

ARTICLE IX.

PSEUDOPLASMES DES OS.

Les os servent de terrain au développement d'un bon nombre de pseudoplasmes dont quelques-uns sont encore aujourd'hui plus connus de l'anatomo-pathologiste que du chirurgien. Je ne traiterai ici que de ceux dont l'histoire clinique est à peu près faite, mais je vais en peu de mots présenter un tableau d'ensemble de ces tumeurs si intéressantes à étudier.

Les éléments proprement dits du tissu osseux peuvent subir une hypergénèse, soit sur un point d'un os, soit sur toute l'étendue de cet os. De là deux formes de tumeurs, l'*exostose* et l'*hyperostose* caractérisées par un développement exagéré des canalicules et des corpuscules osseux. Les éléments du cartilage prennent aussi quelquefois dans le tissu osseux un accroissement exagéré et de là des *enchondromes* qui acquièrent dans certains cas un volume énorme. Le tissu fibreux qu'on trouve dans le périoste et dans le tissu médullaire donne lieu, quoique rarement, à des *fibromes* des os, tumeurs qui sont alors superficielles ou intra-osseuses.

Ce sont parfois les cellules adipeuses du tissu médullaire qui se développent au point de former des tumeurs; ces cas sont rares, mais il en existe plusieurs cas bien observés, et pour mon compte j'ai vu avec Jobert, de Lamballe, un *lipome* du maxillaire inférieur sur la nature duquel l'examen anatomique ne laissait aucun doute.

Les autres éléments de la moelle des os constituent aussi de remarquables variétés de tumeurs osseuses. Ainsi les plaques médullaires, à noyaux multiples, désignées sous le nom de *myéloplaxes*, forment assez souvent des tumeurs aujourd'hui assez bien étudiées dans leur nature et dans leur développement.

Ily a dans la moelle d'autres éléments qu'on nomme des *médullocelles* et qui se présentent soit comme des cellules, soit comme des noyaux libres. On a vu, mais beaucoup plus rarement que pour les myéloplaxes, des tumeurs des os constituées presque entièrement par l'hypergénèse de ces médullocelles; aussi, ces pseudoplasmes sont-ils encore très-peu connus cliniquement.

Dans les interstices des éléments qui constituent la moelle des os, dans le tissu osseux aréolaire se forment assez souvent des accumulations, soit de sérosité pure, soit de matières hématisées ou cholestériques limitées par une enveloppe de tissu cellulaire. Ainsi naissent ces tumeurs auxquelles on a réservé le nom de *kystes des os*.

Le lacis vasculaire des os peut subir, dit-on, un développement qui rapproche cette production morbide des *tumeurs érectiles* des parties molles et à cause des battements et du souffle qu'on perçoit alors, on a désigné ces pseudoplasmes sous le nom d'*anévrismes des os*. Rien de plus

rationnel que cette explication des tumeurs pulsatiles des os; cependant l'existence de ces productions morbides a été contestée et l'on n'a voulu voir là qu'une autre forme de tumeurs des os, un mode d'évolution des tumeurs à myéloplaxes.

Voilà pour les principales tumeurs bénignes des os; mais le tissu osseux est aussi le siège d'autres tumeurs, de celles dont le développement s'accompagne assez souvent de propagation aux ganglions et d'infection générale. De ce nombre sont les *tumeurs fibro-plastiques* qui peuvent naître spontanément dans les os, les *épithéliomes* qui s'y forment par propagation, comme cela s'observe à la bouche, où un cancroïde épithélial de la muqueuse finit par envahir par propagation les os maxillaires, enfin le *cancer* qui peut se développer primitivement et par propagation dans les os où on le voit assez souvent aussi comme résultat d'une infection générale de l'économie.

Je n'examinerai point ici toutes les tumeurs qui peuvent se développer dans les os et je me bornerai à étudier celles qui, par leur fréquence, leur constitution bien définie, leur développement bien connu, doivent particulièrement intéresser le chirurgien.

§ 1. — Ostéomes (exostoses, hyperostoses).

On désigne sous le nom d'*exostose* une production anormale et circonscrite de tissu osseux à la surface ou à l'intérieur d'un os. Quand un os long a augmenté de volume dans toute son étendue par formation d'éléments osseux nouveaux, on donne à cette lésion le nom d'*hyperostose*.

