

structure. La malade qui fait le sujet de notre clinique porte une tumeur de cette sorte au niveau du col chirurgical de l'humérus. Vous avez tous pu en constater les caractères pendant le temps qu'elle a déjà passé dans notre service. Cette circonstance vous fera beaucoup mieux comprendre la description que je me propose de vous donner. Est-ce à dire que toutes les exostoses ostéo-cartilagineuses lui ressemblent? Certainement non. C'est pour cela qu'il me paraît indispensable de bien vous faire connaître les différents aspects que peut offrir la maladie. Mais je ne me bornerai point à la simple description symptomatique. L'étude des exostoses ostéo-cartilagineuses des os longs comprend, outre cela, deux questions remplies d'intérêt : 1° Une *question doctrinale*, c'est celle qui touche à leur pathogénie; 2° Une *question pratique*, celle du traitement. Nous diviserons donc notre sujet de manière à pouvoir aborder chacune d'elles à son heure et sans confusion. Pour cela, nous passerons successivement en revue, après vous avoir rappelé l'observation de la malade actuelle :

- 1° Les caractères anatomiques des exostoses ostéo-cartilagineuses ;
- 2° Leur symptomatologie, leur marche et leur diagnostic ;
- 3° Leur pathogénie ;
- 4° Nous terminerons par le traitement des exostoses ostéo-cartilagineuses des membres et en particulier de celles de l'extrémité supérieure de l'humérus.

OBSERVATION X.

Le 15 février 1875, entra dans mon service la nommée G^{***}, âgée de vingt et un ans. Elle portait au niveau du col chirurgical de l'humérus, une tumeur d'un volume peu considérable, mais produisant des troubles assez sérieux dans le bras et l'avant-bras correspondants. Cette jeune personne présente un embonpoint notable. La recherche de ses antécédents et l'examen attentif des différents organes, nous font craindre pourtant qu'elle ne soit sous le coup d'une tuberculose plus ou moins prochaine. Sa mère est morte phthisique. D'après ce qu'elle nous dit, elle aurait toujours été assez délicate elle-même. Les téguments sont pâles, les muqueuses décolorées. La menstruation est régulière et l'a toujours été, mais

le sang est peu abondant et très-pâle. Elle a continuellement de la leucorrhée. Sous l'influence des plus légères variations de température, elle s'enrhume et tousse longtemps. Ses digestions se feraient mal, elle aurait de temps en temps de la diarrhée, et à peu près toutes les nuits des sueurs abondantes. Jamais elle n'aurait eu d'hémoptysies. L'examen local du poumon n'ajoute que peu de choses à ces renseignements. Au niveau des deux sommets, l'expiration a sa durée normale, mais la respiration est légèrement soufflante, et le son semble à peine obscur.

La malade ne paraît pas syphilitique; il n'y a jamais eu chez elle aucune manifestation suspecte, ni du côté des organes génitaux et des ganglions de l'aîne, ni du côté de la peau, du larynx et du cuir chevelu.

Il y a sept ans environ, à la suite d'un accident, l'épaule droite fut luxée. L'humérus aurait été fracturé tout près de l'articulation. Ce serait là, d'après elle, l'origine de la maladie dont elle se plaint aujourd'hui. Depuis plusieurs mois, la luxation était réduite, et les mouvements du bras possibles, lorsqu'elle ressentit dans l'épaule des douleurs vagues d'abord, ayant leur maximum un peu au-dessous de la tête humérale.

En exerçant une légère pression à ce niveau, elle y découvrit une petite tumeur dont elle évalue approximativement le volume à celui d'une amande. Peu à peu les douleurs augmentèrent, devinrent lancinantes, et la privèrent de repos pendant la nuit. Au bout de quatre mois, elles disparurent sans que la malade eût suivi aucun traitement. Mais la tumeur augmenta de volume pendant ce temps, et peu après elle redevint douloureuse.

