

l'artère fémorale fut faite le 14 février 1844 : la tumeur s'affaissa et cessa de battre; puis elle diminua de plus en plus, se durcit, et le relief qu'elle formait s'effaça quand le malade sortit de l'Hôtel-Dieu. Cinq mois après le tibia était encore volumineux, mais il n'y avait plus ni tumeur saillante, ni battements; le genou avait quelque roideur. Le malade fut revu en 1863 par un médecin de la localité qu'il habite, il était en parfaite santé.

Le malade du docteur Lagout, d'Aigueperse (Puy-de-Dôme) (1), fut aussi traité d'une tumeur pulsatile de la tête du tibia par la ligature de la fémorale pratiquée par le docteur Fleury, de Clermont, en novembre 1855. Les battements cessèrent après la ligature, dans la tumeur, qui, dès le lendemain, avait diminué de 43 à 38 centimètres. Les choses allèrent en s'améliorant peu à peu; mais lorsque, quatre à cinq mois après l'opération, le malade retournait chez lui, sa jambe était encore fléchie et le genou ankylosé. Il n'avait plus de douleurs spontanées, mais il ne pouvait quitter la chambre.

Revu par le docteur Lagout, en novembre 1864, ce malade n'avait pas vu sa situation s'aggraver depuis neuf ans. La tumeur du tibia était la même, indolente et fluctuante à peu près comme après l'opération. Les bords de l'ouverture qui permettait d'introduire le doigt dans la tumeur étaient aussi tranchants; il n'y avait pas le moindre battement artériel. L'évolution de la tumeur était arrêtée, mais le genou était resté ankylosé dans la demi-flexion, et le malade se servait de béquilles.

Si la ligature ne réussit pas à arrêter le développement de la tumeur, c'est à l'amputation ou à la désarticulation du membre qu'il faut avoir recours. Richet pratiqua la désarticulation du bras, et fut, à cause d'hémorragies répétées par la plaie, obligé de faire la ligature de l'artère sous-clavière, lorsque cette plaie était en grande partie réunie. A l'autopsie, on trouva dans le foie des abcès métastatiques, signes de la mort du malade par pyohémie.

Il ne peut être question de traiter ces tumeurs par l'extirpation ni par l'incision. Quant aux injections coagulantes de perchlorure de fer, il est probable qu'elles ne réussiraient guère à donner un résultat satisfaisant; mais dans le cas de Sirius Pironi (2), où le perchlorure de fer fut injecté dans une tumeur pulsatile du tibia, il s'agissait d'un cancer des os.

§ VI. — Kystes des os.

Parmi les tumeurs qu'on désignait autrefois sous le nom de *spina-ventosa*, on devait comprendre aussi les kystes des os. Dupuytren avait décrit sous le nom de *kystes osseux* ou à *parois osseuses*, des tumeurs à myéloxes ou fibreuses qui se forment au centre de certains os, et gardent

(1) *Bulletins de la Société de chirurgie*, t. IX, p. 258.

(2) *Ibid.*, t. VII, p. 32.

pour enveloppe les parois de l'os plus ou moins amincies; mais il faut réserver ce nom de *kystes des os* aux poches qui renferment des substances liquides ou demi-liquides, sérosité pure ou sanguinolente, avec ou sans végétations de la surface interne de ces cavités.

Ces kystes ont été principalement observés sur les os maxillaires; mais on en rencontre aussi sur d'autres os. On les a trouvés sur l'humérus (Astl. Cooper et Monod), le fémur (Nélaton), le tibia (Astl. Cooper). Ils contiennent des produits variés. Dans quelques-uns, c'est de la sérosité pure et transparente, dans d'autres de la sérosité plus ou moins mêlée de sang; enfin, sur d'autres pièces, on trouve un liquide visqueux, filant comme une solution gommeuse.

