

rapide, un développement exagéré. Le choc a entraîné des ruptures vasculaires, creusé des lacunes et ouvert ainsi au sang des voies plus larges.

En grossissant, la tumeur respecte les parties voisines, les dévie ou les distend mais ne les envahit pas; la peau peut s'amincir et les veines sous-cutanées se développer. Il est bien rare, sauf pour les épulis, de rencontrer des ulcérations, et encore sont-elles produites plutôt par les frottements et certaines conditions locales que par l'invasion de la muqueuse par le tissu pathologique.

Les signes subjectifs sont assez caractéristiques. En premier lieu, il faut signaler l'indolence du néoplasme. Cependant, s'il est voisin d'une articulation, ce qui est la règle, car les tumeurs de ce genre sont rares dans les diaphyses, il déterminera d'abord de la gêne, puis de la douleur, et parfois une douleur intolérable qui impose le repos absolu, le séjour au lit, lorsqu'il s'agit du membre inférieur. Il ne faut pas oublier, en effet, que si le cartilage diarthrodial est généralement respecté, l'envahissement de l'articulation par la néoplasie peut avoir lieu, comme je l'ai observé pour le genou. Chez une malade de mon service, qui avait été amputée de la cuisse gauche par M. Jaboulay, les douleurs étaient continues et extrêmement vives. Les figures 11 et 12 représentent l'épiphyse envahie de cette extrémité inférieure du fémur, qui était transformée en une véritable grenade, dont la coque était exclusivement représentée, du côté de l'articulation du genou, par le cartilage diarthrodial.

La *marche* de l'affection est remarquable par sa lenteur et le maintien d'un bon état général. Il faut cependant tenir compte des exceptions, et savoir qu'une généralisation est possible, qu'Ollier a trouvée dans les ganglions poplités des cellules analogues à celles d'une tumeur du pied, que Terrillon a vu l'infection générale, et qu'enfin une véritable cachexie, dont la nature est encore obscure, peut survenir chez de tels malades. La voie de l'invasion viscérale est peut-être, comme pour les vrais ostéo-sarcomes, la voie veineuse; Dubuisson-Christôt a trouvé les veines tibiales postérieures remplies de ces cellules, dans un cas de tumeur appartenant au tibia.

Pronostic. — Le pronostic doit être réservé, il doit s'inspirer de toutes ces éventualités. Si l'on peut affirmer la bénignité ordinaire de telles tumeurs et promettre aux malades une guérison complète, l'extirpation du néoplasme dans sa totalité une fois effectuée (c'est le cas des tumeurs des maxillaires), il faut savoir qu'une dissémination osseuse et viscérale peut survenir (elle n'a été vue qu'à la suite des néoplasmes des os longs). Cette distinction de la malignité ou de la bénignité du néoplasme, suivant la portion du squelette atteinte, doit toujours être présente à l'esprit du chirurgien.

Au point de vue du pronostic, on tiendra compte encore du siège occupé par la tumeur; il est évident qu'une myéloïde de la colonne vertébrale, des os du crâne, du sternum, acquiert, de par sa seule localisation, une gravité qui n'est pas en rapport avec sa nature.

Diagnostic. — On reconnaît facilement l'affection, lorsqu'elle occupe les maxillaires. Si la tumeur siège profondément, dans l'épaisseur du squelette, on ne peut avoir que des présomptions. Nous avons déjà exposé, chemin faisant, les différents signes qui permettent de soupçonner une tumeur myéloïde.

Nous avons indiqué aussi d'autres renseignements, dont on devra grandement tenir compte: l'âge du sujet, l'époque du développement, l'indolence et l'absence de ganglions, la marche lente, etc.

L'ostéo-sarcome, le carcinome, l'enchondrome sont les néoplasmes qui prêtent le plus à confusion. Ils ont cependant, chacun, des caractères suffisamment tranchés, pour être reconnus.

Nous laissons de côté le diagnostic différentiel des myéloïdes devenues pulsatiles, et des autres tumeurs ayant subi la transformation télangiectasique; cette question sera traitée au chapitre: *Anévrysmes des os*.

