On comprend d'ailleurs que ce retrait doit être ici beaucoup plus lent que lorsqu'il s'agit d'un anévrysme développé au sein des parties molles, car l'enveloppe osseuse ne peut se rétrécir aussi promptement qu'une poche formée par les membranes artérielles et le tissu cellulaire.

Est-il besoin de dire que cette opération sera pratiquée avec d'autant plus de chances de succès que l'anévrysme sera plus récent et moins volumineux, que la perte de substance éprouvée par l'os sera moins considérable ?

Ajoutons pour terminer, que si les battements reparaissaient après la ligature, on pourrait, à l'exemple de Dupuytren, appliquer avec avantage un compresseur sur l'artère principale du membre, immédiatement au-dessus de la tumeur, comprimer la poche elle-même, en même temps qu'on ferait à sa surface des applications froides et astringentes.

Quant à la compression de l'artère principale du membre, elle a été tentée une seule fois et sans succès par M. Lagout. La compression faite dans le pli de l'aine avec les compresseurs de Dupuytren et de M. Broca était devenue promptement insupportable, et c'est alors que M. Lagout eut recours à la ligature. M. Richet observe avec raison qu'il eût été préférable de recourir à la compression digitale, afin de suspendre plus complétement le cours du sang dans l'anévrysme.

## ARTICLE XLVI.

### DES OSTÉOCYSTOMES.

Synonymie. — Kystes des os.

Bien que les *kystes des os* forment une famille pathologique qui comprend plusieurs espèces très-différentes au point de vue des altérations anatomiques, j'ai cru devoir les réunir dans un même article, à cause de la ressemblance presque complète qui existe entre les symptômes de ces diverses affections, dont le traitement présente d'ailleurs des indications à peu près semblables. Une description collective nous permettra d'éviter les répétitions qu'entraînerait nécessairement l'histoire particulière de chaque variété.

On chercherait en vain, soit dans les auteurs anciens, soit dans les traités dogmatiques de chirurgie publiés vers le commencement de ce siècle, la description des kystes des os. Cette affection, dont le caractère essentiel était méconnu, devait nécessairement être confondue avec l'exostose, et c'est même sous ce nom que sont publiés les rares exemples



de kystes osseux que l'on trouve dans les divers recueils scientifiques ; ainsi, Bordenave, dans un très-bon mémoire sur les *Exostoses de la mâchoire inférieure* (1), en a rassemblé trois cas, dont un observé par lui-même, un second emprunté à la dissertation de Runge *sur les principales maladies du sinus* (2), et le troisième à Morello, chirurgien des hôpitaux de Beaune. Les exostoses cartilagineuses de la membrane médullaire dont parle A. Cooper ne sont que des kystes osseux enveloppant les productions fibreuses. Une tumeur de même nature est aussi indiquée par Hawkins sous le nom d'*exostose cartilagineuse*. Mais ce fut Dupuytren, dont les premières observations remontent à 1813, qui le premier reconnut le véritable caractère de la maladie, donna les moyens de la reconnaître et en fixa le traitement. (Voy. *Leçons orales*, etc., t. II, p. 129.)

Il se creuse quelquefois dans les os des cavités closes de toutes parts, et contenant, soit de la matière tuberculeuse, soit une masse solide d'une autre nature, comme cela s'observe dans les chondromes, les myéloplaxomes, les fibromes, les fibroplaxomes et les carcinomes. Il ne sera point question, dans cet article, de ces sortes de kystes dont nous avons déjà fait la description dans des articles spéciaux, et auxquels ne s'appliqueraient que dans des limites très-restreintes les données générales que nous allons exposer. Notre description se rattache exclusivement aux kystes osseux contenant un liquide.

Les rédacteurs des *Leçons orales* de Dupuytren parlent d'un kyste contenant de l'air qui aurait été observé par Lecat sur les os du crâne ; mais il est probable que, dans ce fait, il s'agissait d'une dilatation des sinus frontaux. Nous reviendrons sur ce point dans l'article qui sera consacré aux pneumatocèles du crâne.

Anatomie et physiologie pathologiques. — Les os maxillaires supérieur et inférieur sont ceux sur lesquels on a eu le plus souvent l'occasion d'observer des kystes contenant un liquide ; on en rencontre cependant sur d'autres os : c'est dans les parties formées par le tissu compacte que ces kystes ont été observés.

Les produits liquides qu'ils renferment sont de la sérosité transparente, citrine comme celle que l'on trouve dans l'hydrocèle, d'autres fois trouble, séro-purulente ; ou bien un liquide filant, visqueux comme celui qui constitue l'hydropisie des sinus maxillaires et frontaux ; enfin, dans certains cas, une sérosité colorée par une certaine quantité de sang.

