

à quel le espèce de tumeur enkystée on affaire. Nous avons donc ici trois ordres de signes à l'aide desquels on peut distinguer les kystes osseux des ostéo-sarcomes.

Voici maintenant les conséquences pratiques que j'ai déduites de cette distinction : 1^o l'ostéo-sarcome, et les kystes osseux différent essentiellement entre eux ; 2^o l'ostéo-sarcome est la dégénérescence cancéreuse de l'os ; le kyste osseux n'est que le développement de l'os, dû le plus souvent à la présence de corps fibreux semblables à ceux de la matrice ; 3^o lorsqu'il n'y a pas dégénérescence, on peut, par une incision, parvenir à la tumeur, l'enlever, et l'on n'a plus rien à craindre de la récurrence. Il n'en est plus ainsi, lorsqu'il s'agit d'un ostéo-sarcome : c'est en vain que l'on irait au centre du mal, que l'on extirperait même la tumeur, car on a affaire, dans ce cas, à une affection cancéreuse.

La marche des kystes osseux est généralement lente : il en est cependant qui acquièrent un grand développement en quelques mois, tandis que d'autres restent stationnaires pendant plusieurs années. Au bout d'un temps plus ou moins long, ils passent à la dégénérescence cancéreuse, surtout ceux dont les produits sont fibro-celluleux.

Les matériaux des kystes repullulent avec une extrême facilité ; on les a vus se reproduire deux ou trois fois, jusqu'à ce qu'ils fussent entièrement détruits.

OBS. V. — *Kyste à paroi osseuse développé dans le rebord alvéolaire de l'os maxillaire supérieur.* — *Première opération.* — *Reproduction du kyste.* — *Nouvelle opération.* — Un jeune homme de quinze ans se présente, le 6 juillet 1832, à la consultation de M. Dupuytren, pour une tumeur qu'il portait à la partie antérieure du rebord alvéolaire de l'os maxillaire supérieur. En l'examinant avec le doigt, M. Dupuytren reconnaît une crépitation sensible. Sur ce signe, il annonce que la tumeur est formée par un kyste à parois osseuses. Une ponction exploratrice amène au dehors un flot de liquide. Il fait ensuite une large incision dont il est facile de comprendre la raison. Ce jeune homme avait déjà été récemment opéré. Suivant son père, il était sorti beaucoup d'eau

de sa plaie, et cependant la maladie s'était reproduite. Pourquoi? parce que la partie qui avait donné lieu à la sécrétion avait été conservée, et qu'un nouveau produit avait été en conséquence sécrété. Que fallait-il faire pour empêcher une nouvelle reproduction? détruire le kyste, en y excitant une inflammation et par suite une suppuration. C'est, en effet, ce qui aurait été pratiqué au moyen de mèches de charpie et d'injections irritantes, si ce jeune homme ne s'en était point allé immédiatement après l'opération.

OBS. VI. — *Kyste développé dans l'os maxillaire inférieur.* — *Trois opérations successives.* — *Guérison.* — En 1813, un jeune homme du même âge que le précédent vint à l'Hôtel-Dieu pour une tumeur qu'il portait à l'os maxillaire inférieur. Cette tumeur occupait tout le côté droit du corps de cet os, et paraissait s'étendre jusque dans l'épaisseur de la branche du même côté. Elle était du volume d'un œuf de dinde, dépassait la base de la mâchoire, avait déjeté fortement les dents en dedans et faisait de continuels progrès. On crut d'abord que c'était une exostose ; mais en la palpant avec soin, on reconnaît qu'elle cède à la pression dans plusieurs points. M. Dupuytren se décide à l'emporter. Le petit malade, plein de force et de courage, sollicite instamment l'opération. On attaque la tumeur par l'ouverture de la bouche ; la muqueuse est incisée au niveau de la base de la tumeur ; cette base elle-même est entamée avec la gouge et le maillet : une lame osseuse assez mince est divisée ; on reconnaît bientôt qu'elle forme une véritable coque qui enveloppe une tumeur d'une autre nature. Cette coque enlevée, M. Dupuytren aperçoit une substance fibreuse ; il en coupe une grande partie, et fait reconduire à son lit le malade trop fatigué pour supporter une opération plus longue. Les débris de la tumeur végètent très rapidement et ne tardent pas à avoir le volume qu'elle présentait auparavant. M. Dupuytren enlève une seconde fois tout ce qui est apparent, et applique plusieurs fois le fer rouge pour détruire jusqu'aux plus petites racines. Mais bientôt il se fait une nouvelle repullulation. Le professeur se décide à une troisième opération, et cette fois, pour

mettre à découvert la totalité de la base de la tumeur, il incise la lèvre inférieure depuis son bord libre jusqu'à l'os hyoïde; il renverse le lambeau sur le côté, arrache avec une tenette une masse fibreuse, arrondie, lobuleuse, libre, qui remplissait une énorme cavité formée dans l'épaisseur de la branche de l'os maxillaire, et cautérise ensuite toutes les portions d'os d'où naissait la tumeur.