Traitement. — La tumeur myéloïde doit être détruite dans sa totalité. Si quelque parcelle reste enfouie dans la profondeur du tissu osseux, la récurrence est fatale.

Dans le traitement, on tiendra compte du volume et du siège du néoplasme. Pour une tumeur petite, superficiellement placée, ayant creusé une cavité dans un os qui ne supporte pas de fortes pressions, des méthodes conservatrices peuvent être essayées, comme l'excision, l'évidement méthodique, suivis de cautérisations actuelle ou potentielle. Pour les myéloïdes de gros volume, pour les myéloïdes ayant détruit une épiphyse d'un os long du membre inférieur, par exemple, l'amputation est la seule ressource. Je sais bien que J.-L. Petit a pu obtenir un succès, à l'aide de l'excision, dans une volumineuse myéloïde de l'extrémité supérieure du tibia, mais il s'agit d'un fait exceptionnel, qui ne saurait aller à l'encontre de certaines règles thérapeutiques. Il en est de même de la ligature de l'artère principale du membre, employée surtout contre les formes pulsatiles, et qui a pu fournir quelques succès plus ou moins durables, comme celui de Dupuytren (il ne fut que temporaire et nécessita l'amputation) et ceux de Lallemand et Lagout, rapportés par Richet. La difficulté consiste à prendre une résolution, dans un sens ou dans l'autre, en face de tumeurs qui, par leur siège, leur volume, les désordres qu'elles ont provoqués autour d'elles, sont à la limite des méthodes conservatrices et des procédés radicaux. Aujourd'hui on tend à faire des opérations économiques qui ont, du reste, toujours été de mise pour les myéloïdes des maxillaires, c'est ainsi qu'à l'un des derniers Congrès des chirurgiens allemands (Berlin, 24, 27 avril 1889), Krause, dans 5 cas de tumeurs étendues de la mâchoire inférieure, s'est contenté d'abraser la coque et d'extirper les tissus suspects. Bramann a montré deux malades, opérés par cette méthode, pour des myéloïdes du tibia et du radius. Esmarch, Löbker, Rosenberger ont pratiqué la même opération et s'en déclarent partisans⁽¹⁾. On peut songer à combler la cavité avec des greffes osseuses, avec des fragments d'ivoire, etc. Esmarch a proposé des greffes d'os décalcifiés. Cependant il est incontestable que cette méthode expose à des récurrences, comme le prouve un malade de Krause, qui vit, six fois de suite, la tumeur repulluler. En résumé, *il faut distinguer les myéloïdes des maxillaires et les myéloïdes des os longs*. Les premières tumeurs réclament une ablation complète par une opération le plus souvent *atypique*: excision, évidemment du tissu néoplasique, on ne rendra pas solidaire de la lésion toute une portion du squelette déterminée d'avance. Quant aux myéloïdes des os longs, ils peuvent être justiciables de la même thérapeutique; mais le sacrifice du membre sera souvent nécessaire d'emblée, soit que la tumeur ait une allure franchement maligne, soit que,

(1) Il sera toujours prudent d'enlever un petit fragment de la tumeur et de l'examiner histologiquement; on se décidera alors, en pleine connaissance de cause, pour telle ou telle opération. Cette biopsie du néoplasme peut seule, dans les cas douteux, éviter une méprise regrettable.

se substituant au tissu osseux, elle ait, au membre inférieur, par trop affaibli la résistance du squelette. La repullulation du tissu enlevé exige l'amputation.

MYXOMES

(TUMEURS MALIGNES DU TISSU CELLULO-ADIPEUX DE LA MOELLE)

NICAISE, Thèse d'agrég., 1869. — LÜCKE, *Encycl. Pitha et Billroth.*, t. II. — CORNIL et RAUVIN, *Anat. pathol.* — VOLKMANN, *Encycl. Pitha et Billroth.* — TÉDENAT, *Montpellier médical*, 1894. — NOVÉ JOSSERAND et BÉRARD, *Rev. de Chir.*, mai 1895.

Les myxomes purs du tissu osseux, sans adjonction de tissu cartilagineux, sont des plus rares. Ils ont, comme siège principal, les deux maxillaires.

