

cès enkysté, ou elle se résorbe en ne laissant qu'un liquide transparent comparable à celui d'un kyste.

2° *Fistules*. — Dans d'autres cas, les parois de la cavité continuent à suppurer, les abcès par congestion se développent de plus en plus, s'ouvrent, deviennent fistuleux et très souvent le malade succombe à l'infection putride.

En résumé, les tubercules enkystés se creusent une loge dans le tissu osseux en le détruisant complètement et sans résidu, ils se ramollissent, s'évacuent sous forme d'abcès par congestion et guérissent, soit par rapprochement des parois osseuses et gibbosité de la colonne vertébrale, soit par hypertrophie de la paroi kystique, ou bien ils deviennent fistuleux et le malade se trouve exposé à tous les dangers que présentent les cloaques purulents ouverts et exposés à l'infection.

2° *TUBERCULES INFILTRÉS*. — Les granulations tuberculeuses, au lieu d'être agglomérées de façon à former un bloc caséux, se trouvent disséminées dans les aréoles du tissu spongieux, sous forme de petites granulations d'abord grises, demi-transparentes, puis jaunâtres (ainsi que cela a lieu dans les poumons); or, le tissu osseux dans lequel se déposent ces granulations tuberculeuses devient le siège d'une ostéite condensante, il s'hypertrophie et perd son aspect spongieux et aréolaire, pour devenir lourd et compact comme de l'ivoire. Ce bloc osseux se nécrose, car les vaisseaux n'y peuvent plus pénétrer, et devient un séquestre qui irrite les portions osseuses voisines, celles-ci s'enflamment et suppurent, ainsi que cela a lieu autour de tout séquestre: le pus s'insinue également dans le tissu cellulaire pour aller former un abcès par congestion.

Mais, tandis que le bloc caséux des tubercules enkystés se ramollit, s'évacue et peut guérir, le bloc éburné des tubercules infiltrés est une épine permanente, point de départ d'une fistule intarissable.

En résumé, le tubercule infiltré produit un séquestre qui, ne pouvant s'éliminer spontanément, entretient une fistule intarissable et sans espoir de guérison si le séquestre se trouve hors de l'atteinte du chirurgien.

Pathogénie de la tuberculose osseuse. — Ch. Nélaton

a repris, au point de vue pathogénique, les travaux de son père sur la tuberculose osseuse et voici comment il expose l'évolution des altérations tuberculeuses que nous avons décrites.

La lésion débute par la tunique interne des capillaires: dans le point où s'est arrêté le bacille tuberculeux apporté par la circulation cette tunique s'hyperplasia dans un point circonscrit, subit la dégénérescence cirreuse et oblitère à ce niveau la cavité du vaisseau (*cellule géante*); en même temps, les autres tuniques vasculaires s'échauffent par voisinage, s'infiltrent d'éléments embryonnaires et l'ensemble de ces altérations constitue un follicule tuberculeux dit de Koster ou de Charcot.

Or, le capillaire étant oblitéré, le tissu osseux qu'il ne nourrit plus va mourir. Si l'évolution tuberculeuse est à la fois rapide et généralisée à un grand nombre de capillaires, la suppuration de l'os est prompte et complète, les trabécules disparaissent en entier et le bloc caséux formé par l'ensemble des tubercules n'est pas cloisonné. C'est là ce que nous avons décrit sous le nom de *tubercules enkystés* (grosses masses comparables à du mastic de vitrier).

Mais si l'évolution tuberculeuse est plus lente et circonscrite à quelques vaisseaux capillaires, la région osseuse irriguée par ces vaisseaux malades ne se comporte pas comme dans le cas précédent; au début, l'irritation dont elle est le siège se traduit par une hyperplasie osseuse et par le dépôt de nombreux ostéoblastes (*ostéite condensante*); la mort arrive plus tard, mais le bloc osseux éburné ne se désagrège pas, il persiste sous forme de séquestre, c'est le *tubercule infiltré*. En somme, comme le dit Nélaton, la seule différence entre le tubercule enkysté et le tubercule infiltré réside dans la rapidité et l'étendue du processus tuberculeux, plus marqué dans le premier cas que dans le second.

Il faut encore noter ce fait, c'est qu'en même temps qu'évoluent les phénomènes que nous venons de décrire la moelle osseuse entre en voie de prolifération et produit des bourgeons charnus ou fongosités criblés de petits grains blanchâ-

tres semblables à des grains de semoule (granulations grises); dans les cas favorables ces éléments tuberculeux disparaissent et les fongosités prennent le caractère de tissu fibreux cicatriciel.

La suppuration accompagne souvent le processus destructeur, car le bacille tuberculeux a des propriétés pyogéniques incontestables.

CARIE. — Nous avons dit que la carie n'était qu'une variété d'ostéite tuberculeuse, c'est une tuberculose développée sur un os dont la nutrition est altérée soit par le fait d'une débilite générale occasionnée par la scrofule, soit par le voisinage d'une articulation malade.

Ce mélange d'ostéite et de tuberculose donne au tissu carié un aspect spécial. La région envahie est poreuse, remplie de fongosités saignant au moindre contact et de trabécules osseuses qui se brisent sous la pression du stylet, çà et là sont disséminés les follicules tuberculeux.

Le spina ventosa est aussi une variété de tuberculose osseuse ressemblant fort à la carie. Manifestation de la scrofule, spécial à l'enfance, le spina ventosa se localise dans les phalanges, les métacarpiens et les métatarsiens et les boursoufle de façon à leur donner l'aspect de *gros fuseaux*.