Historique. — Les progrès récents de l'anatomie pathologique ont permis de faire des exostoses une classe à part et de ne plus confondre avec ces formations morbides d'autres tumeurs qu'on en sépare aujourd'hui facilement. Autrefois on confondait sous le nom d'exostoses des lésions différentes les unes des autres et n'ayant entre elles d'autre rapport que la tuméfaction localisée d'un os. J. L. Petit appelait *exostose* toute tumeur qui s'élevait à la surface d'un os; Boyer et A. Cooper ne furent pas plus précis dans leur définition, aussi ces auteurs appelèrent-ils exostoses des tumeurs tout à fait distinctes de ce que nous connaissons aujourd'hui sous ce titre. Ainsi on décrivit sous le nom d'*exostose sphérique à cavité intérieure* ou d'*exostose creuse avec fongosité interne*, certaines tumeurs cancéreuses des os; d'*exostose laminée* des tuméfactions osseuses dues à l'ostéite raréfiante; d'*exostoses suppurées intérieurement* des abcès chroniques du tissu osseux; d'*exostoses hydatiques* des kystes hydatiques des os.

On trouve dans un bon nombre de travaux publiés au siècle dernier des cas intéressants d'exostoses. Mais trop souvent les productions osseuses vraies sont confondues avec d'autres tumeurs des os telles que

des enchondromes, des cancers. On peut cependant consulter avec quelque profit quelques-uns de ces travaux.

LAURENT HEISTER. *Dissert. de osseis tumoribus*. Helmstadt, 1840. — JUNCKER, *Dissert. de exostosibus*. Halæ, 1756. — HOUSLET, *Sur les exostoses des os cylindriques* (*Mémoires de l'Académie de chirurgie*, vol. III, p. 130). — VAN HECKEREN, *De osteogenesi præternaturali*. Lugd. Batav., 1797. — ROUX, *Mémoire sur les exostoses* (*Revue médico-chirurgicale*, t. I, p. 79, 1847). — WEBER, *Die Exostosen u. Enchondrome*. Bonn, 1856. — SOULIER, *Du parallélisme parfait entre le développement du squelette et celui de certaines exostoses* (thèse de Paris, 1864).

DIVISION. — On peut diviser les exostoses d'après leur nature et distinguer ainsi : 1° des *exostoses de développement* intimement liées au développement normal de l'os ; 2° des *exostoses traumatiques* dues à une hypergénèse du tissu osseux dans un point circonscrit de l'os ; 3° des *exostoses syphilitiques* qui se montrent surtout sur certains os et sur certains points des os ; 4° des *exostoses rhumatismales* qui sont plus souvent des dépôts calcaires que de véritables formations osseuses. Nous laisserons de côté les *exostoses dites scrofuleuses* qui ne sont guère que des ostéites raréfiantes, les *exostoses scorbutiques* selon nous fort peu prouvées, et les *exostoses goutteuses* qui ne sont qu'un tophus calcaire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — On distingue au point de vue de l'anatomie pathologique plusieurs formes d'exostoses : 1° des *exostoses dites spongieuses* ou *aréolaires* ; 2° des *exostoses éburnées* ; 3° des *exostoses en plaque* comme celles de la périostite ossifiante ; 3° enfin des *exostoses* qui prennent naissance aux points d'insertion des tendons et des muscles et s'étendent plus ou moins loin suivant la direction de ces organes.

1° Les exostoses spongieuses arrivées à leur entier développement sont formées par une substance osseuse trabéculaire et, dans les aréoles, que limitent les trabécules, on aperçoit un réseau de tissu médullaire. Elles proviennent le plus souvent des épiphyses des os longs et la tumeur à son début n'est, comme l'a démontré Soulier d'après Broca, qu'une hypergénèse avec déviation du cartilage épiphysaire. Aussi les a-t-on nommées des *exostoses de développement* ou *ostéogéniques*. Leur siège le plus habituel est à l'extrémité inférieure du fémur sur sa face interne, à l'extrémité supérieure de l'humérus, à l'extrémité supérieure du tibia et du péroné, à l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras. Dérivées du cartilage d'ossification, on les voit là où l'ossification est la plus active, l'allongement de l'os plus rapide, le cartilage plus épais ; en résumé ces exostoses se trouvent surtout aux extrémités des os longs et principalement aux extrémités par lesquelles l'os croît le plus (fig. 140). Leur volume est variable. Elles s'élèvent assez souvent à 4 ou 5 centimètres en hauteur au-dessus de l'os, mais leur diamètre pendant la période de développement n'est pas toujours très-considérable. Dans quelques