Pour Cornil et Ranvier, ils auraient une origine périostique et sous-périostique; suivant Volkmann et Virchow, ils seraient primitivement centraux, et naîtraient profondément dans le tissu médullaire. Quel que soit leur point de départ, ces tumeurs ont une marche lente, bénigne; elles récidivent parfois, mais ne se généralisent pas. Leur existence ne peut être que soupçonnée. On essaierait vainement, avant l'opération, d'établir une symptomatologie et un diagnostic différentiels.

Nous avons placé l'étude des myxomes immédiatement après celle des ostéosarcomes, de même que nous avons placé celle des lipomes immédiatement après celle des ostéomes, parce que nous avons voulu réunir, d'une part, les tumeurs malignes des cellules du tissu osseux proprement dit, et, d'autre part, les tumeurs bénignes de ces mêmes cellules. Le myxome est au lipome ce que l'ostéo-sarcome est à l'ostéome, c'est-à-dire : ce que l'évolution embryonnaire est à l'évolution adulte des néoplasies de mêmes cellules.

Au point de vue clinique, ces tumeurs sont, il est vrai, plutôt bénignes, mais cette bénignité tient à ce que la plupart sont au stade intermédiaire, entre le tissu embryonnaire et le tissu adulte; d'ailleurs, nous ne savons pas grand chose, cliniquement, sur leur évolution. Les notions que nous donnent les auteurs sont assez sommaires; on s'accorde à admettre que ces tumeurs se rencontrent, de préférence, sur les maxillaires, mais on dit aussi qu'elles peuvent se développer en divers points du squelette : fémur (Nicaise), tibia (Lüke), les petits os du tarse (Tédenat), tibia (Nové Josserand et Bérard).

Elles n'atteignent pas, en général, un très gros volume et on a signalé leur transformation kystique; voilà, à peu près, tout ce que nous savons de ces néoplasmes, sur lesquels l'attention a été récemment attirée par les deux mémoires de Tédenat, de Nové Josserand et Bérard.

ENDOTHÉLIOMES

(TUMEURS MALIGNES DE L'ENDOTHÉLIUM DES VAISSEAUX)

BILLROTH, *Arch. f. klin. Chir.*, Bd. X. — WALDEYER, *Virchow's Archiv*, XLI et XL. — KOLACZEK, *Deutsche Zeits. f. Chir.*, 1878. — JAFFÉ, *Arch. f. klin. Chir.*, Bd. XVII. — MAURER, *Virchow's Archiv*, Bd. LXXXVIII. — SCHMIDT, *Arch. f. klin. Chir.*, Bd. XXXVI. — HILDEBRAND, Ueber das tubuläre Angiosarcom oder Endotheliom des Knochens. *Deutsche Zeits. f. Chir.*, XXXI, 1891. — MARCKWALD, Ein Fall von multiplen intravasculären Endotheliom in den gesammten Knochen des Skelets. *Arch. de Virchow*, CXXI, 1895.

Décrits par Billroth et appelés angio-sarcomes par Waldeyer, les endothéliomes des os ne sont bien connus que depuis le mémoire de Kolaczek. Hilde-

brand a montré qu'il en existait deux variétés : l'*endothéliome alvéolaire* et l'*endothéliome tubulaire*. Cliniquement ces tumeurs ont, en général, été confondues avec des ostéo-sarcomes; elles apparaissent chez des malades relativement jeunes, atteignent rapidement un assez gros volume et manifestent aussi leur présence par des fractures spontanées.

Leur symptôme caractéristique est l'existence de battements qui ont été notés dans les trois quarts des cas publiés et étudiés histologiquement. Il est vraisemblable que l'on a dû les confondre souvent avec des anévrysmes des os.

A l'examen microscopique, les préparations offrent une grande ressemblance avec le carcinome, de sorte que l'on est en droit de supposer que les observations publiées sous la rubrique carcinome primitif des os se rapportaient, en réalité, à des cas d'endothéliomes. Les planches jointes aux mémoires de Hildebrand et de Marckwald sont des plus démonstratives. Nous renvoyons le lecteur à ces deux travaux.