Le malade fut radicalement guéri; les corps fibreux enlevés dans les trois opérations avaient absolument le même aspect que ceux qu'on trouve dans l'épaisseur de la matrice.

Le pronostic des kystes osseux, dit M. Dupuytren, ne présente point de gravité; tous guérissent par l'opération. Ils peuvent repulluler, avons-nous dit, lorsque les matériaux de la sécrétion n'ont point été enlevés en entier; il suffit donc d'être informé de cette tendance à la récurrence pour la prévenir et la combattre. Il n'en est plus ainsi lorsque la substance fibreuse a subi la dégénérescence cancéreuse, et que les parties environnantes participent à cette altération; la terminaison est alors fatale. On pourrait, dans quelques cas, redouter une hémorrhagie; la ponction exploratrice fournit les moyens d'éviter cet accident, et d'y remédier lorsqu'il a lieu. Si la tumeur a déterminé une difformité considérable, l'opération la plus habilement pratiquée n'empêchera pas qu'il reste des traces du mal; mais ce léger inconvénient ne saurait être mis en balance avec les suites de la maladie abandonnée à elle-même.

La nature des kystes osseux étant reconnue, le meilleur moyen de les guérir consiste dans la destruction du mal. L'indication générale est la même: vider le kyste et procurer l'adhésion de ses parois. Voici comment alors il faut agir: on fait, dans le plus grand nombre des cas, une ponction exploratrice pour s'assurer de l'espèce des produits contenus dans le kyste; puis l'on pratique une incision sur le trajet de la tumeur; il convient de faire cette incision à la face interne de la bouche pour les kystes osseux de la face. On ne doit enlever des parois osseuses qu'autant qu'il en faut pour empêcher l'ouverture extérieure de se réunir pré-

maturément; d'ailleurs l'os étant sain, toute résection en serait peu rationnelle. Parvenu au centre du mal, on doit l'extirper, surtout lorsqu'il a donné lieu à des produits solides; dans ce cas, on s'est quelquefois bien trouvé du cautère actuel. C'est ainsi, par exemple, que dans la sixième observation le jeune homme ne fut guéri que par deux applications de fer rouge. Si ce sont des hydatides, on vide l'eau qu'elles contiennent, et on enlève leur enveloppe celluleuse. Si c'est un simple kyste séreux, il suffit de faire écouler la sérosité. Si enfin il s'offrait des tissus moins mous, solides, qu'on ne pût évacuer en une fois, ni par l'extraction ni par le simple écoulement, on les broyerait à plusieurs reprises différentes, afin d'en procurer la fonte putride, et l'on multiplierait les injections pour enlever les parcelles détachées. Les effets du mal enlevés, on doit s'occuper de la cause, car les produits tendent à repulluler. Dans ce but, on introduit des mèches de charpie dans la plaie; on y fait des injections émollientes ou irritantes, selon les circonstances. Ces moyens déterminent presque constamment une inflammation des parois du kyste, et par suite la destruction de la membrane qui les tapisse; les parois reviennent alors sur elles-mêmes, et la guérison est complète au bout d'un temps plus ou moins long. On a réussi dans plusieurs circonstances par une pression méthodique à l'extérieur. Dans quelques cas, on est obligé de pratiquer une contre-ouverture, et de placer un séton entre les deux plaies.