cas, au contraire, elles s'accroissent assez rapidement, et semblent avoir alors un développement tout à fait indépendant de celui de l'os. La forme de ces exostoses est en général celle d'une masse arrondie supportée par un collet aplati, et leur surface est plus ou moins verruqueuse. Quelques-unes de ces exostoses sont conoïdes ou en forme d'aiguilles longues et étroites. Quand on fait une coupe dans le milieu de ces tumeurs encore fraîches, on trouve à leur superficie une couche peu épaisse de cartilage, couche qu'on peut reproduire sur les exostoses desséchées, en les laissant macérer quelques heures dans l'eau. Au-dessous de cette couche cartilagineuse on découvre une ossification plus ou moins aréolaire, et le tissu osseux de l'exostose se continue avec le tissu spongieux des épiphyses. Aux premiers temps de son développement, le tissu osseux de l'exostose ne se prolongeait pas directement dans celui de l'os, et par la macération, ou par l'incinération, on pouvait arriver à séparer cette exostose de l'os proprement dit.



FIG. 140. — Exostose de développement située à la partie inférieure du fémur, et dont le pédicule a est déjà assez élevé au-dessus de la ligne articulaire.

Ces exostoses épiphysaires ou de développement sont quelquefois assez nombreuses chez le même individu, et dans ce cas il n'est pas rare de les voir symétriquement disposées de chaque côté du corps. On a vu presque tous les os du squelette affectés d'exostoses chez un jeune homme soigné par Abernethy (1). Huguier (2) compta douze de ces exostoses sur le corps d'un jeune homme de dix-sept ans.

2° Les exostoses éburnées sont formées d'un tissu compact, blanc comme de l'ivoire, dans lequel on trouve des canaux de Havers et un système de lamelles comme dans le tissu osseux normal. Ces exostoses se voient de préférence dans les os du visage, du crâne, du bassin, de l'omoplate. Arrondies, à surface lisse, ou hérissée, de saillies verruqueuses, elles proéminent parfois dans les cavités du crâne et du bassin, et acquièrent un gros volume.

3° Les exostoses de la périostite ossifiante sont en général des lames peu épaisses de tissu osseux. Il s'est fait autour des vaisseaux qui sortent des canaux de Havers une exsudation de lymphe plastique qui peu à peu est devenue le siège d'éléments osseux. On voit ces plaques osseuses au crâne à la suite de périostite ; je les ai vues sur les os du bassin de femmes mortes en couche, à la suite d'accidents puerpéraux du côté des organes génitaux ; on les voit encore sur les os longs des membres où

(1) Samuel Cooper, *Dict. de chirurgie*, article EXOSTOSE.

(2) *Gazette des hôpitaux*, 1857, n° 49.

ont existé des phlegmons. Elles sont alors le résultat de phlegmasies par propagation.

4° On peut encore ranger parmi les exostoses ces ossifications qui se forment dans les tendons et dans les muscles; à partir du point d'insertion de ces organes. Ce sont des produits bien différents du processus d'infiltration calcaire qu'on observe chez les vieillards, dans les côtes, dans les cartilages du larynx et dans les ligaments vertébraux. Billroth (1) a trouvé chez un vieux cavalier, dans le tendon du grand adducteur, un fragment ossiforme dont la structure anatomique était tout à fait celle de l'os.

Les *hyperostoses*, c'est-à-dire ces augmentations étendues ou totales d'un os, sont en général la conséquence d'ostéites chroniques. Ainsi les crânes d'une épaisseur considérable, qu'on trouve dans nos musées, et qui y sont souvent un objet de curiosité, ne semblent avoir acquis ce développement qu'à la suite d'ostéites traumatiques, ou syphilitiques, ou scrofuleuses. Le tibia, qu'on voit encore assez souvent hyperostosé, s'altère ainsi à la suite de fractures qui ont conservé un certain degré d'état phlegmasique, ou bien comme conséquence d'une phlegmasie propagée à l'os des parties molles du voisinage (ulcères de la jambe). Ce développement des hyperostoses est très-long à se faire et persiste indéfiniment.