Les choses se passèrent ainsi, avec des alternatives d'indolence absolue et de douleurs à peine supportables jusqu'au mois d'août dernier. A cette époque une nouvelle poussée douloureuse vint troubler la malade. Cette fois, la crise commença par de simples picotements, puis ce fut une douleur extrêmement vive, exagérée par le moindre mouvement du bras. A tel point que pour ne pas réveiller ces sortes de paroxysmes, elle condamna à une immobilité à peu près complète tout le membre supérieur droit. Pendant six mois il n'y eut aucune rémission appréciable, et c'est à cause de cela qu'elle se décida à entrer à l'hôpital.

Au moment de son admission dans nos salles, nous constatâmes l'état suivant :

Le moignon de l'épaule droite est déformé. Il suffit pour le reconnaître d'un examen même superficiel.

L'articulation scapulo-humérale est en bon état, la tête et la cavité glénoïde ont conservé leurs rapports normaux.

A la palpation on trouve, vers l'extrémité inférieure du col chirurgical et tout près de laèvre interne de la coulisse bicapitale de l'humérus, une tumeur dure, immobile, implantée sur l'os. Elle est profonde, recouverte

par les muscles de la région. Sa surface autant qu'on peut la sentir paraît lisse et mamelonnée. Le volume est à peu près celui d'un œuf de poule. Un peu au-dessous on trouve une seconde saillie, trop petite et trop profonde

pour que l'on puisse acquérir sur elle des notions un peu précises (voy. fig. 20).

En examinant les deux membres inférieurs, on trouve sur le tibia gauche une autre tumeur, moins volumineuse que celle du bras et qui était restée jusqu'ici inaperçue. Elle n'aurait jamais causé aucun trouble fonctionnel; toutefois, en rassemblant ses souvenirs, la malade finit par se rappeler qu'elle a éprouvé dans la jambe, il y a un an environ, des douleurs vagues, mais trop peu sérieuses pour lui avoir donné la plus légère inquiétude.

Le volume de cette tumeur est à peu près celui d'une châtaigne. Elle n'est douloureuse, ni spontanément ni à la pression.

Comme à l'humérus, la tumeur principale est accompagnée d'une autre petite production située à 0^m,02 au-dessous à peu près. Enfin une troisième, grosse comme une noix, s'élève tout près de là. La peau qui les recouvre est parfaitement saine.

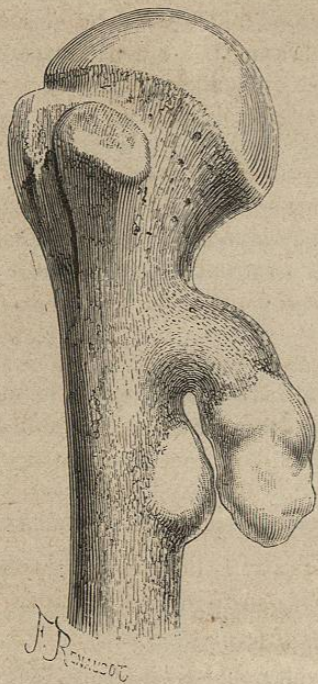


FIG. 20. — Disposition des deux exostoses enlevées chez cette malade. (De notre collection.)

[Dès ce moment, nous crûmes avec raison que nous nous trouvions en présence d'une *exostose ostéo-cartilagineuse*.]

Néanmoins nous ne voulûmes rien affirmer avant d'avoir soumis notre malade à l'épreuve *classique*, on pourrait même dire *décisive*, du traitement par l'iodure de potassium. Elle en prit pendant quinze jours à une assez forte dose; mais ce fut en vain, il n'y eut pas même un semblant d'amélioration.

Si l'exostose de l'humérus eût été dans les mêmes conditions que celle du tibia, c'est-à-dire si elle n'eût occasionné ni douleurs, ni gêne fonctionnelle appréciable, nous nous fussions bien gardé d'intervenir et nous eussions renvoyé la malade dans sa famille sans tenter une opération dont la nécessité n'était pas évidente.

