

ses dimensions et ses caractères quand on lève la compression; les battements ne reparaisent qu'après quelques pulsations.

La plupart de ces néoplasmes se développent rapidement et acquièrent un volume qui peut dépasser celui d'une tête d'adulte. Dans les cas de RICHET, DEMONGEOT, PARISOT, la tumeur en quelques mois était déjà très grosse; son accroissement était plus lent dans d'autres observations. De semblables masses, en raison de leur volume, des douleurs qu'elles causent apportent une gêne considérable aux fonctions de la partie; l'œdème des extrémités survient assez fréquemment, les veines sous-cutanées sont dilatées et les mouvements de l'articulation voisine deviennent très gênés, bien que celle-ci soit saine. La position demi-fléchie est la règle pour le genou.

Diagnostic. — PEARSON et SCARPA ont confondu l'anévrysme de la tête du tibia avec un anévrysme de l'artère tibiale antérieure, erreur que l'on évitera si l'on se rappelle que les tumeurs pulsatiles font corps avec l'os, qu'elles sont recouvertes le plus souvent par une coque dure, parcheminée ou fibreuse dont on peut aisément sentir les contours par la palpation. Le souffle n'y est jamais aussi marqué que dans les anévrysmes artériels. On comprend combien il est difficile de distinguer ces productions morbides des ostéosarcomes puisqu'il est probable qu'il ne s'agit ici que d'une variété de ces tumeurs devenues téléangiectasiques; l'existence des pulsations et du souffle fera aisément reconnaître la nature vasculaire de la tumeur.

Dans les cas où la coque osseuse est dure, où les pulsations ne sont pas perçues extérieurement, la ponction avec un trocart, qui ramène du sang rutilant, pourra donner une idée exacte de la nature de l'affection.

Pronostic. — Les tumeurs pulsatiles sont graves en tant que néoplasmes vasculaires, en outre parce qu'elles ont une origine néoplasique et peuvent récidiver; aussi le pronostic doit-il être très réservé. D'ailleurs elles déterminent toujours des troubles fonctionnels sérieux.

Traitement. — Les moyens de traitement qui s'adressent à l'anévrysme seul réussissent assez fréquemment; la compression tentée par LAGOUT et CARNOCHAN n'a pas réussi, mais on pourra l'essayer sans inconvénients. VOLKMANN a conseillé des injections coagulantes qui semblent devoir donner de bons résultats si on les emploie prudemment.

La ligature du tronc artériel compte plusieurs guérisons à son actif (LALLEMAND, LAGOUT, ROUX, DEMONGEOT). LALLEMAND fit la ligature de la fémorale et le gonflement diminua peu à peu; huit mois après la guérison était complète. La même opération fournit également un succès à ROUX et la masse devint dure; vingt ans plus tard la guérison s'était maintenue. LAGOUT obtint la cessation des battements et le genou s'ankylosa; au bout de dix ans la tumeur indolente, fluctuante persistait, mais n'était plus pulsatile. A côté de ces terminaisons heureuses, il est juste d'enregistrer l'échec de CARNOCHAN, qui dut recourir à l'amputation. MAPOTHER a réussi en se servant de l'ignipuncture.

C'est à l'amputation qu'il faudra s'adresser quand les moyens précédents échoueront; on la pratiquera dans la continuité ou dans la contiguité lorsque les circonstances l'exigeront. Elle a été employée plusieurs fois; les résultats

assez mauvais qu'elle a donnés ne sont imputables qu'à des complications hospitalières moins à redouter aujourd'hui.

§ 8. — Kystes des os

Bibliographie. — *Kystes en général.* — BORDENAVE, *Mém. sur quelques exostoses de la mâchoire*, in *Mém. de l'Acad. royale de chir.*, 1774, t. V, p. 338. — MOURLON, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1873. — BUSCH, *Berlin. klinisch. Wochens.*, 1875, p. 338. — CARLE, in *Lyon médic.*, 1878, n° 27.

Kystes hydatiques. — KEATE, *Med. Chir. Transact.*, t. II et t. X. — CULLERIER, *J. de méd. et de chir. de Corvisart*, t. XII, p. 125. — FRICKE, *Hamburg Zeitschrift f. die Gesammte Med.*, 1838, Bd. XII, p. 383, et DEZEIMERIS, *Expérience*, 1838, t. I^{er}, p. 529. — DUPUYTREN, *Leçons orales*, 1839, t. I^{er}, p. 52. — CRAMPTON, *London Med. Gaz.*, 1850, t. XI, p. 830. — ROUSSIN, in *Bull. de la Soc. anat.*, 1851, t. XXVI, p. 315. — COULSON, *Med. Times and Gaz.*, 1858. — DEMARQUAY, *Gaz. des Hôp.*, 1869, p. 74. — KÜSTER, in *Berlin. klinisch. Wochens.*, 1870, n° 12. — VIERTTEL, in *Arch. de Langenbeck*, 1875, t. XVIII, p. 476. — RECZEY, in *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1876, t. VII. — FRUSCI, *Annali clinic. dell' Ospedale degli incurabili*, 1876. — LIOUVILLE et STRAUSS, *Bull. de la Soc. anat.*, 1875. — HAHN, in *Berl. klin. Wochens.*, 1884, n° 6.