L'analyse chimique des exostoses a été faite par Lassaigne (*Journal de chimie méd.*, t. IV, p. 366) et par Hilton (*Guy's hospital Reports*, vol. I, 1836). On a trouvé entre les substances organiques et les substances inorganiques des rapports autres qu'à l'état normal; des différences analogues ont aussi été trouvées entre les proportions du carbonate et du phosphate de chaux.

ÉTIOLOGIE.—Les exostoses de développement sont plus fréquentes qu'on ne serait disposé à le croire, d'après les observations qui ont été publiées. C'est que souvent l'individu chez lequel ces exostoses existent, considère ces tumeurs comme de simples difformités, et ne s'en plaint pas au médecin.

Cette fréquence, proportionnelle au développement normal des os, explique le tableau suivant, emprunté au travail de O. Weber, cité aux indications bibliographiques. Sur 65 cas d'exostose Weber trouva :

De la naissance à 10 ans.....	12 cas.
De 11 à 20 ans.....	28
De 21 à 30 ans.....	14
De 31 à 40 ans.....	7
De 41 à 50 ans.....	3
De 51 à 60 ans.....	1

L'hérédité semble jouer un certain rôle dans cette étiologie. J'ai vu un malade chez lequel l'hérédité d'exostoses de développement symétriques

(1) *Deutsche Klinik*, 1855, n° 27.

aux deux fémurs était incontestable. Les exostoses sont souvent la conséquence de la vérole, et nous avons déjà signalé cette lésion en étudiant la syphilis. Il y a aussi des exostoses qui proviennent de contusions des os et du périoste. Enfin, les phlegmasies du périoste au voisinage des articulations frappées de rhumatisme peuvent être suivies de véritables formations osseuses.

SYMPTOMATOLOGIE.—Les exostoses sont des tumeurs dures, incompressibles, immobiles, en général indolentes, mais qui, lorsqu'elles sont dues à la syphilis, deviennent assez souvent douloureuses, surtout la nuit. Leur volume et leur forme sont très-variables. Les exostoses syphilitiques sont hémisphériques, à base large, à surface régulière; elles siègent sur des os superficiels comme le crâne, la clavicule, la partie antérieure du tibia. Les exostoses de développement ont une autre forme, elles sont ou tubéreuses ou pointues. Ces dernières exostoses croissent avec une lenteur extrême, car leur développement suit celui de l'os d'où elles proviennent, et lorsque vers vingt-quatre ans le développement des os s'arrête, ces exostoses cessent en général de croître. Cependant, dans quelques cas, elles continuent à grandir et ont alors une évolution propre. Quand on examine à quelques années de distance la situation de ces exostoses, par rapport à la ligne articulaire, on trouve qu'elles ont changé de place. Ainsi, pour ne citer que les exostoses de la partie inférieure du fémur, on observe qu'elles s'élèvent en suivant le développement de l'os. Si le fémur s'allonge de 1, 2, 3, 4 centimètres, l'exostose devra s'élever de 1, 2, 3 et 4 centimètres. Les malades font souvent eux-mêmes cette remarque, que leur tumeur s'est élevée à mesure qu'ils ont avancé en âge. Ce déplacement des exostoses ne s'observe plus quand l'accroissement physiologique des os s'est arrêté.

Les exostoses éburnées augmentent très-lentement, et, par leur siège, elles tendent à s'accroître vers différentes cavités. Ainsi, celles de l'os planum vont dans l'orbite, d'où elles chassent plus ou moins l'œil; du côté du crâne, elles amènent de la compression du cerveau et des symptômes d'hémiplégie. Les exostoses éburnées de la mâchoire ont entraîné des obstacles à la mastication, et, dans un cas cité par Breschet, la tumeur proéminait tellement dans la bouche, que la mâchoire inférieure en avait été luxée.