Malheureusement la tumeur humérale rendait le bras droit inutile, tourmentait atrocement la malade par suite des douleurs qu'elle occasionnait.

Nous pensâmes qu'il était de notre devoir de nous rendre à ses *demandes réitérées*, et qu'il fallait l'opérer.

27 février. — On pratique l'*entèvement* des deux tumeurs de l'humérus, en prenant les précautions que nécessitent les opérations pratiquées sur l'os à ce niveau et que je vous énumérerai un peu plus tard.

Jusqu'au 25 mars, la malade alla très-bien, et tout faisait présager une guérison prochaine. Tout à coup la fièvre reprit une très-grande intensité. La plaie demeura stationnaire, et les forces diminuèrent. Cet état persista pendant quatre jours. Nous redoutions de voir survenir l'infection putride.

La malade était transportable, les pansements que réclamait sa plaie étaient faciles. Nous l'engageâmes à retourner à son domicile et elle n'hésita pas à suivre notre conseil. Quelques jours après nous eûmes de ses nouvelles et nous apprîmes que le travail de cicatrisation un moment arrêté avait repris son cours, que la fièvre avait diminué, et que l'état général était des plus satisfaisants.

Le 15 avril nous revîmes l'opérée elle-même. Par le toucher, la cicatrice de la plaie était régulière; on ne sentait pas la moindre saillie au-dessous d'elle, et naturellement la douleur et la gêne motrice avaient disparu en même temps que la tumeur.

Nous allons aborder maintenant, Messieurs, à l'aide des données que nous fournit cette observation, l'étude des exostoses ostéo-cartilagineuses en général, en suivant rigoureusement le plan que nous nous sommes tracé.

§ I

Caractères anatomiques des exostoses ostéo-cartilagineuses.

Il nous paraît indispensable, Messieurs, d'étudier rapidement l'anatomie pathologique des exostoses ostéo-cartilagineuses. Nous ne voulons point néanmoins laisser de côté le point de vue essentiellement pratique auquel nous nous sommes placé. Cette partie de notre sujet servira donc simplement d'introduction à celles qui la suivront. Elle rendra l'étude des symptômes plus simple et plus rationnelle, celle de la pathogénie plus facile et plus claire.

Nous passerons ainsi en revue successivement : 1° le siège;

BIBLIOTECA FAC. DE MED. U. A. N. L. BIBLIOTECA FAC. DE MED. U. A. N. L.

2° le nombre; 3° la forme et le volume; 4° l'implantation; 5° les rapports des exostoses de croissance.

1° *Siège.* — Les exostoses ne se développent point indifféremment sur l'un ou l'autre des os longs, elles ne naissent pas au hasard sur la diaphyse ou l'épiphyse, vers l'extrémité supérieure ou l'extrémité inférieure. Comme l'a fait remarquer justement Roux (1), l'extrémité inférieure du fémur est leur siège de prédilection. La partie supérieure de l'humérus, le tiers inférieur du tibia, viennent à la suite. Elles ne se développent presque jamais sur les diaphyses. Celles que l'on y a rencontrées dans des cas extrêmement rares, avaient, selon Volkmann (2), leur point de départ, au niveau du cartilage de conjugaison. Malgré la fréquence de ces tumeurs sur les os plats et en particulier sur ceux de la face et du crâne, il peut très-bien se faire qu'ils soient complètement épargnés lors même que les os des membres sont le siège d'exostoses nombreuses.