Obs. VII. — *Kyste osseux de la mâchoire inférieure.* — *Ponction exploratrice.* — *Séton.* — *Guérison.* — Un homme portait, vers l'angle de la mâchoire inférieure, à gauche, une tumeur que l'on reconnut pour un kyste à parois osseuses. Pour s'assurer de ce qu'il contenait, une ponction exploratrice fut faite dans l'intérieur de la bouche sur les parois du kyste, et il sortit une matière liquide. M. Dupuytren agrandit l'ouverture, et comme on ne pouvait espérer que cette ouverture, qui donnerait entrée à la salive, aux aliments, etc., suffit pour la guérison, une contre-ouverture fut pratiquée en bas et à l'extérieur. Les doigts purent alors pénétrer dans

l'intérieur, et on distingua une matière à demi-liquide; un séton fut placé à travers les deux plaies, et un mois après l'opération, la tumeur était réduite de moitié. Peu importait, du reste, le temps qu'elle devait mettre à disparaître tout-à-fait; l'essentiel était d'acquiescer la certitude qu'elle était formée par un kyste de cette espèce, et non par un ostéosarcome.

L'opération terminée, on applique des cataplasmes sur la tumeur, et l'on recommande la diète. Il est souvent utile de faire une ou plusieurs saignées pour dissiper les accidents inflammatoires.

Citons un dernier fait qui offre plusieurs particularités intéressantes.

Obs. VIII. — *Kyste à parois osseuses de l'os maxillaire inférieur.* — *Incision.* — *Introduction d'une mèche dans les lèvres de la plaie.* — *Affaïssement de la tumeur.* — *Guérison.* — Une jeune femme vint, dans le mois de juillet 1828, à l'Hôtel-Dieu pour se faire traiter d'une tumeur qu'elle avait dans l'os maxillaire inférieur. Elle était ovoïde, du volume d'un œuf de poule. Son développement avait été lent, sans douleurs lancinantes, sans fongosités, sans changement de couleur à la peau; elle faisait plus de saillie à l'extérieur, et sa position nécessitait une différence dans le mode d'opération. Comme chez les autres malades, on put s'assurer de l'existence de la crépitation; plusieurs personnes touchèrent la tumeur et percurent ce bruit; mais le contact répété par un grand nombre de mains le fit disparaître, et la crépitation ne s'entendait plus. Certain de l'avoir perçue, M. Dupuytren en attribua la disparition à l'enfoncement, à l'application des parois minces du kyste sur les parties contenues par suite du contact fréquent qu'on lui avait fait éprouver.

Le 11 juillet, la malade est conduite à l'amphithéâtre: un nouvel examen confirme les résultats du premier; la crépitation même, qui avait momentanément disparu, par suite de l'enfoncement des parois osseuses du kyste, est redevenue manifeste, et ce retour est sans doute dû à la force rétrograde d'élasticité de ces mêmes parois.

Une incision d'un pouce environ est faite le long du bord postérieur du muscle masséter, mais à partir seulement de quelques lignes au-dessous de sa partie moyenne, pour éviter la lésion des vaisseaux et du nerf facial. Cette incision s'étend jusque vers l'angle de la mâchoire; les bords de la plaie étant écartés, on aperçoit mieux encore, et l'on sent avec le doigt les parois du kyste, enveloppées d'une membrane que M. Dupuytren est porté à regarder comme séreuse, et qui, au toucher, est très douce et comme veloutée; on ne sent, du reste, aucune inégalité, aucune fongosité, sur la surface du kyste; cette surface est lisse et égale dans tous les points; le kyste a bien, comme on l'avait jugé, à peu près le volume et la forme d'un œuf.

Un coup de bistouri est alors donné à travers la paroi osseuse antérieure; il s'en écoule aussitôt en abondance une sérosité rougeâtre et sanguinolente; on n'y aperçoit aucune substance solide. Une mèche est introduite à travers les lèvres de la plaie et du kyste pour les empêcher de se réunir; des injections émollientes répétées sont faites dans l'intérieur de cette poche, et des cataplasmes appliqués sur la joue. Le professeur recommande de pratiquer une saignée de bras, si, ce qui ne paraît pas probable, cette simple incision des parties molles et des parois du kyste donnait lieu à quelques symptômes locaux ou généraux assez intenses pour devoir être réprimés.

Une fois la suppuration établie dans l'intérieur de cette poche, dit M. Dupuytren, si le pus s'y amasse et si l'ouverture supérieure ne suffit pas pour lui donner issue, une contre-ouverture sera pratiquée à la partie la plus déclive, et c'est tout ce que la malade peut attendre de plus fâcheux pour obtenir la guérison d'une affection qu'elle a long-temps crue incurable, et dont il lui restera probablement à peine quelques traces dans un ou deux mois.