Les exostoses, en se développant, distendent les parties molles du voisinage, de là des complications dont il faut tenir compte. Ainsi, il n'est pas rare de voir une bourse séreuse se former à la surface de ces exostoses, et, dans un cas d'exostose de développement observée par moi sur un tibia, il existait un hygroma



FIG. 144. — Exostose *a* du maxillaire supérieur tendant à déplacer l'os maxillaire inférieur, qui a laissé sur elle une rainure profonde *b c*. (Musée Dupuytren).

au mollet, en arrière de la tumeur osseuse. Dans un cas cité par Pollock, une exostose du fémur amena, en se développant, une inflammation de la synoviale du genou. W. Boling (1) a rapporté l'observation d'une exostose aiguë de la partie postérieure du fémur qui, ayant perforé l'artère et la veine poplitées, fut ainsi la cause d'un épanchement de sang et de pus, ce qui rendit l'amputation nécessaire. Roux fut plus heureux dans un cas pour une exostose de la partie interne de l'humérus, chez un jeune homme de vingt-cinq ans. Cette tumeur faisait saillie dans le creux de l'aisselle, et, soit qu'elle eût distendu ou écrasé l'artère, ce vaisseau était devenu le siège d'un anévrysme qui recouvrait et enveloppait la tumeur osseuse. Roux pratiqua la ligature de l'axillaire (l'observation ne dit pas en quel point), et le malade guérit. On ne toucha point à l'exostose. Les exostoses pédiculées peuvent se rompre. Goselin (2) a cité un cas de fracture d'une exostose de développement sans lésion du fémur sur lequel elle s'était développée. Le malade mourut d'infection purulente. Enfin, ces tumeurs, à la suite d'une contusion de la peau, d'eschares, d'ulcères et d'abcès, peuvent être mises à nu et le nécroser.

DIAGNOSTIC. — Par leur siège, la lenteur de leur développement, leur dureté et leur fixité, les exostoses ne peuvent guère être confondues avec d'autres tumeurs. Il faut, pendant la période de développement du tissu osseux, songer à la fréquence des exostoses liées à la croissance des os; plus tard on recherchera si la tumeur osseuse n'est pas due à la syphilis.

PRONOSTIC. — Les exostoses sont rarement graves par elles-mêmes, mais elles peuvent acquérir de la gravité par les rapports qu'elles affectent avec différents organes qu'elles compriment. Tel est le cas des exostoses de la face, du bassin et du crâne (fig. 142).



FIG. 142. — Double exostose du crâne comprimant le cerveau. (Musée Dupuytren.)

TRAITEMENT. — Si l'on trouve une exostose au siège habituel des exostoses syphilitiques, et si l'on soupçonne l'existence de la vérole, il faut soumettre le malade à un traitement régulier par l'iodure de potassium.

Guidé par des théories chimiques, John Hunter proposa de se servir des acides minéraux à l'intérieur pour amener la résolution de certaines

exostoses. Au dire de Wilson (3), il aurait donné avec succès l'acide phosphorique à un enfant de douze ans qui portait deux exostoses sur le tibia et une troisième sur le condyle interne du fémur. A. Cooper prescrivait aussi, dans les exostoses récentes, les acides chlorhydrique,

(1) *Archives de médecine*, février 1858, 5^e série, t. II, p. 427.

(2) *Bulletins de la Société de chirurgie*, t. VII, p. 414.

(3) *Diseases of Bones and Joints*, p. 273. London, 1820.

phosphorique et sulfurique étendus dans une grande quantité d'eau. Le succès de John Hunter ne s'est point renouvelé entre les mains d'autres médecins, et cette médication dissolvante est complètement abandonnée aujourd'hui.

Quand une exostose n'entraîne point de difformité repoussante, qu'elle ne fait pas souffrir le malade, et qu'elle ne met pas obstacle au jeu régulier des organes, il ne faut pas songer à une opération qui peut toujours entraîner des accidents fâcheux. Mais, dans des conditions inverses, le chirurgien est autorisé à intervenir : ainsi on enlèvera les exostoses de l'orbite qui compriment l'œil et le repoussent au dehors, celles qui amènent des douleurs ou mettent obstacle aux mouvements des membres.