La disposition que présente l'intérieur de ces tumeurs permet d'en décrire deux variétés distinctes : les unes sont formées par une poche

(1) *Mémoires de l'Acad. roy. de chir.*, t. V, p. 338.
(2) Haller, *Disputationes chirurgicæ*, t. I, p. 216.

unique, *kystes uniloculaires ;* les autres par plusieurs cellules juxtaposées, *kystes multiloculaires.*

Ces kystes ont des dimensions variables : les uns forment une petite cavité arrondie de 1 ou 2 centimètres de largeur; les autres ont des dimensions beaucoup plus considérables, 6 ou 8 centimètres, et même davantage; je ne parle ici que des kystes uniloculaires : ceux dont nous allons parler présentent souvent des dimensions beaucoup plus considérables. L'intérieur de leur cavité est subdivisé en un grand nombre de loges secondaires par des cloisons osseuses; il existe alors un kyste multiloculaire formé par l'agglomération de plusieurs poches, qui tantôt communiquent entre elles par de larges perforations que présentent leurs parois, tantôt sont fermées de toutes parts. J'ai présenté à la *Société de chirurgie*, dans l'année 1844, un fort bel exemple de ces kystes multiloculaires contenant de la sérosité sanguinolente. La tumeur, qui occupait le fémur gauche était étendue depuis la base du grand trochanter jusqu'à 2 centimètres des condyles fémoraux, et elle résultait de l'agglomération d'une multitude de kystes dont la plupart auraient pu contenir une noix.

Fig. 248. — Kystes multiloculaires développés dans le corps du fémur. — On y remarque un grand nombre de cellules qui étaient tapissées par une membrane d'apparence séreuse et remplies par de la sérosité sanguinolente. — (D'après une pièce de ma collection particulière.)

Voici le dessin fait d'après cette pièce anatomique (fig. 248).

Un exemple semblable se trouve mentionné dans le mémoire de Breschet sur les anévrysmes des os; on en trouve un troisième dans Travers (cité par Hawkins).

L'intérieur de ces kystes est tapissé par une membrane lisse, polie, ayant l'aspect des membranes séreuses; il existe donc la plus grande analogie entre ces tumeurs et les kystes séreux des parties molles.

Leur mode de développement est important à suivre : la cavité creusée



au centre de l'os s'agrandit peu à peu, le liquide distend le tissu de l'os qui s'amincit graduellement et finit par ne plus présenter qu'une lamelle extrêmement mince, qui cède sous la pression du doigt.

Étiologie. — Rien n'est plus obscur que les causes de cette affection; on l'attribue tantôt à des contusions, tantôt à l'arrachement d'une dent, ou à toute autre violence exercée sur un os; mais l'influence de ces causes est extrêmement douteuse. Le développement presque exclusif des kystes osseux dans l'une et l'autre mâchoire, les rapports de quelques-unes de ces tumeurs avec la racine d'une dent à laquelle le kyste semble attaché, indiquent que l'évolution dentaire n'est pas étrangère à la production de cette maladie. A cela se réduisent les notions que nous possédons sur l'étiologie.

Symptomatologie. — Au début, cette affection est caractérisée par une tumeur indolente ou peu douloureuse, faisant corps avec un os, dure, résistante comme les tumeurs osseuses, donnant plus tard, à la main qui la presse, une sensation de crépitation comparable au froissement d'un parchemin sec, sensation qui disparaît par moments lorsque la coque osseuse a été déprimée un certain nombre de fois, et qui reparaît le lendemain ou les jours suivants. Lorsque par les progrès de la maladie la lame osseuse qui forme le kyste a été complétement détruite dans certains points, le liquide soulève alors le périoste, et le doigt peut reconnaître de la fluctuation. Les téguments qui recouvrent la tumeur ne présentent aucune altération, ils sont exempts d'adhérences. Au début, ces kystes ne donnent lieu à aucune douleur; plus tard, il se développe des douleurs sourdes, continues, qui s'accroissent sous l'influence des variations atmosphériques. Indépendamment des symptômes que nous venons de passer en revue, et qui appartiennent à tous les kystes osseux, il en est quelques-uns dépendant de la place occupée par la tumeur. Lorsque celle-ci se développe à l'une des mâchoires, les dents deviennent vacillantes et tombent; la mastication, la phonation, sont plus ou moins troublées. Si la tumeur occupe un os long du membre inférieur, celui-ci peut devenir trop faible pour supporter le poids du corps et se fracturer avec une extrême facilité : c'est là ce qui est arrivé dans le cas que j'ai rapporté précédemment d'un kyste multiloculaire du fémur; la malade se fractura le col du fémur, en faisant un mouvement dans son lit. Dans tous les cas, cette maladie marche avec une extrême lenteur : le kyste met plusieurs années à acquérir le volume dont nous avons parlé.

Diagnostic. — Les affections avec lesquelles on peut confondre les kystes osseux sont : les exostoses, les chondromes, les myéloplaxomes, les fibroplaxomes, les fibromes, le cancer, les hydatides, les anévrysmes des os.