DEUXIÈME GROUPE DE TUMEURS PRIMITIVES

TUMEURS DES TISSUS ADJACENTS A L'OS

Nous réunissons, dans cette seconde catégorie, les tumeurs développées aux dépens des cellules qui ne font pas partie du tissu osseux proprement dit, à savoir, le tissu cartilagineux, et le périoste externe, enfin et surtout, les îlots épithéliaux congénitaux, inclus dans les os. Nous aurions pu aussi faire une classe à part, de ces dernières cellules, et mettre dans la première subdivision les cellules cartilagineuses, au même titre que les cellules adipeuses, mais toute classification à quelque chose d'artificiel et on peut dire que les cellules adipeuses font, à proprement parler, partie d'un os adulte, tandis que les cellules cartilagineuses de l'os adulte sont extérieures à l'os, comme celles du périoste externe. Nous suivrons, pour l'étude de ce deuxième groupe de tumeurs, la même marche que pour l'étude des tumeurs du premier groupe, nous commencerons par les *tumeurs bénignes* et nous terminerons par les *tumeurs malignes*.

A. — TUMEURS BÉNIGNES DES TISSUS ADJACENTS A L'OS

Nous étudierons successivement les tumeurs du tissu cartilagineux, celles du périoste externe, enfin celles qui naissent aux dépens d'îlots épithéliaux congénitaux inclus; nous aurons ainsi trois chapitres : 1° les *chondromes*; 2° les *fibromes*; 3° les *kystes épithéliaux*.

I. — CHONDROMES

(TUMEURS BÉNIGNES DE LA CELLULE CARTILAGINEUSE)

CRUVEILHIER, *Anat. pathol.*, t. II, 1828. — J. MULLER, Berlin, 1858. — CRUVEILHIER, *Anat. path. gén.* Paris, 1849. — WEBER, Die Exostosen und Enchondrome. Bonn, 1856. — OL. FAYAU, Documents pour l'histoire de l'enchondrome. Thèse de Paris, 1856. — DOLBEAU, Tumeurs cartilagineuses des doigts et des métacarpiens. *Arch. gén. de méd.*, 1858. — HEURTAUX, art.

CHONDROME du *Dict. Jaccoud*, 1867. — ROQUES, Enchondrome central des os. Thèse de Paris. — VIRCHOW, *Pathol. générale*. — PARISOT, Matière des enchondromes et évidemment consécutif de Fos. *Gaz. heb.*, 1868. — SALESSY, Thèse de Paris, 1876. — AUBERT, Thèse de Lyon, 1882. — CORNIL et RANVIER, *Histol. pathol.*, 1884. — HEYDENREICH, art. Os (pathol.) du *Dict. Dechambre*, 1882. — VALLAS, Tumeurs du calcaneum. *Gaz. heb. de méd. et de chir.*, 1888. — NADBYL, Ueber das Enchondrom. Thèse de Wurtzbourg, 1891. — ZERONI, Beitrag zur Kenntniss der Entstehung der Enchondrome der Knochen. Thèse de Göttingue, 1895.

Les chondromes osseux sont les plus fréquents des chondromes. — La statistique de Heurtaux donne une proportion de 3 chondromes des os pour 1 chondrome des parties molles.

Les chondromes du squelette ont de véritables sièges de prédilection; les os des mains et des pieds, notamment les phalanges des doigts et les os du métatarse, voilà les parties les plus souvent atteintes. Viennent ensuite les extrémités des grands os longs : humérus, tibia, fémur dans un rapport assez égal, le péroné, beaucoup plus

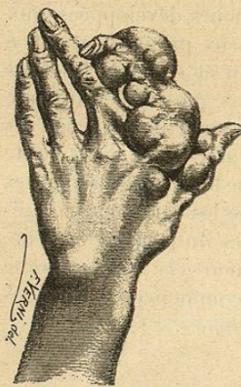


FIG. 543.