Après l'opération, cette malade n'a éprouvé aucun accident; grâce à l'introduction des mèches, la plaie est restée ouverte; et, soit par suite du contact irritant de l'air, soit par ces deux causes à la fois, une suppuration abondante s'éta-

blit à l'intérieur du kyste. A chaque injection, on voyait d'abord l'eau poussée par la seringue ressortir trouble et chargée d'un pus de bonne nature; elle finit par revenir claire, le foyer s'était complètement vidé. Une légère rougeur avec gonflement s'était manifestée sur la joue au pourtour de l'ouverture; cette rougeur n'indiquait rien de fâcheux, et n'a pas été portée au point de faire craindre un érysipèle. La malade éprouvait dans le kyste des douleurs de moins en moins vives. L'écartement des parois diminuait. Jusque là M. Dupuytren était déterminé à ne tenter aucun moyen artificiel de compression pour les rapprocher, persuadé que leur situation seule devait y suffire. En effet, pressées qu'elles étaient d'un côté par les muscles ptérygoïdiens, de l'autre par le masséter, on ne pouvait guère douter que l'effort violent et soutenu de ces muscles, joint à l'inflammation suppurative de l'intérieur du kyste, n'opérât le rapprochement de ces parois, et n'effaçât sous peu toute difformité autre que celle que la position du kyste avait déterminée en dehors. Ce résultat a eu lieu en effet, et la malade est sortie guérie, conservant une légère cicatrice.

Obs. IX. — *Kyste à parois osseuses et contenant une tumeur fibreuse développée dans l'épaisseur de l'os maxillaire inférieur.* — *Extraction de la tumeur.* — Une femme âgée de seize ans fut reçue; dans le mois d'août 1829, à l'Hôtel-Dieu, où elle fut placée salle Saint-Jean, n° 3. Elle était grande, robuste, et ne semblait aucunement prédisposée aux dégénérescences. La tumeur maxillaire pour laquelle elle était venue réclamer les secours de l'art s'était développée sans causer la moindre douleur, ce qui n'arrive point dans les cas d'exostose ou d'ostéo-sarcome. Ce fut d'après ces considérations que M. Dupuytren diagnostiqua un kyste osseux contenant une tumeur fibreuse. Le tissu fibro-cellulaire est le siège le plus fréquent de cette espèce de tumeur; elle se montre souvent entre les lobules de la glande parotide, quelquefois autour des articulations. Celle de la malade qui fait le sujet de cette observation s'était formée dans l'épaisseur du corps de la mâchoire inférieure. Il y a trois

mois qu'elle débuta sans cause connue. Son accroissement progressif écarta les lames compactes de l'os, distendit les gencives, et détermina la chute des deux premières grosses molaires.

A la visite, on trouva que le kyste, véritable coque, s'étendait de la première à la dernière molaire exclusivement; son épaisseur était d'un pouce et demi environ; il faisait au-dessus du rebord alvéolaire une saillie de dix à douze lignes. La mastication était tout-à-fait impossible de ce côté. En exerçant avec l'extrémité du doigt une pression modérée, M. Dupuytren entendit une crépitation produite par l'affaissement de la coque. Bien convaincu que la nature ne pouvait rien dans cette circonstance, et que le corps nouveau ne ferait que s'accroître, dégénérerait et infecterait l'économie, il prit la résolution d'en débarrasser la malade, ce qu'elle demandait d'ailleurs instamment.

L'opération fut pratiquée le 26 août. La tête de la malade étant renversée en arrière et maintenue par un aide, M. Dupuytren incise avec un fort bistouri la base de la tumeur, d'abord en dedans, puis en dehors. Les incisions, parallèles au rebord alvéolaire, vinrent se confondre à la partie antérieure. Elles étaient à peine achevées, qu'on put apercevoir très distinctement un corps blanchâtre et fibreux remplissant la cavité osseuse. L'espèce de calotte qui formait la voûte de cette cavité fut enlevée, un levier glissé sous la masse fibreuse pour la soulever et les doigts, en achevèrent l'extraction. Ce fut dans ce dernier temps seulement de l'opération que la malade témoigna ressentir de la douleur. A peine une once de sang s'écoula-t-elle. L'intérieur de la cavité osseuse présentait des saillies qui étaient logées dans les dépressions de la tumeur. Celle-ci, du volume d'un œuf de poule, était irrégulièrement arrondie, dure, criant sous le scalpel, et bondissant à la manière des corps élastiques. La faible proportion de tissu cellulaire combinée avec le tissu fibreux devait éloigner l'époque de la dégénérescence.