Ces kystes sont à une ou plusieurs loges. Les kystes multiloculaires paraissent plus fréquents que les autres. Dans tous les cas ce sont des aréoles développées le plus souvent dans le tissu spongieux, et formées de deux parois, l'une osseuse, l'autre membraneuse, qui paraît due à la condensation de quelque exsudat plastique et qui a l'aspect lisse des surfaces séreuses. On observe quelquefois des végétations fibroïdes à la surface interne de ces kystes, qui peuvent ainsi être remplis de sérosité et d'une substance demi-solide. Les tumeurs formées par l'accumulation de ces kystes aréolaires sont de volume très-variable; dans quelques cas même ce volume est très-considérable. Nélaton a vu une tumeur kystique qui occupait le fémur gauche, et s'étendait depuis la base du grand trochanter jusqu'à 2 centimètres des condyles fémoraux. Elle résultait de l'agglomération d'une multitude de kystes, dont la plupart auraient pu contenir une noix. J'ai reproduit ci-contre le dessin de cette pièce très-curieuse (fig. 144) emprunté au livre de Nélaton. Des faits analogues ont été observés par Breschet et Travers.

ÉTIOLOGIE. — L'origine de ces productions kystiques est tout à fait inconnue, et on l'a, mais sans preuve, rapportée à des contusions. On a aussi cherché dans le siège de ces kystes, fréquents aux os maxillaires, une origine tenant à quelque disposition spéciale à ces parties. Ainsi Lebart s'est demandé si la fréquence des kystes dans les maxillaires ne pouvait pas tenir au développement anormal de quelque sac dentaire dans lequel le contenu liquide se développerait aux dépens de la formation des produits solides. Mais ce point de pathogénie n'a pas encore été suffisamment étudié pour qu'on puisse donner la solution de ce problème.

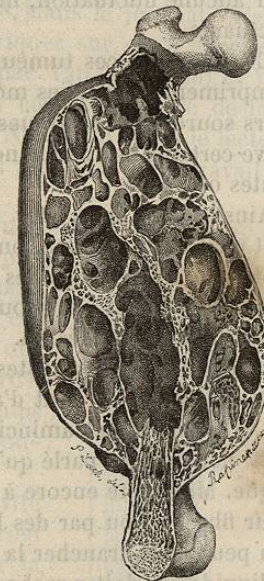


FIG. 144. — Coupe verticale d'un fémur développé par des kystes vésiculaires. (Nélaton.)

Jusqu'alors il n'est guère possible de dire aux dépens de quelle partie des os ces sortes de kystes se développent.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les kystes des os se forment lentement, sans grandes douleurs, sans changement de couleur à la peau. Ces tumeurs, d'abord dures, subissent peu à peu une modification dans leur consistance, et donnent lieu alors à un singulier phénomène qu'on désigne sous le nom de *crépitation*. Voici en quoi il consiste. Lorsque les tumeurs sont superficielles et qu'on presse dessus, on les déprime en produisant un bruit comparable à celui qu'on obtient en frappant sur un parchemin sec; si l'on cesse alors brusquement cette compression, la paroi osseuse déprimée revient aussitôt sur elle-même en faisant entendre un bruit de même nature, peut-être plus éclatant; ainsi on peut obtenir de la sorte deux bruits successifs. A leur début, ces kystes osseux ne laissent percevoir aucune fluctuation, mais plus tard ils deviennent assez franchement fluctuants.

C'est lorsque ces tumeurs ont acquis un volume assez considérable et compriment les parties molles voisines que le malade éprouve des douleurs sourdes et continues. Suivant le siège de ces productions, on observe certains autres phénomènes, qui n'ont rien toutefois de spécial aux kystes osseux.

Ainsi, dans les kystes des mâchoires, lorsque les tumeurs acquièrent un certain volume, on voit les dents s'ébranler et tomber même. Si les kystes siègent dans les os longs, ceux-ci sont exposés à des fractures qui se produisent alors sous l'influence du moindre choc, qui n'est pas en proportion avec la lésion.