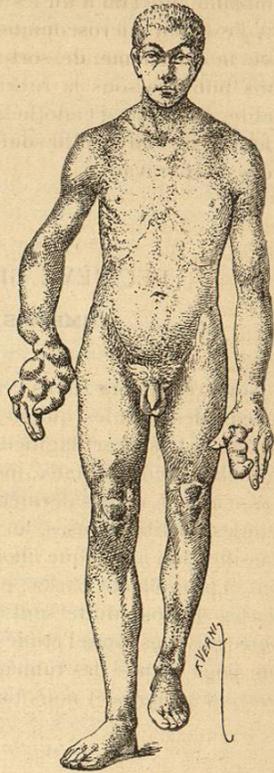
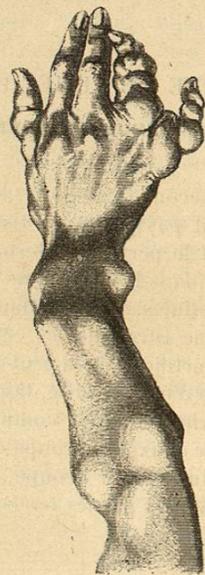


FIG. 544.

Fig. 543 et Fig. 544. — Enchondromes multiples des extrémités supérieures. — Rachitisme localisé à quelques segments du squelette. — Arrêt considérable d'accroissement en longueur du membre inférieur gauche, par ossification prématurée d'origine rachitique, des cartilages d'accroissement du fémur et du tibia gauches. Différence de longueur des deux membres inférieurs 0,14. Margery, *Gaz. heb.*, 1892.

rarement. Parmi les os de la face et du tronc, on trouve en tête de l'échelle de fréquence, les maxillaires, les os du bassin et l'omoplate, puis les côtes et la base du crâne; les vertèbres, les clavicules, le sternum sont frappés exceptionnellement (Virchow).

Les néoplasmes sont souvent multiples au niveau des phalanges et des métacarpiens, au niveau du bassin également. Ailleurs ils sont habituellement solitaires.

Anatomie pathologique. — *Formes diverses.* — Nous n'insisterons pas sur l'histologie des chondromes osseux, déjà faite dans la description des chondromes en général, et sur leurs transformations, kystique, graisseuse, crétacée, etc.

On décrit habituellement avec les chondromes et sous le nom de *chondromes malins*, les cas dans lesquels la tumeur se sème, de proche en proche, comme une tumeur envahissante, ou se comporte d'emblée comme une tumeur maligne; mais puisque nous avons pris pour base de notre classification ce principe que chaque cellule différenciée peut engendrer des tumeurs bénignes ou des tumeurs malignes, et que nous étudions successivement chacune de ces tumeurs, nous envisageons les chondromes malins comme des types de néoplasie maligne de la cellule cartilagineuse. Les chondromes malins sont, pour nous, aux chondromes bénins ce que les ostéo-sarcomes sont aux ostéomes, à savoir : ce que toute néoplasie maligne est à la néoplasie homologue bénigne. Nous ferons donc une étude spéciale des *chondromes malins* qui méritent aussi le nom de *chondrosarcomes*.

Le chondrome peut se développer dans l'épaisseur même de l'os, c'est l'*enchondrome* proprement dit, *chondrome interne* de Virchow; ou bien, il naît extérieurement, *périchondrome* de Cruveilhier, *chondrome externe* de Virchow. Cet auteur a décrit également des tumeurs dans lesquelles, à côté du tissu cartilagineux, on trouve du tissu ostéoïde. Ce sont les *chondromes ostéoïdes*, qui paraissent être des chondromes avec infiltration calcaire plus ou moins étendue.

Le *chondrome interne* peut rester longtemps latent. En s'accroissant, il arrive à faire plus ou moins saillie à la surface de l'os; on a alors une véritable tumeur osseuse, tumeur non seulement formée par l'extension périphérique du chondrome qui arrive à refouler la coque osseuse environnante, mais constituée aussi, en partie, comme A. Cooper et Virchow l'ont noté, par de nouvelles couches osseuses apposées sous le périoste, et dues à la prolifération irritative de ce dernier. Plus tard, cependant, le chondrome envahissant sa coque ambiante, cette coque finit par s'user, se perforer par places, et on ne trouve plus que quelques écailles osseuses, dissimulées à la surface de la tumeur.

Si l'enchondrome continue à s'accroître, il refoule les organes voisins, tendons, nerfs, vaisseaux, et il envoie même des prolongements dans les tissus environnants.

La limite n'est guère tranchée, comme point de départ, entre *enchondromes* et *périchondromes*, mais leur physionomie clinique est réellement différente.

