

exceptionnelle; la marche de l'ostéosarcome serait rapide et continue : autant de caractères-sujets à exceptions, si bien qu'il est des cas, où le tissu sarcomateux présente une mollesse analogue à celle des fongosités, dont le diagnostic n'est fixé qu'après l'opération. — Le sarcome diaphysaire périostique a pu en imposer pour une périostite plastique, de type hyperostotique, pour une ostéomyélite insidieuse ou chronique, pour un abcès ossifluent sessile et tendu : l'intervention exploratrice seule peut trancher, en certains cas, le débat. Inversement, on peut prendre pour un ostéosarcome diaphysaire une périostite rhumatismale à tendances plastiques, une syphilis tertiaire de l'os, une tuberculose diaphysaire : l'étude de l'évolution de l'affection, son arrêt ou sa modification nette par le traitement approprié, éviteront ces erreurs cliniques, plus fréquentes que ne le disent les livres. La radiographie nous donne des renseignements assez nets sur le siège de la tumeur, sur sa nature diffuse ou encapsulée, sur l'amincissement de la coque osseuse.

Traitement. — Les opérations économiques — résections, évidements — ne sont valables qu'exceptionnellement pour des sarcomes à myéloplaxes — espèce relativement bénigne, mais capable néanmoins de généralisation — ou pour des sarcomes périostiques circonscrits, accessibles, laissant le reste de l'os net et sain, bien encapsulés. En dehors de ces exceptions, pour les ostéosarcomes « la chirurgie la plus conservatrice, comme l'a dit OLLIER, est celle qui enlève le plus ». Dépasser largement le mal, voilà la règle : dans les sarcomes épiphysaires, amputer à distance dans le segment sus-jacent, plutôt qu'au-dessus du mal ; dans les sarcomes des diaphyses, désarticuler plus souvent qu'amputer ; dans les sarcomes de la tête humérale, faire l'amputation interscapulo-thoracique.

ARTICLE XXI

TUMEURS DIVERSES DES OS

Une distinction essentielle doit être faite suivant que la tumeur est primitive ou secondaire.

Parmi les tumeurs primitives, autres que le sarcome, espèce prépondérante, il faut citer : les chondromes, dont les sièges d'élection sont les doigts et les métacarpiens ; les lipomes, et les myxomes, néoplasmes exceptionnels ; les fibromes, dont les deux types intéressants sont l'exostose sous-unguéale, tumeur ostéofibreuse qui se développe sous l'ongle des orteils et les fibromes naso-pharyngiens qui ont pour siège l'apophyse basilaire de l'occipital, ces deux affections ayant pour caractère commun, ainsi que les exostoses ostéogéniques, d'évoluer chez des jeunes sujets en période de croissance.

L'épithélioma, le carcinome, le lymphadénome se développent en général comme tumeurs secondaires (par propagation de voisinage, tel un épithélioma des lèvres qui envahit le maxillaire inférieur) ou comme tumeurs métastatiques, par localisation d'une généralisation d'un néoplasme ; dans ce dernier cas, la généralisation a pour siège d'élection le corps des vertèbres, le sternum, les côtes, c'est-à-dire les os à moelle rouge. Le carcinome du sein, avant tous, s'accompagne de noyaux métastatiques dans la colonne vertébrale ; et ce « mal de POTT » carcéreux donne lieu à la paraplégie douloureuse de TRIPIER ; le cancer du corps thyroïde est aussi particulièrement sujet à ces transports emboliques qui sèment à distance dans l'os le néoplasme.

ARTICLE XXII

KYSTES DES OS ; KYSTES HYDATIQUES OSSEUX

On distingue : les kystes simples ; les kystes hydatiques.

Mais les premiers sont composés de types disparates : tels les kystes des maxillaires, rattachés à l'évolution des débris de l'épithélium paradentaire ; les kystes qui compliquent des affections osseuses de diverse nature, ceux qui se développent dans l'actinomyose des maxillaires, ceux qui s'observent dans l'ostéomalacie, ceux qui résultent du ramollissement et de la dégénérescence de certaines tumeurs. Au surplus, maintes observations ont été jadis décrites comme kystes osseux simples

qui méritent d'être rattachés à des formations hydatiques méconnues.

Les *kystes hydatiques* des os sont une affection rare : la thèse d'ESCARRAGUEL, l'article de BÉRARD, et la thèse d'agrégation de GANGOLPHE en 1886, en ont présenté, à diverses dates, l'étude d'ensemble. La pathogénie est celle de toutes les formations hydatiques : l'arrêt d'un embryon hexacanthé transporté dans le torrent circulatoire et le développement d'une vésicule en ce lieu. Le kyste à une seule loge est une forme exceptionnelle ; c'est la forme multiloculaire qui s'observe généralement : il se fait d'abord une infiltration diffuse des aréoles osseuses par de petites vésicules ; puis la confluence de ces vésicules obstrue la circulation et détermine la formation de séquestres baignant dans un liquide puriforme et enveloppés dans une coque périostique. L'affection, indolente, évolue insidieusement : une fracture spontanée marque souvent sa première manifestation. Quand la tuméfaction osseuse attire l'attention, elle est généralement dépressible, donnant parfois la sensation de crépitation parcheminée, si la coque amincie est conservée ; cette dernière est-elle rompue ou détruite, le doigt constate une dépression limitée par un rebord osseux ; les collections purulentes, souvent considérables, prennent l'aspect d'abcès ossifluents ; le frémissement hydatique est ordinairement absent. C'est dire que, généralement, le diagnostic ne se fait que par l'intervention exploratrice. Le traitement consiste dans l'ouverture de la cavité avec curettage du foyer parasitaire, tamponnement à la gaze iodoformée, la cavité se comblant par bourgeonnement pariétal.

CHAPITRE VI

AFFECTIONS DES ARTICULATIONS

ARTICLE PREMIER

LÉSIONS TRAUMATIQUES

I. — ENTORSE

Définition. — L'entorse n'a point une définition anatomique constante : ce terme répond à la série des lésions (variables selon le type anatomique de la jointure et selon l'intensité du traumatisme), qui sont produites dans une articulation, quand elle subit un mouvement forcé n'aboutissant pas à la luxation, c'est-à-dire à la perte permanente du contact normal des surfaces articulaires.

Pathogénie. — Étant donné un mouvement forcé, c'est-à-dire dépassant l'ampleur du mouvement physiologique de la jointure ou s'exerçant dans un sens où le mouvement est limité (tels les déplacements latéraux du coude, du genou, du cou-de-pied), les effets en seront différents, suivant qu'il s'agit d'une énarthrose ou d'un ginglyme, d'une articulation en charnière dont les mouvements sont bornés à une direction.

Dans l'énarthrose, dont le type est offert par l'épaule et la hanche, un mouvement exagéré (une abduction forcée à l'épaule, une flexion violente à la hanche) pousse la tête humérale ou fémorale contre un point de la capsule (généralement la partie inférieure) qu'elle distend et qu'elle déchire : de là, une brèche ouverte à l'issue de la tête et par où celle-ci s'engage grâce à la laxité du manchon capsulaire, d'ampleur favorable à ce