L'opération ne fut suivie ni d'hémorrhagie ni d'accidents nerveux. La cavité osseuse revint peu à peu sur elle-même,

et finit par disparaître. La malade sortit entièrement guérie, et, selon toute probabilité, sans crainte de récurrence pour l'avenir.

Nous n'insisterons pas davantage sur les exemples propres à faire connaître les kystes à parois osseuses : ce que nous avons dit de leurs symptômes, de leurs caractères, de leur siège et de leur traitement, démontre suffisamment que ce point de pathologie, quoique encore neuf, a été sagement éclairci par M. Dupuytren; aussi le recommandons-nous à l'attention des praticiens. L'observation révélera sans doute un jour de nouveaux produits; mais nous doutons qu'elle fasse connaître de meilleurs signes et un traitement plus efficaces que ceux qu'il vient d'exposer (1).

ARTICLE VIII.

DES KYSTES SÉREUX CONTENANT DES PETITS CORPS BLANCS, OU HYDATIDES. — DES TUMEURS HYDATIQUES. — DE LEUR DIAGNOSTIC ET DE LEUR TRAITEMENT.

L'histoire des kystes séreux contenant des petits corps blancs que j'appelle des hydatides, dit M. Dupuytren, était fort peu connue avant les observations rapportées par M. Cruveilhier dans son Essai sur l'anatomie pathologique. Ce médecin distingué a le premier publié mes recherches sur ce genre de maladie, et depuis les praticiens ont eu l'occasion d'en constater l'existence un grand nombre de fois.

J'ai observé dans les cas qui se sont offerts à moi, que ces kystes se développaient presque toujours au poignet, à sa face palmaire, sous le ligament annulaire antérieur du carpe; quelquefois cependant je les ai vus au cou-de-pied, sous le ligament annulaire antérieur du tarse; mais dans tous les

(1) Mémoire sur les kystes à parois osseuses, par A. Brière de Boismont. *Journal complémentaire des sciences médicales*, 1833.

cas, je les ai rencontrés autour des synoviales et des tendons. Dans quelques circonstances rares, on les a observés au niveau de l'olécrâne, au-dessus de l'acromion, sur la tubérosité de l'ischion et en dehors du grand trochanter.

Les coups, les chutes, les pressions, la distension et les frottements répétés sont les causes qui paraissent donner lieu au développement de ces kystes séreux, bien qu'il ne soit pas rare de les voir se manifester sans cause appréciable. Les chaussures trop étroites provoquent ordinairement l'apparition de ceux de la face dorsale du pied. Il faut encore ajouter les causes sous l'influence desquelles se développent les hydatides dans les autres régions, et c'est alors, ou dans le genre de vie, ou dans l'humidité de l'habitation, ou dans la constitution molle et lymphatique des malades qu'il faut les chercher. Il y a quelques années, dit M. Dupuytren, j'ai vu, chez une jeune fille à l'Hôtel-Dieu, un coup de fouet reçu sur le front donner naissance à une tumeur enkystée que j'ouvris, et dont il sortit une véritable hydatide qui la remplissait en entier. Leur accroissement est presque toujours très lent; ils restent souvent stationnaires pendant plusieurs années.

Obs. I. — *Tumeur à la face palmaire du poignet. — Sortie de petits corps blancs semblables à des pepins de poires. — Accidents graves. — Analyse de ces corps par M. Bosc. — Guérison.* — M... vint à l'Hôtel-Dieu, le 2 pluviôse an XII, pour une tumeur qu'il portait à la face palmaire du poignet. Il attribuait sa maladie à un effort qu'il avait fait à l'âge de douze ans pour soulever un pavé très lourd. Il paraît qu'à l'instant même il éprouva une douleur fort vive et une impossibilité de mouvoir le poignet. Au bout de quelques jours il se forma une tumeur qui, d'abord peu volumineuse, augmenta progressivement pendant dix mois; elle resta ensuite stationnaire, et ne fit éprouver qu'une gêne légère.

M... ayant pris l'état d'orfèvre se livre pendant trois ans aux travaux de sa profession; mais craignant les progrès du mal, il se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu. A cette époque la tumeur était située à la face palmaire du poignet; ou plutôt, il y avait deux tumeurs, dont l'une faisait saillie au-dessous