2° *Nombre.* — Les exostoses de cette espèce sont le plus souvent multiples. Il est exceptionnel de n'en rencontrer qu'une seule chez un même malade, de sorte que les exostoses *solitaires* décrites par Dupuytren sont moins fréquentes qu'il ne le supposait. Elles peuvent se développer simultanément sur tous les os longs. Il est même remarquable que très-souvent elles sont symétriquement placées à leurs extrémités. Ce phénomène n'est pas constant, et ceux qui ont voulu formuler une loi de *symétrie* pour le développement de ces tumeurs, sont tombés dans une exagération regrettable. Vous avez pu voir chez notre malade qu'il y avait des exostoses aux extrémités supérieures de l'humérus et du tibia du côté droit. Aucun os du côté gauche n'en portait. Les limites entre lesquelles peut varier leur nombre, sont très-éloignées. Hawkins en a vu douze, d'autres en ont trouvé cinquante, soixante, cent ou même davantage.

Au musée Dupuytren, les squelettes classés sous les n^{os} 334, 436 et 437, sont presque entièrement recouverts d'exostoses.

(1) In *Revue médico-chirurgicale* (année 1847).

(2) *Die Krankheiten der Bewegungsorgane*, in *Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie von Pitha und Billroth*.

3° *Forme et volume.* — On ne saurait mieux les comparer qu'à une série d'apophyses coracoïdes ajoutées à la surface des os. Leur extrémité pointue, rugueuse et recourbée, leur base large et résistante, contribuent à rendre la ressemblance parfaite. Lorsque le sommet acquiert un volume inusité, l'exostose forme une sorte de massue sur laquelle se développent des mamelons irréguliers et inégaux. Même dans ces cas, l'axe de la tumeur reste rarement perpendiculaire à celui de l'os, il se dévie; le sommet se rapproche de la diaphyse, et elle devient tout entière parallèle au corps de l'os. Le volume est peu considérable, quelques-unes ne dépassent pas un pois. D'autres ont celui d'une châtaigne. Il est exceptionnel d'en rencontrer de la grosseur du poing.

4° *Implantation.* — Elle est à peu près la même que celle des apophyses normales. Généralement l'insertion large, cannelée et recouverte par le périoste, se confond avec l'os. Les tissus qui le forment présentent une disposition très-curieuse. La lame compacte de l'os se dévie sur la circonférence de la tumeur, la recouvre jusqu'en un point assez rapproché du sommet et disparaît à ce niveau. L'exostose prend ici un aspect nacré, luisant et poli, comme le cartilage. Si au lieu d'être pédiculée elle est arrondie, les mamelons qui la surmontent lui donnent une apparence que l'on a comparée avec raison avec celle du chou-fleur.

A la coupe, on trouve que l'exostose est formée à son centre d'un tissu spongieux analogue à celui du diploé, avec cette différence que les aréoles sont plus larges et moins régulières; que ce noyau est recouvert par les lames compactes déviées; que le sommet est seul formé de tissu cartilagineux identique avec celui des cartilages articulaires.

5° *Rapports.* — L'extrémité libre tend à se rapprocher des téguments. Quelquefois elle écarte et refoule les muscles et se glisse dans leurs interstices. Elle reste toujours profonde dans les régions, où les muscles sont épais, larges et aplatis, comme au moignon de l'épaule. Là surtout l'exostose se recouvre, à la suite des glissements répétés des muscles à sa surface, d'une

véritable synoviale. Hawkins qui a le premier signalé ce phénomène, le compare alors à une surface articulaire encroûtée de cartilage et recouverte par une bourse séreuse. Un liquide épais, visqueux, semblable à la synovie, remplit cette poche. Virchow et Rindfleisch ont trouvé dans un cas une quarantaine de capsules de cartilage indépendantes (1). Cette bourse séreuse accidentelle peut modifier les caractères et aggraver le pronostic de la tumeur. Au voisinage des cavités articulaires, elle communique souvent avec la séreuse normale. Nous verrons quelle peut être la conséquence de ce fait. Le corps de l'exostose ou son pédicule peuvent venir parfois se mettre eux-mêmes en contact avec les ligaments articulaires, les refouler et entrer en partie à l'intérieur de la jointure.