La marche de ces kystes est très-lente.

DIAGNOSTIC. — Il faut d'abord chercher s'il existe dans l'os une cavité qui ait distendu et aminci ses parois. C'est en obtenant la crépitation dont nous avons parlé qu'on peut s'assurer de cette disposition anatomique. Mais reste encore à décider si l'os a été distendu par quelque tumeur fibreuse, ou par des kystes séreux, ou par des idatides : une ponction peut seule trancher la question; et si, par cette ponction, il s'écoule du liquide, on doit y rechercher des crochets d'échinocoque pour décider entre le kyste séreux et le kyste hydatique.

PRONOSTIC. — C'est toujours une affection grave, mais cette gravité dépend du volume du kyste et de son siège : ainsi des kystes nombreux et volumineux dans un os long des membres conduisent fatalement à l'amputation de la partie.

TRAITEMENT. — La thérapeutique des kystes osseux variera suivant le siège du mal. Si l'os est superficiel, non destiné à de grands mouvements ou à la sustentation, comme les mâchoires, la clavicule; si, d'autre part, la tumeur est peu étendue, on pourra se borner à ouvrir largement le kyste, qu'on remplira de charpie, de façon à enflammer sa cavité et à faire naître des bourgeons charnus. Sous l'influence du travail suppuratif qui prend naissance, l'os revient peu à peu sur lui-même, et au bout

d'un temps plus ou moins long la cavité anormale s'efface. Dans les kystes très-volumineux, ce travail est toujours lent à se produire; il dure souvent plusieurs mois, et pendant ce temps il convient d'injecter matin et soir dans la cavité osseuse quelque liquide détersif.

Mais si les kystes existent sur un os long comme le fémur, c'est à l'amputation qu'il faut avoir recours.

§ VII. — Hydatides des os.

Les kystes hydatiques des os doivent être décrits à la suite des kystes séreux. Ils constituent une affection rare, puisque Rokitansky, dans son ouvrage, ne rapporte que huit cas d'entozoaires des os. Aussi cette lésion est-elle encore loin d'être bien connue dans son origine et dans son développement. Dezeimeris, qui a publié, en 1838, dans le journal *l'Expérience* (t. I, p. 529), quelques indications historiques sur cette affection, nous apprend qu'elle a été d'abord étudiée par Van Vy (1786) et Van der Haar (1797); depuis lors, on a recueilli un certain nombre de faits épars dans les différents recueils périodiques. Nous renvoyons le lecteur pour l'historique à l'article de Dezeimeris, qui fait suite à un travail de Fricke sur le même sujet (1).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les hydatides ont été vues dans beaucoup d'os. On a dit que le tibia était attaqué de préférence aux autres os, mais cela n'est point démontré, quoiqu'on possède un bon nombre de cas d'hydatides dans cet os. Ces productions vésiculaires ont été aussi observées dans l'os iliaque, les vertèbres, l'humérus, le frontal; on a vu des hydatides en même temps à l'extrémité inférieure du fémur et à la tête contiguë du tibia.

Les hydatides se déposent au centre d'une cavité creusée dans le tissu osseux; nous ne savons rien sur les premiers temps de leur évolution, car la plupart des os qui ont été soumis à l'examen des anatomistes faisaient voir la maladie à un état déjà avancé de son développement. On y découvre alors (fig. 145) une cavité tapissée par l'hydatide mère *a*, *b*, vésicule d'abord transparente qui peu à peu s'épaissit et devient opaque. Dans cette cavité se trouvent des vésicules secondaires dont le volume varie, mais ne dépasse guère celui d'un œuf de pigeon. Souvent on ne constate pas de liquide dans la poche de la vésicule mère, et les vési-



FIG. 145. — Hydatides des os.

(1) Fricke, *Hydatides dans les os du bassin*, avec notes additionnelles par J. E. Dezeimeris (*l'Expérience*, 1838, t. I, p. 529).