Une tumeur s'est développée aux dépens d'un os; la première ques-

tion à décider est celle de savoir si elle est formée dans toute sa profondeur par du tissu osseux, ou si elle présente dans son centre une cavité contenant une substance solide ou liquide. — Au début de la maladie, nous ne possédons aucun signe qui puisse nous aider à résoudre ce problème; mais plus tard, s'il s'agit d'un kyste, la lame osseuse qui en forme la paroi amincie, distendue, cède sous le doigt et donne lieu à cette crépitation particulière dont nous avons parlé, signe qui ne peut laisser aucun doute. Après avoir éclairci ce premier point, il reste à savoir quelle est la nature du produit contenu dans le kyste : est-il solide ou liquide? La ponction exploratrice conseillée par Dupuytren fera cesser l'incertitude : s'il s'écoule un liquide on en reconnaît la nature, et le diagnostic ne laisse plus rien à désirer. Reconnaît-on, au contraire, que la tumeur renferme une masse solide, organisée, on peut encore être incertain s'il s'agit d'une tumeur chondromateuse, myéloplaxique, fibroplaxique, fibreuse ou d'un cancer. Suivant Dupuytren, l'ostéosarcome s'annonce dès le début par des douleurs lancinantes, par une tuméfaction variqueuse, par l'altération simultanée des parties molles ou dures environnantes, par leur dégénérescence fongoïde et par de nombreuses inégalités. Dans les kystes osseux, au contraire, les parties environnantes ne participent pas à la maladie; leur surface est lisse, égale, et leur accroissement tout à fait indolent. Les ostéosarcomes se développent avec rapidité; l'accroissement des kystes est bien moins rapide. Les ostéosarcomes sont intérieurement traversés par des esquilles, par des fragments osseux ; ces fragments ne se rencontrent jamais dans les tumeurs de l'autre nature, etc. Quant à la crépitation, qui est un signe pathognomonique des tumeurs enkystées, on ne l'observe pas dans l'ostéosarcome. Les propositions précédentes, que nous venons de transcrire d'après Dupuytren, pourront certainement aider à formuler un diagnostic dans certains cas douteux; mais on a pu remarquer qu'elles ne s'appliquent pas d'une manière rigoureuse à cette forme de cancer qui se développe au centre d'un os qu'il distend peu à peu; or, c'est précisément cette forme du cancer qui peut le plus facilement être confondue avec un kyste osseux.

Quant aux anévrysmes des os, leur siége ordinaire dans le tissu spongieux, puis plus tard les battements expansifs, permettront d'éviter toute erreur.

Pronostic. — La gravité des kystes osseux est variable suivant leur siége, leur étendue, leurs rapports, l'état des parties voisines, l'existence ou l'absence de complications. Les kystes multiloculaires sont les plus graves de tous, à cause du volume énorme que prend la tumeur et de l'impossibilité de vider toutes les cellules qui renferment le liquide.

Traitement. — Les kystes osseux ne peuvent être guéris que par une



opération qui consiste à les ouvrir et à les vider, de manière à faciliter le retrait graduel de leurs parois. Bordenave conseillait, pour les exostoses creuses de l'os maxillaire inférieur, d'arracher une ou plusieurs dents, et de pénétrer dans l'intérieur de la cavité par le fond des alvéoles; Dupuytren préfère avec raison attaquer la tumeur dans le point où les parois distendues et amincies se prêtent le plus aisément à la perforation : c'est ordinairement par l'intérieur de la bouche que l'on conduit l'instrument; un bistouri un peu fort peut facilement être enfoncé dans la coque osseuse, que l'on incise ensuite dans une étendue suffisante pour livrer une issue facile à la matière contenue dans la poche. Si une simple incision n'ouvre pas une voie assez large, on excise une partie de la paroi du kyste; lorsque celle-ci présente une certaine épaisseur, il peut être nécessaire de la perforer en y appliquant une couronne de trépan, ainsi que M. Huguier l'a fait avec un succès complet pour un kyste de la mâchoire inférieure. Lorsque le liquide s'est écoulé, on introduit dans la cavité de la charpie, afin d'irriter la membrane qui la tapisse et de la faire suppurer. Le foyer revient alors sur lui-même, la coque s'affaisse, et au bout de quelques mois l'os a repris complétement sa forme et son volume normal. Pour empêcher le séjour des liquides altérés dans le foyer, il peut être utile de faire dans son intérieur des injections détersives avec de l'eau simple ou de l'eau chlorurée. Si ce moyen ne suffit pas, Dupuytren conseille de faire une contre-ouverture dans le point le plus déclive du kyste, au-dessous de la base de la mâchoire, et de faire passer un séton à travers la poche.

## ARTICLE XLVII.

### DES HYDATIDES DES OS.

Les hydatides se développent très-rarement dans les os; aussi n'est-il pas étonnant que cette affection n'ait point été décrite dans nos traités dogmatiques de chirurgie. Suivant Dezeimeris, qui a rassemblé tous les cas connus jusqu'en 1838 (1), ce seraient Van-Vy et Vander Haar qui les premiers auraient fait mention de cette altération des os, qui a été bien décrite par A. Bérard dans le *Journal de médecine* ou *Répertoire général*, t. XXII, p. 510.

Anatomie et physiologie pathologiques. — Des hydatides ont été vues sur la plupart des os du tronc ou des membres. Celui sur lequel on les a observées le plus souvent est le tibia : deux pièces montrant des

(1) *L'Expérience*, 1838, n° 34. Notes additionnelles à une observation de M. Fricke sur les hydatides du bassin.