Je crois, Messieurs, qu'il est inutile d'insister davantage sur ces données d'anatomie pathologique. Nous pouvons entreprendre maintenant sans hésitation l'étude des symptômes. Nous comprendrons aisément chacun d'eux et nous le rattacherons à sa véritable cause.

§ II

Symptômes, marche, diagnostic.

I. *Symptômes.* — Au dehors, les exostoses ostéo-cartilagineuses ne manifestent guère leur présence. On a vu souvent les malades ne les apercevoir qu'après un traumatisme. Chez notre jeune opérée, je suis tenté de croire qu'il s'est passé quelque chose d'analogue. Cette histoire de fracture du col huméral mal réduite et suivie d'une tumeur, me paraît plus que discutable.

Il n'est nullement impossible qu'il n'y ait eu là qu'une simple luxation sans fracture. Ce qu'on a pris pour un fragment de l'os rompu, n'était probablement pas autre chose que l'exostose elle-même. Que de fois, Messieurs, n'a-t-on pas cru avoir affaire à un cal vicieux, lorsqu'il ne s'agissait que d'une exostose cartilagineuse, restée jusque-là inaperçue. Quand la tumeur est

(1) Schweiz. Zeitschr. für Heilk. III, 310.

superficielle, comme sur la face interne du tibia, la saillie qu'elle forme est mieux isolée, bien plus nette, et il est facile de l'apercevoir. Encore est-il bien rare que la simple inspection puisse donner des renseignements exacts sur le volume.

La peau est saine, elle ne présente pas de changement de couleur, pas de traces d'inflammation, mais seulement des veinosités assez nombreuses.

Le *toucher* donne des renseignements plus précis. Il permet de reconnaître si la tumeur est coracoïde ou sphéroïdale. Dans ce dernier cas, on découvre souvent les bosselures qui la surmontent. Lorsqu'elles semblent se dérober à la pression, on peut être sûr que l'on a bien affaire à une exostose ostéo-cartilagineuse. Ce défaut de résistance rend le diagnostic très-difficile lorsque la tumeur est profonde, lorsque des muscles glissent sur elle. On peut croire qu'elle est mobile et se déplace. Cette erreur est encore plus facile à commettre quand l'exostose est recouverte d'une bourse séreuse contenant de la synovie.

Les symptômes fonctionnels varient, on le comprend, avec le siège et le volume, ce sont des phénomènes purement mécaniques.

Si la tumeur vient à comprimer ou à déchirer un gros tronc nerveux, elle amène une de ces névralgies rebelles contre lesquelles échouent tous les moyens médicaux. La compression prolongée trop longtemps finirait par entraîner la destruction complète du nerf, et nécessairement la paralysie des muscles qu'il anime.

Quand une artère d'un certain volume est intéressée, des points de sphacèle se développent vers l'extrémité du membre, si la gêne a porté en même temps sur la circulation veineuse, la gangrène est d'autant plus rapide que les tissus étaient déjà œdématisés. Par bonheur, ces cas sont extrêmement rares.

L'impuissance motrice créée par l'obstacle qu'oppose la tumeur au fonctionnement des tendons, n'est jamais complète.

Elle n'existe que pour un seul muscle et pour certains mouvements.

En résumé les exostoses ostéo-cartilagineuses des membres, sont fréquemment accompagnées de désordres fonctionnels dont la gravité varie avec l'importance des organes intéressés.

Il vous est facile après cela, Messieurs, de formuler le pronostic des exostoses des os plats qui limitent les cavités splanchniques. La compression de l'encéphale, des viscères intrapelviens, amène des phénomènes terribles et contre lesquels la chirurgie est malheureusement impuissante. Je ne fais d'ailleurs que vous les signaler en passant : nous avons limité notre étude aux os des membres, et nous tenons absolument à ne point sortir du sujet.

2° *Marche.* — Les exostoses ostéo-cartilagineuses suivent en général une marche très-lente, elles n'acquièrent parfois qu'un volume peu considérable, arrivent à une période stationnaire. Mais chez un certain nombre de malades elles prennent une allure toute différente.