Thèses de Paris. — 1877, VIDAL. — 1882, GODEFROY.

Thèse de Montpellier. — 1838, ESCARRAGUEL.

Consultez les *Dictionnaires* et les *Traitéés généraux*.

1° KYSTES EN GÉNÉRAL

Autrefois toutes les tumeurs à coque osseuse étaient considérées comme des kystes et la dilatation qui en résultait portait le nom de *spina ventosa*. Une étude plus attentive a permis de restreindre l'acception de ce mot, et on réserve aujourd'hui le nom de kystes à des collections liquides généralement séreuses qui se forment dans les os. Dans ce groupe rentrent les kystes hydatiques que nous étudierons séparément.

Les limites des kystes simples ne sont pas très précises, parce que plusieurs tumeurs des os peuvent subir la dégénérescence kystique; nous avons en effet signalé l'existence des chondromes, des sarcomes kystiques, etc. De même en étudiant l'ostéomalacie sénile, on a pu voir qu'il existe, à une certaine période de la maladie, des kystes à contenu hématique; c'est à cette affection qu'il faut rapporter la curieuse observation d'ENGEL dans laquelle il est question d'une vieille femme dont le squelette était très fragile et dont les os présentaient à l'autopsie un grand nombre de cavités kystiques. Nous en citerons plusieurs exemples à propos de l'arthrite sèche.

VOLKMANN ne croit pas à l'existence des kystes osseux idiopathiques et pense qu'il s'agit toujours de tumeurs dégénérées. Cependant plusieurs faits nous semblent démonstratifs, ainsi la nature des kystes des mâchoires n'est pas douteuse. Beaucoup d'entre eux ont une origine dentaire (kystes du périoste, kystes dentifères, kystes folliculaires); d'autres naissent dans les glandules

de la paroi des sinus et constituent les kystes muqueux du sinus maxillaire qui, par le fait de leur développement, amènent de graves déformations. En dehors de ces kystes assez bien étudiés, quelques auteurs, GOSSELIN, BRYANT, HEATH, admettent des kystes uniloculaires indépendants des dents et remplis de sérosité. Il s'agirait là de kystes néogènes, de la variété autogène de BROCA. COOTE a observé un cas de kyste osseux congénital.

Les kystes des os peuvent être uni ou multiloculaires; ces derniers sont assez communs au maxillaire inférieur (maladie kystique des Anglais). La tumeur est en effet cloisonnée et formée par la réunion d'un grand nombre de petites cavités isolées ou communicantes, dont le contenu est séreux ou muqueux, clair ou trouble; la membrane qui tapisse ces loges est rosée. On a vu ces kystes acquérir le volume d'une tête d'enfant (FORGET) (Voyez fig. 149, t. II, p. 558).

Quant aux kystes des autres os, ils sont beaucoup plus rares; NÉLATON a observé un exemple remarquable de kyste multiloculaire du fémur qui existe au musée Dupuytren: la tumeur volumineuse occupant toute la hauteur de l'os contenait un liquide séro-sanguin. A. COOPER a rapporté un cas de kyste du tibia et CARLE en signale un au cubitus; la même affection a encore été rencontrée sur la clavicule (TRAVERS), sur l'humérus (A. COOPER, MONOD); enfin BUSCH a relaté un exemple de kyste colloïde des os du nez.

Ces tumeurs se développent toujours très lentement, sans provoquer de grandes douleurs; celles-ci n'apparaissent qu'autant que le kyste devient très volumineux et détermine des accidents de compression. Ces néoplasmes assez gros et durs présentent la crépitation parcheminée comme les spinas ventosas; mais ce n'est pas un fait constant. Elles sont susceptibles de se rompre et de s'enflammer spontanément; leur histoire trouvera mieux sa place dans l'étude des régions.

Le diagnostic de ces collections, lorsque la tumeur siège aux mâchoires, n'est pas très difficile, il n'en est pas de même sur les autres os. Quand la fluctuation et la crépitation font défaut, on ne saurait avoir que des présomptions. Cependant la marche de la tumeur la fera distinguer d'un néoplasme malin; il est possible de confondre un kyste simple avec un fibrome et surtout avec un kyste hydatique.

Les exemples de récurrence ont été signalés; n'est-on pas en droit de croire qu'il s'agissait alors d'un néoplasme kystique; PAGET a observé un fait de ce genre au maxillaire inférieur.