On a essayé de détruire les exostoses par une *nécrose artificielle* et de les enlever par des instruments tranchants. La nécrose artificielle des exostoses a été obtenue en les dépouillant de leur périoste, en provoquant autour d'elles une suppuration ou en les cautérisant. Delpech (de Montpellier) paraît avoir employé avec succès un de ces modes de destruction des exostoses. Il dénudait la tumeur à l'aide d'une incision cruciale, et faisait suppurer la plaie jusqu'à la chute de l'exostose.

On a préféré aux caustiques l'instrument tranchant, et des exostoses plus ou moins volumineuses ont été mises à nu par le bistouri et séparées de l'os par la scie. Quand l'exostose est pédiculée, on peut, à l'exemple de Roux, mettre à nu le pédicule de la tumeur à l'aide de deux incisions faites, parallèlement l'une à l'autre, de chaque côté de ce pédicule, et glisser par ces incisions une scie étroite qui le coupe. En général, le reste de la tumeur peut être facilement amené au dehors par l'une ou l'autre des incisions, car l'exostose ne tient que faiblement aux parties molles qui la recouvrent. Cette tumeur enlevée, il est possible de soutenir par une compression douce le lambeau musculo-cutané de dessous lequel on a enlevé l'exostose.

Les exostoses à base large doivent être attaquées différemment; si les rapports de la région le permettent, on peut raser, à l'aide d'une scie plate, droite ou en crête de coq, la base de la tumeur mise à nu; on peut encore faire perpendiculairement avec la scie plusieurs sections parallèles dans la masse de la tumeur, puis traverser celles-ci par d'autres sections analogues dans un sens opposé, de façon que l'exostose soit réduite en plusieurs fragments perpendiculaires qu'on emporte avec la gouge et le marteau, soit immédiatement, soit en plusieurs séances.

L'excision des exostoses est une opération grave; en effet, on n'ouvre pas sans danger le tissu aréolaire des os, souvent au fond d'une vaste plaie. Il peut résulter de ce traumatisme une ostéomyélite dont la gravité est déjà connue. Si l'on avait à traiter une de ces grosses exostoses pédiculées du fémur ou du tibia, on pourrait peut-être commencer par fracturer le pédicule par quelque mouvement brusque, et, cette fracture faite, empêcher la consolidation ultérieure par des mouvements ré-

pétés de temps en temps; plus tard, lorsqu'on pourrait supposer que l'exostose s'est ainsi isolée par quelque pédicule fibreux du tissu aréolaire de l'os, on procéderait à l'extirpation de cette masse osseuse. A l'appui de ce mode opératoire, je rappellerai que les fractures de ces exostoses ont été quelquefois observées; et Chassaignac a rapporté l'histoire d'une exostose du fémur qui s'était fracturée en même temps que l'os. On constata à un pouce au-dessus de la fracture un fragment osseux mobile, et l'on apprit alors que le blessé avait depuis plusieurs années une tumeur osseuse à ce niveau.

§ II. — Tumeurs à myéoplaxes.

Après avoir étudié les tumeurs dues à l'hypergenèse des éléments propres des os (corpuscules osseux et canalicules médullaires), il convient de décrire les pseudoplasmes formés par des éléments qu'on trouve dans la moelle, et qu'on désigne sous le nom de *myéoplaxes*.

Le tissu médullaire des os renferme des éléments variés. Ce sont : 1° des cellules et des noyaux qu'on désigne sous le nom de *médullocelles*; 2° des plaques à noyaux multiples, appelées des *myéoplaxes*; 3° des vésicules adipeuses, des granulations moléculaires, et 4° des vaisseaux sanguins, etc. Des tumeurs peuvent résulter du développement exagéré de chacun de ces éléments, mais les tumeurs à myéoplaxes sont les plus fréquentes et les plus dignes de fixer l'attention du clinicien.