Une phlegmasie se développe au voisinage de la tumeur et se termine par suppuration. Volkmann a vu dernièrement une exostose de l'extrémité inférieure du tibia atteindre la peau, en amener la gangrène et nécessiter à cause de cela l'amputation du membre (1). Parfois un trajet fistuleux persiste après l'évacuation de l'abcès ; il est alors aisé de sentir au fond de ce trajet la surface de l'exostose cariée. Ce processus est exceptionnel. — Un autre, rare également, mais observé toutefois un peu plus souvent que le premier, c'est la nécrose de la tumeur. Enregistrée jusqu'ici une dizaine de fois, elle s'est ordinairement terminée par expulsion du séquestre et guérison complète (2). Lorsque la maladie a suivi cette marche, on a presque toujours pris l'exostose pour une énostose (Volkmann).

La fracture des exostoses a été vue par Azam et Gosselin. L'observation d'Azam avait trait à une exostose de développe-

(1) *Beiträge zur Chirurgie anschliess. an ein Ber. über die Thätigkeit der chirurgischen Universitäts. Klinik zu Halle, in Jahre 1873. Leipzig, 1875.*

(2) *Voy. Bull. Nonnulla de Exostosi. Dissert. Halis Saxonum. 1863.*

ment siégeant au niveau de l'extrémité supérieure de l'humérus, la fracture avait eu lieu pendant que la malade puisait de l'eau, et s'était annoncée par un craquement prolongé. Chez la malade de Gosselin, c'était une exostose de l'extrémité inférieure du fémur. Dans les deux cas, la tumeur changea de caractères et devint mobile au sein des parties molles qui la recouvraient. La carie, la nécrose, la fracture, sont à peu près les seules vicissitudes par lesquelles puissent passer les exostoses ostéo-cartilagineuses. La production d'une cavité kystique, vue par Brodie dans une exostose de l'orbite, par d'autres dans des tumeurs de même nature des os de la face, n'a point été observée jusqu'ici dans celles des membres. La résorption complète admise par Boyer et plusieurs autres est tellement rare que nous nous bornons à la mentionner.

Il nous est maintenant facile de formuler un pronostic.

Abandonnées à elles-mêmes, les exostoses ostéo-cartilagineuses n'acquièrent qu'un volume peu considérable. Elles tendent à rester stationnaires, s'enflamment et se nécrosent rarement, ne s'éliminent presque jamais spontanément, et peuvent acquérir une gravité exceptionnelle par suite des symptômes de voisinage qu'elles déterminent.

Diagnostic. — Il est loin d'être facile, surtout au début. Il n'existe pas de signe vraiment pathognomonique de l'exostose ostéo-cartilagineuse. L'ensemble des symptômes, le mode d'évolution, les circonstances qui ont accompagné ou précédé l'apparition de la maladie, peuvent fournir d'utiles renseignements et souvent permettre d'arriver à un diagnostic précis. Il est vrai qu'il est bien difficile de reconnaître une exostose purement osseuse d'une exostose ostéo-cartilagineuse. La structure de la tumeur se prête aisément à la confusion. Il n'y a point un rapport invariable entre la quantité du tissu osseux et la quantité du tissu cartilagineux. Si l'os l'emporte sur le cartilage dans son ensemble, l'exostose rappellera l'ostéome pur. Si c'est au contraire le tissu cartilagineux qui est le plus abondant, on a devant soi une tumeur offrant une grande analogie avec les chondromes.

Nous diviserons donc en deux parties notre diagnostic. Dans la première nous rechercherons les moyens de distinguer l'exostose ostéo-cartilagineuse des tumeurs d'une autre nature qui lui ressemblent le plus. Dans la seconde, nous tâcherons de mettre en évidence les traits saillants qui la différencient de l'exostose osseuse.