Les *périchondromes* siègent, de préférence, sur la ceinture pelvienne, l'omoplate, les grands os des membres, tandis que l'*enchondrome* se développe surtout au niveau des os courts et spongieux de la main et du pied. Les *périchondromes* ne restent pas latents comme les *enchondromes*; ils proéminent rapidement à la surface de l'os qu'ils compriment et usent dans ses couches superficielles, en même temps qu'ils s'épanouissent au dehors, en produisant des compressions de voisinage et des déformations accentuées. Les *périchondromes* du bassin sont graves à ce point de vue, notamment par les accidents de dystocie qu'ils entraînent à leur suite. Les néoplasmes de volume monstrueux (1 mètre, 2 mètres de circonférence) qu'on a signalés, appartiennent plutôt aux variétés dites périostiques qu'aux *enchondromes* vrais. Parfois cependant les *périchondromes* sont fort petits, limités, et ne dépassent pas les dimensions d'une noisette, d'une noix par exemple.

Étiologie. — L'étiologie des chondromes des os n'est guère différente de celle des chondromes en général, et à leur propos on pourrait répéter toutes les théories pathogéniques émises dans les généralités sur les tumeurs. Les causes

invoquées sont toutes plus ou moins sujettes à caution, elles s'adressent à des faits particuliers plutôt qu'elles ne s'appliquent à l'ensemble des cas. Le *traumatisme*, cependant, paraît jouer un rôle actif dans la production des chondromes osseux, et la contusion agit ici, par ses suites plus ou moins éloignées, comme un facteur étiologique de première importance. Virchow cite une série d'observations dues à de Herz, Nélaton, Gluge, Langenbeck, et qui ne laissent aucun doute à cet égard. Tantôt c'est un choc qui, reçu longtemps auparavant, a été le point de départ du néoplasme; tantôt il s'agit d'anciennes fractures, dans le foyer desquelles se développe ultérieurement l'enchondrome.

Virchow a insisté sur les rapports qui lui paraissent unir le *rachitisme* et la *diathèse enchondromateuse* (voir fig. 544).

D'après cet auteur, le chondrome ne naît jamais « d'un cartilage légitime, c'est-à-dire d'un cartilage qui a le droit d'occuper la place où il se rencontre ». Il peut naître de la moelle ou du périoste d'une diaphyse; comme la diaphyse a été cartilagineuse à une certaine période de son évolution, on peut toujours

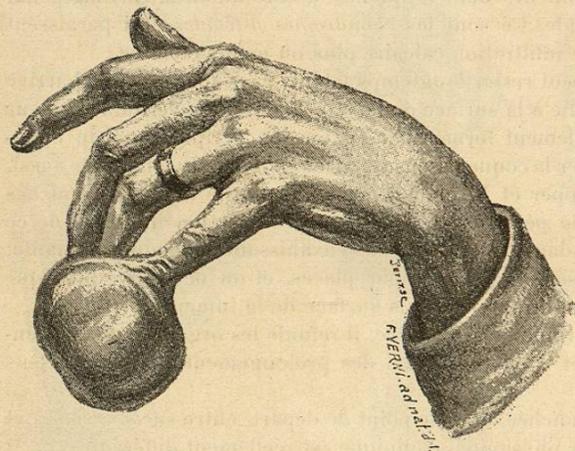


Fig. 545. — Chondrome de la phalangette du petit doigt, chez une femme de vingt-neuf ans. — Le début de la tumeur remonte à l'âge de quinze ans.

avec l'anatomie pathologique de ces tumeurs. Les *chondromes des doigts* se présentent sous forme de masses dures, de volume variable, indolentes très généralement, formant une série de bosselures juxtaposées et séparées entre elles par des sillons. Les *chondromes solitaires des autres régions* ont un aspect moins caractéristique, ils peuvent être confondus avec d'autres tumeurs osseuses (exostoses, sarcomes, etc.). Quand la tumeur est limitée par une *coque osseuse*, on peut sentir la crépitation parcheminée, mais ce signe se retrouve dans beaucoup de néoplasmes osseux, et n'a rien de pathognomonique. Les chondromes d'un petit volume sont souvent *transparents*, ou, pour être plus exact, *translucides*. Cette propriété de laisser passer les rayons lumineux se rencontre dans diverses variétés de tumeurs solides, et la transparence, ou mieux, la translucidité, ainsi que nous l'avons indiqué (Acad. de méd., 1888), ne doit plus être considérée comme un signe caractéristique et exclusif des tumeurs liquides. Nous avons montré que la translucidité existait dans bon nombre de tumeurs solides.