HISTORIQUE. — Jusqu'à nos jours on n'avait point nettement caractérisé les tumeurs dont nous allons parler, mais on avait depuis longtemps remarqué que, parmi les tumeurs des os, il en est de deux sortes au point de vue de la malignité, les unes se comportant comme de véritables cancers, les autres conservant un caractère bénin et ne récidivant point après leur ablation. Ces dernières sont les tumeurs à myéoplaxes. Déjà A. Paré signalait une variété d'épulis qui se rapporte à cette catégorie de productions morbides. Boyer y comprenait une variété de *spina-ventosa*. Dupuytren, frappé de la bénignité de certaines tumeurs des os, avait entrevu le caractère clinique des tumeurs à myéoplaxes, et, à l'article *Kystes osseux* de ses *Leçons orales*, en parlant de certains kystes renfermant un tissu fongueux, aréolaire, imbibé de sang et semblable au fongus hématode des parties molles, il décrivait sans doute quelques-unes des tumeurs qui font le sujet de cet article.

Plus tard, frappé, par la coloration rouge de certaines tumeurs à myéoplaxes, des chirurgiens les rangèrent parmi les tumeurs érectiles des os. Lebert, dans les études qu'il fit sur ces pseudoplasmes, méconnut leur caractère, et ne vit dans les épulis à myéoplaxes que des tumeurs fibroplastiques.

C'est à Robin que revient l'honneur d'avoir signalé le premier une sorte de tumeur formée par la surabondance des plaques à noyaux multiples,

de ces myéoplaxes qui sont des éléments normaux du tissu médullaire des os. Un chirurgien anglais, Henry Gray, publia plus tard dans les *Medico-chirurgical Transactions* un mémoire intéressant sur ce sujet, et Eugène Nélaton fit de ce point de chirurgie une étude détaillée dans sa thèse inaugurale, 1860.

ROBIN, *Sur l'existence de deux espèces nouvelles d'éléments anatomiques qui se trouvent dans le canal médullaire des os* (Société de biologie, comptes rendus, 1845, p. 149). — HENRY GRAY, *Des tumeurs myéloïdes et myélokystiques du tissu osseux* (Archives de médecine, 3^e série, 1857, t. IX, p. 135, traduit des *Medico-Chirurgical Transactions*, vol. XXXIX, p. 121). — EUGÈNE NÉLATON, *Mémoire sur une nouvelle espèce de tumeurs bénignes, ou tumeurs à myéoplaxes* (thèse de Paris, 1860, n° 58).

Éclairé par les études récentes d'histologie pathologique, le chirurgien peut retrouver sous différents noms les tumeurs que nous étudions aujourd'hui. Ce sont celles qu'on désignait naguère sous les noms de : *sarcome, tumeur sarcomateuse; fongus médullaire ou vasculaire, érectile, hématode; tumeur sanguine érectile, anévrysmales, fibrineuse, hématique; kystes charnus, kystes fibrineux des os*. Aujourd'hui on les désigne, d'après leur caractère histologique, par le nom de *tumeurs myéoplaxiques* ou à *myéoplaxes*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Ces tumeurs siègent de préférence dans certains os. On les voit surtout aux os maxillaires, au voisinage des dents, dans les parois fines des alvéoles; elles se développent aussi dans la gaine osseuse, à structure aréolaire, qui entoure le canal dentaire inférieur, ou dans la petite masse de tissu spongieux qui se trouve près des racines de la canine et de la deuxième incisive, au devant de l'angle antéro-inférieur du maxillaire supérieur. Nées au fond des alvéoles, ces tumeurs enveloppent quelquefois la racine des dents avec lesquelles on les arrache même. Elles se développent encore aux extrémités épiphysaires des os longs, à la tête du tibia, aux condyles du fémur, dans les os du tarse et du métatarse.

Leur développement se fait tantôt à la périphérie de l'os, dont la surface est parfois érodée, tantôt dans l'épaisseur même du tissu osseux.

Ces tumeurs, en général uniques, sont quelquefois multiples, mais séparées, sur le même os; leur surface est lisse, arrondie, et leur base large et adhérente, quand elles se développent à la périphérie des os. Celles qui se forment à l'intérieur d'un os long envahissent jusqu'à une certaine hauteur le canal médullaire, mais on trouve toujours une ligne qui les sépare du tissu sain de la moelle.

Elles sont constituées par une accumulation de myéoplaxes qui donnent lieu à un tissu d'une coloration souvent rouge brun et d'une consistance variable, depuis celle du tissu fibreux jusqu'à celle d'une bouillie épaisse; quelques-unes de ces tumeurs ressemblent au tissu musculaire du gésier des gallinacés, et d'autres à la pulpe splénique. Leur tissu