Les chondromes, les tumeurs à myéloplaxes, les sarcomes et les fibromes, quand ils débutent à l'intérieur des os et se portent vers l'extérieur, peuvent à un moment donné être pris pour des exostoses ostéo-cartilagineuses.

Les enchondromes naissant dans la profondeur des os longs offrent à leur première période tous les caractères d'une tumeur osseuse. Ils sont immobiles, profonds, irréductibles, implantés sur l'os par une large base; plus tard, ils prennent les caractères des tumeurs ostéo-cartilagineuses. La coque osseuse qui les recouvre s'amincit, elle se laisse déprimer sous la pression du doigt, puis reprend d'elle-même sa forme.

Mais là s'arrête l'analogie; à mesure que leur volume augmente, les enchondromes perdent le caractère des tumeurs osseuses pour prendre ceux des tumeurs cartilagineuses. Ils sont uniformément élastiques, leur surface est beaucoup moins régulière que celle des exostoses. Ils sont susceptibles d'acquiescer une grosseur énorme et de produire une déformation considérable de toute une région.

Cette mobilité de caractères est déjà un bon signe diagnostic, car dès le premier jour que l'exostose ostéo-cartilagineuse est aperçue, soit par le chirurgien, soit par le malade lui-même, elle présente les apparences qu'elle présentera toujours, c'est-à-dire que sa forme régulièrement acuminée, l'étendue de sa portion osseuse, son petit volume, sont autant de caractères d'une grande valeur.

Ajoutons que les exostoses sont bien plus souvent multiples que les tumeurs purement cartilagineuses, qu'elles se trouvent surtout chez les jeunes gens, qu'elles siègent à peu près exclusivement au voisinage des épiphyses, et nous aurons tous les éléments d'un bon diagnostic.

Les tumeurs à myéloplaxes ont un début tout aussi insidieux que les exostoses. Comme celles-ci, elles ne sont souvent aperçues qu'à la suite d'un choc sur le point qu'elles occupent. Mais les doutes ne peuvent pas persister bien longtemps. En quelques mois les myéloplaxomes augmentent de volume, perdent la consistance osseuse, deviennent mous et ne présentent plus aucune analogie avec les exostoses de croissance.

Les fibromes au début donnent lieu aux mêmes considérations tant qu'ils sont recouverts d'une épaisse coque osseuse. Tant qu'il n'y a ni élasticité, ni froissement de parchemin à la pression, le diagnostic est absolument impossible.

Quand au contraire le fibrome fait saillie à la surface de l'os, s'il est pur et n'est point traversé d'aiguilles osseuses, comme cela se voit quelquefois dans des variétés désignées par les auteurs sous le nom de fibro-sarcome ossifiant, la confusion n'est pas possible.

Le sarcome des os débute profondément comme les fibromes, les tumeurs à myéloplaxes et les enchondromes; il se développe de la profondeur vers la superficie, refoule devant lui le tissu de l'os et possède tous les caractères physiques des tumeurs osseuses. Dès cette époque il a pourtant un symptôme distinctif que l'on ne trouve au même degré dans aucune des variétés de tumeurs que nous venons de voir: il est souvent douloureux. Les malades atteints de tumeurs fibro-plastiques des os éprouvent, pendant la nuit surtout, des douleurs lancinantes insupportables et revenant par accès irréguliers. Les exostoses syphilitiques pourraient à cause de cela, être confondues avec le sarcome, mais il en est tout autrement des exostoses ostéo-cartilagineuses. Nous avons vu que celles-ci sont indolentes, que lorsqu'elles ne compriment pas une partie intolérante, elles peuvent rester longtemps inaperçues.

Lors donc qu'une tumeur trop éloignée d'un rameau nerveux important pour les comprimer, offrant tous les caractères du tissu osseux, tourmente vivement le malade par suite des douleurs qu'elle occasionne, il y a de fortes raisons de croire à un sarcome. La marche viendra lever les doutes. Les sarcomes

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U. A. N. L.

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U. A. N. L.