se demander si quelques fragments du cartilage primitif ne sont pas restés inclus dans le squelette définitif, lors du développement de celui-ci, ou si un travail morbide, comme le rachitisme, n'est pas venu troubler l'ossification et créer du cartilage là où il devait faire défaut.

Symptomatologie. — La plupart des symptômes de l'enchondrome des os ont été exposés

La peau peut s'ulcérer par distension et, à première vue, laisser supposer un néoplasme d'une autre nature; c'était le cas de la tumeur de la phalangette représentée figure 545.

Au fur et à mesure de l'évolution des chondromes, le tableau clinique change. Les tumeurs, de dures qu'elles étaient, se ramollissent parfois, elles s'ulcèrent et se vident au dehors, par des trajets fistuleux. La *gêne fonctionnelle* qu'elles entraînent devient plus marquée, et cependant on est souvent frappé de voir, aux doigts par ex. : une mobilité remarquable, coïncidant avec des tumeurs multiples et volumineuses; c'est que le chondrome a respecté les articulations et les gaines tendineuses. Pour certains chondromes avoisinant des cavités naturelles, des nerfs ou des vaisseaux importants, on redoutera des *accidents de compression* : obstruction, douleurs, paralysies partielles, œdèmes, etc.

Marche. — Pronostic. — Les chondromes osseux suivent une *marche fatalement progressive*; mais que de différences dans la rapidité de leur évolution! A côté de chondromes qui restent plus ou moins indéfiniment stationnaires, il en est qui, après huit, quinze, vingt ans, se vident au dehors, ulcèrent la peau et déterminent des accidents plus ou moins graves. Le traumatisme, l'irritation thérapeutique ou accidentelle, etc., leur donnent un coup de fouet et en activent l'essor.

Diagnostic. — D'après ce que nous venons de dire à propos de la symptomatologie, il est clair que la physionomie de la plupart des chondromes n'a rien de bien caractéristique. Pour les *chondromes des doigts* seulement, le *diagnostic* se fait à distance, en raison de leurs déformations bizarres, bien spéciales à l'enchondrome. Quant aux chondromes d'autres régions, il n'existe aucun signe vraiment pathognomonique permettant d'affirmer leur nature; les uns sont durs, les autres sont ramollis et kystiques, les uns sont mobiles, d'autres ne le sont pas, les uns suppurent, d'autres ne s'ouvrent jamais; *en somme, on peut soupçonner l'existence d'un chondrome par la dureté de la tumeur, son élasticité, la lenteur de son évolution, mais rarement l'affirmer.*

Traitement. — Le traitement des enchondromes qui a suivi différentes phases a été bien étudié dans la thèse d'Aubert, inspirée par M. Pollosson. Nous ne parlerons pas des *moyens topiques et médicinaux* appliqués autrefois à leur thérapeutique; le *mercure*, l'*iodure de potassium*, les *dépurgatifs*, sont, aussi bien que les divers *emplâtres*, et l'infusion de *cloportes blanches*, préconisée par Charmetton, toujours restés infructueux. La *compression* employée dans le but de favoriser l'atrophie de la tumeur ne mérite pas de nous arrêter; il en est de même de la *cautérisation*.

Restent les méthodes vraiment chirurgicales, dont les unes (ablation simple ou ablation avec évidement) sont *conservatrices*, et dont les autres (résection et amputation) s'accompagnent de *sacrifices plus ou moins étendus*, du côté du squelette.

L'*ablation pure et simple* n'est guère applicable qu'à certains périchondromes, qu'on peut aisément détacher des couches superficielles de l'os, et dont on cautérise ou rugine ensuite la base d'implantation, pour prévenir la récurrence. Il est certain que plus la tumeur sera pédiculée, plus l'opération sera facile et