à l'état sain; quelquefois ils possèdent un ou deux nucléoles, petits et brillants, mais plus souvent ils en sont dépourvus. Lorsque ce sont des médullocelles de la variété cellules qui prédominent, on trouve celles-ci d'autant plus hypertrophiées et moins régulières qu'on les examine dans la portion la plus ramollie de la tumeur ou la plus éloignée de la moelle saine : elles ont fréquemment deux noyaux hypertrophiés ou non, et sont dans le premier cas pourvues d'un nucléole brillant.

Ces tumeurs naissent de la moelle des os longs et des os courts. A mesure qu'elles se développent, elles détruisent le tissu osseux plus ou moins rapidement, et envahissent les parties molles voisines. Pendant ce temps elles suivent une marche et donnent lieu à des indications curatives assez analogues à celles que présentent les ostéofibroplaxomes. Toutefois nous attendrons de nouvelles observations pour donner, au sujet de leur étude clinique, de plus amples détails.

ARTICLE XLIII.

OSTÉOMÉLANOMES.

Synonymie : Mélanose des os.

La mélanose des os est une affection dont le tissu fondamental est constitué par une altération spéciale des globules sanguins, altération sur laquelle nous reviendrons en parlant de l'examen microscopique. La rareté de la mélanose des os explique pourquoi sa description est encore confondue dans les traités de chirurgie les plus modernes, avec celle d'un grand nombre d'autres tumeurs, sous le nom de *cancer des os*. Nous avons eu l'occasion d'en observer plusieurs exemples. Quelques-unes des pièces que nous avons eues entre les mains ont servi à M. le docteur Ordoñez pour ses belles recherches sur la mélanose. Nous utiliserons tous ces matériaux pour la rédaction de cet article. Nous avons pris soin aussi de consulter les six observations que MM. B. Anger et L. Worthington ont réunies dans une excellente monographie.

Anatomie pathologique. — La mélanose peut envahir les os primitivement ou consécutivement. Or, il est difficile, dans l'état actuel de la science, de décrire séparément ces deux variétés, et de dire quels sont les os qui ont le plus de tendance à être primitivement envahis, attendu que dans presque toutes les autopsies on a reconnu que la maladie était généralisée dans un grand nombre d'organes.

Pour mieux décrire l'étude anatomique des ostéomélanomes, nous passerons en revue : 1° leur tissu; 2° leur évolution; 3° les désordres qu'elles occasionnent dans les organes voisins.

1° *Tissu mélanique*. — Lorsqu'on examine à l'œil nu le tissu qui se dépose dans les os affectés de mélanose, on voit qu'il offre une teinte noirâtre qui a valu à cette affection le nom qu'elle porte. Cette coloration rappelle ordinairement celle de la truffe ou de la sépia; quelquefois cependant elle est vineuse, grisâtre ou jaunâtre comme celle des foyers hémorrhagiques altérés. Sa consistance est peu considérable : à l'état de crudité, elle est friable, peu cohérente et n'oppose à la pression du doigt qu'une faible résistance : à l'état de ramollissement, elle ressemble à un magma granuleux ou à un liquide épais. Dans le premier cas, on constate la présence de quelques feuillets celluleux et de vaisseaux qui, dans le second, ont presque entièrement disparu.

L'examen microscopique de plusieurs tumeurs mélaniques des os a démontré à M. Ordoñez que la matière noirâtre et vivement colorée est composée, comme celle des autres tumeurs mélaniques, de granulations moléculaires agrégées en nombre variable, qui ne sont autre chose que des globules sanguins à différents degrés d'altération, et qui consti-