Traitement. — L'intervention chirurgicale peut seule guérir ces productions; c'est à l'ouverture du kyste que l'on incise largement qu'il faut donner la préférence; l'excision de la paroi, l'introduction d'un tube à drainage, les injections de teinture d'iode rendront également des services. Enfin si ces moyens échouent, s'il s'agit de kystes multiloculaires, l'ablation devra être pratiquée, en respectant dans la mesure du possible la continuité de l'os. NÉLATON a eu recours, dans le cas mentionné plus haut, à la désarticulation de la cuisse.

2° KYSTES HYDATIQUES DES OS

Les hydatides se logent quelquefois dans les os et donnent alors naissance à des kystes; les germes véhiculés par le sang vont se déposer indifféremment dans les divers os du squelette et y deviennent le point de départ de tumeurs hydatiques. Il s'en faut d'ailleurs qu'on soit éclairé sur le mécanisme d'après lequel se fait le passage de ces germes à travers nos tissus. Sans parler des conditions générales qui prédisposent aux hydatides, il est un certain nombre de circonstances étiologiques spéciales à cette affection; ainsi elle est plus fréquente à l'âge adulte et le traumatisme paraît jouer un rôle dans la localisation des hydatides. CULLERIER, WICKHAM, LANGENBECK, DEMARQUAY ont remarqué des relations étroites entre le traumatisme et ces kystes parasitaires. Tantôt il s'agissait d'une chute sur le bassin, d'un choc au front, tantôt d'une plaie par arme à feu. Les idées de VERNEUIL sur les *loci minoris resistentiæ* et sur l'auto-infection traumatique trouveraient là des arguments satisfaisants.

L'hydatide enkystée dans un os se développe insensiblement en amenant la résorption des trabécules périphériques. Au bout de quelque temps l'os paraît

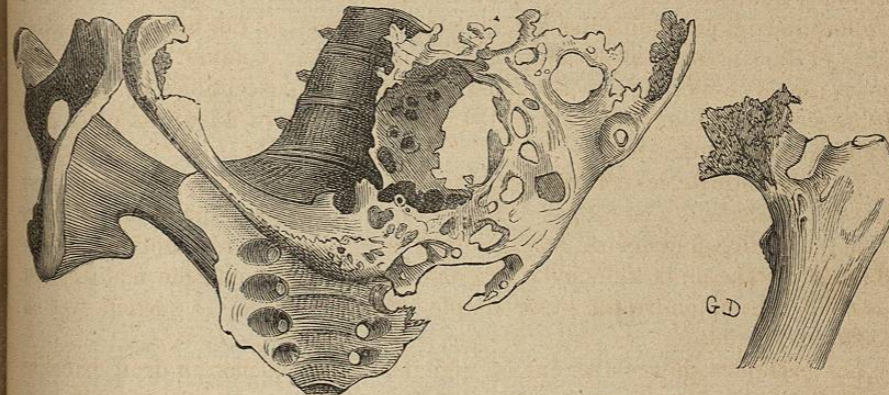


Fig. 152.

Kyste hydatique du bassin. D'après VIERTTEL. (Archives de LANGENBECK, Bd XVIII, 1875.)

se boursoufler; mais ici comme ailleurs ce sont seulement des couches périostiques nouvelles qui forment une coque autour de la tumeur. Les propriétés ostéogéniques du périoste ne sont pas indéfinies et la coque devient partiellement fibreuse.

On a noté la présence de kystes hydatiques sur la plupart des os du squelette et jusque sur les phalanges (CHARCOT). Sur trente-trois cas, REZÉY en compte huit au tibia, sept à l'humérus, cinq au bassin, quatre au fémur, les autres au crâne, aux vertèbres, aux phalanges: ils siègent dans le tissu spongieux ou dans le canal médullaire; le kyste proémine vers l'extérieur d'après le méca-

nisme que nous venons d'indiquer, ou bien remplit le canal médullaire; on a signalé l'envahissement de l'articulation voisine, du canal rachidien. ESCARAGUEL a publié un cas où tout le canal médullaire du fémur était rempli ainsi que le genou. Les hydatides du bassin amènent également des lésions graves de l'articulation de la hanche, la figure 152 nous montre l'os iliaque transformé en une véritable éponge à grandes cavités. Les altérations produites par les kystes hydatiques des os sont parfois considérables et plus d'une fois des fractures, des luxations ont contribué à aggraver le pronostic de cette maladie. Les fractures n'ont aucune tendance à la consolidation, aboutissent à des pseudarthroses ou à la suppuration du foyer.

Quelques auteurs ont décrit une évolution un peu différente de la précédente, par suite de la mort des acéphalocystes; les vésicules s'affaissent, la paroi s'infiltré de sels calcaires et il ne reste plus définitivement qu'une masse caséuse contenant des crochets. LIOUVILLE et I. STRAUSS ont trouvé cette altération dans une vertèbre. Si les kystes hydatiques peuvent être isolés, on rencontre assez rarement d'autres tumeurs dans les viscères.

Symptômes. — Le gonflement constitue le premier symptôme appréciable, car l'affection est indolente au début et les parasites ne provoquent dans l'os que des phénomènes plastiques, nullement inflammatoires. Néanmoins pendant l'accroissement du kyste il n'est pas absolument rare d'observer des douleurs sourdes. S'il existe une coque osseuse la crépitation parcheminée sera perçue; est-elle fibreuse, la fluctuation devient plus franche et on sent toujours un cercle osseux à sa base; quelques-uns étaient réductibles. Le frémissement hydatique perçu par VIERTTEL semble rare.

Les troubles de voisinage, toujours sérieux, varient beaucoup suivant les régions; au crâne ces kystes déterminent des accidents cérébraux, à la face l'exorbitisme, dans toutes les circonstances des compressions gênantes. Ajoutons à cela que les os peuvent se briser, que la consolidation est difficile. Quelquefois c'est en faisant des opérations pour remédier aux pseudarthroses, comme dans les faits de DUPUYTREN, CRAMPTON, KÜSTER, que la véritable nature de l'affection a été reconnue. La marche de ces kystes est lente, sans retentissement immédiat sur la santé générale; cependant on a vu la tumeur s'enflammer ou se rompre au dehors ou dans une articulation en produisant une arthrite aiguë. L'inflammation de la poche constitue une complication sérieuse parce que la suppuration dure indéfiniment et expose les malades à toutes les causes d'infection.

Diagnostic. — Au début, le diagnostic des kystes hydatiques des os est extrêmement difficile sinon impossible; on peut les confondre avec toutes les tumeurs. Plus tard, la crépitation parcheminée, la marche de l'affection, l'intégrité de la santé, l'indolence absolue de la tumeur, la fluctuation feront présumer un kyste hydatique; le frémissement serait un excellent signe s'il était permis de le constater. Les fractures spontanées sans cause appréciable doivent également éveiller l'attention, surtout si la consolidation ne se fait pas et s'il existe une tumeur.

La ponction exploratrice rendra de grands services, mais elle expose à la suppuration du kyste; VIERTTEL a vu cette petite opération amener l'inflamma-

tion du kyste et la mort de son malade. Le diagnostic des kystes hydatiques des os est donc très épineux et l'on ne doit pas s'étonner si l'expérience en pareille matière résulte souvent du souvenir des erreurs commises; KEATE, au crâne, crut à une exostose, FRICKE à une coxalgie suppurée du bassin. RECZEY, FRUSCI prirent des kystes pour des abcès froids; dans une observation de FRUSCI, l'ouverture du prétendu abcès froid donna issue à des échinocoques qui avaient pénétré dans le canal rachidien, et la mort arriva à brève échéance.

Pronostic. — Le siège de l'affection a une extrême importance sur sa gravité. De même, les kystes les plus volumineux sont évidemment les plus redoutables et le chirurgien ne saurait agir avec trop de circonspection dans l'appréciation du pronostic de cette maladie.

Traitement. — Ouvrir et faire suppurer le foyer, telle est l'indication à remplir en pareille occurrence. La ponction insuffisante seule fait courir autant de danger que l'ouverture. On aura recours au bistouri, au trépan ou à la gouge pour pratiquer cette opération; il faut ensuite prendre grand soin d'évacuer toutes les vésicules avec le doigt et de faire des injections dans la poche pour éviter les récidives. Même avec ces précautions, il n'est que trop fréquent de voir la tumeur se reproduire si le chirurgien n'a pas détruit les propriétés de la poche, ce que l'on a conseillé d'exécuter avec des pinces, le fer rouge, les caustiques dilués, le nitrate acide de mercure, le nitrate d'argent, le chlorure de zinc. Quand la guérison a lieu, elle se fait au moyen de bourgeons charnus qui comblent peu à peu la cavité.

Sur trente-six faits réunis par HAHN, on compte vingt opérés, quatorze ont guéri, deux par l'incision seule, douze après amputation des articulations ou résection. Sur les os des membres la résection est quelquefois préférable; on ne l'a guère employée que dans les fractures spontanées non consolidées. Enfin, il est des cas où l'on peut être amené à faire l'amputation et même la désarticulation, lorsqu'il s'agit de kystes volumineux des os des membres qui ont causé des désordres trop étendus et difficilement curables par la seule ouverture du sac.

Rappelons en terminant que l'on doit se garder de toucher à certains kystes hydatiques des os: ce sont ceux qui proéminent dans les cavités splanchniques et qui sont en dehors de la sphère d'action du chirurgien.