Le canal médullaire de l'os malade est très dilaté et comblé par une substance gélatiniforme fongueuse, la coque osseuse très bombée, très amincie est perforée çà et là par des fongosités saignantes, souvent aussi elle est dans certains points blindée par des plaques osseuses blanches et éburnées de formation nouvelle.

Symptômes. — Nous avons vu qu'il n'y avait plus lieu d'établir une distinction entre la tuberculose et la carie.

La tuberculose osseuse a son siège de prédilection dans les vertèbres (mal de Pott), l'extrémité inférieure du fémur et supérieure du tibia, dans les os de la main et du pied, plus rarement dans les côtes, le sternum, l'os iliaque, le rocher.

A son début la tuberculose se révèle par des douleurs sourdes et profondes au niveau de l'os altéré, par un gonflement

poreux plus ou moins appréciable suivant la région envahie.

Cette première phase a une durée variable, parfois assez longue; plus tard des *abcès par congestion* se montrent dans des régions subordonnées à leur point de départ, c'est-à-dire à la position occupée par l'os malade, quelquefois éclatent des *arthrites aiguës* par le fait de l'ouverture de la poche tuberculeuse dans une jointure; dans d'autres cas, c'est une *gibbosité* occasionnée par l'affaissement d'une vertèbre minée par le tubercule, etc.

Nous renvoyons pour plus de détails aux articles : *Mal de Pott* et *Abcès par congestion*.

Terminaisons. — L'ostéite tuberculeuse peut se terminer de diverses façons soit par :

Guérison spontanée résultant de la transformation d'un abcès ou de son ouverture à l'extérieur avec élimination du pus et des portions nécrosées.

Fistules persistant de longues années, tout en exposant à des complications graves.

Mort résultant soit de la généralisation de l'affection tuberculeuse aux poumons, au péritoine, aux méninges. Soit d'une dégénérescence amyloïde des viscères. Soit d'une complication accidentelle (érysipèle, septicémie, etc.).

Traitement. — Il sera d'abord général afin d'augmenter la résistance de l'organisme contre le bacille tuberculeux. Superalimentation, habitation dans un lieu sain dépourvu de tout germe infectieux, même traitement général que la phthisie.

Le *traitement local* a une importance au moins aussi grande. Chaque fois que la lésion locale n'est pas dominée par l'état général et que, chirurgicalement parlant, une intervention opératoire est possible, il faut y recourir sans perdre de temps. Suivant les cas on emploiera soit les incisions avec simple grattage, soit l'évidement par la curette d'une cavité tuberculeuse, soit l'ablation plus ou moins étendue de l'os malade, soit les cautérisations au thermo-cautère, procédé surtout recommandable dans les tuberculoses des os du carpe ou du tarse chez les enfants, etc...

4. — ABCÈS DES OS.

Il est assurément fort rare de rencontrer, en dehors de la carie, de la tuberculose et de la nécrose, des abcès enkystés dans le tissu osseux, cependant le fait existe et doit être signalé.

Ces abcès plus fréquents, comme toutes les maladies de l'os et du périoste, chez les adolescents qu'à tout autre âge (d'après Gosselin de vingt-cinq à cinquante ans), ont été observés dans le tibia et le fémur.

Tantôt leur origine est spontanée ou ne peut être attribuée qu'à une influence problématique (froid, contusion légère), tantôt ils succèdent à une ostéite chronique. L'annelongue rattache la production de ces abcès à une ostéomyélite ou à la tuberculose ; tantôt le pus formé pendant la période aiguë s'enkyste et persiste indéfiniment, tantôt l'ostéomyélite diminue la vitalité de l'os qui, plus tard, sous l'influence d'une cause provocatrice quelconque, s'enflamme chroniquement et suppure.

Ils siègent habituellement dans le tissu spongieux voisin de l'épiphyse.

Symptômes. — Ces abcès se traduisent par deux symptômes principaux :

1° *Le gonflement* mal circonscrit de l'extrémité osseuse qui est le siège de l'abcès ;

2° *Une douleur persistante* à ce niveau. Cette douleur, tantôt pulsative, tantôt térébrante, est remarquable par son intensité et par sa persistance, elle peut se prolonger durant des mois et des années et condamne le malade au repos absolu (Gosselin).

On ne sait guère quel est leur mode de terminaison.

Leur **diagnostic** ne peut être établi que sur des présomptions, car leurs symptômes se rapprochent beaucoup de l'ostéite à forme névralgique. Cependant l'existence d'une douleur fixe, augmentant par la pression et siégeant sur un os,

tel que l'extrémité gonflée du tibia, fera penser à leur existence.

Traitement. — Le seul traitement efficace consiste à trépaner la cavité et à la drainer pendant longtemps.

Abcès par congestion.

On nomme ainsi des collections purulentes qui apparaissent à une certaine distance du lieu de leur formation.

Mécanisme. — Obstacle à la réunion du pus dans le lieu de sa formation, facilité de transport vers un point déclive, telles sont les conditions qui président à la genèse des abcès par congestion.

Le pus est sécrété par une altération osseuse ; il cherche à se creuser un foyer dans le voisinage, et il parvient à se former une poche au niveau des points les moins résistants ; mais la sécrétion continuant, la poche devient insuffisante, et le pus est obligé de chercher une autre voie ; or la direction des aponévroses, des interstices cellulaires, des fibres musculaires, l'action de la pesanteur, les secousses de la marche, *tout le sollicite à descendre* jusqu'à ce qu'il ait rencontré un point déclive et moins résistant dans lequel il puisse séjourner. Parfois même, de ce foyer peuvent partir des irradiations nouvelles, dont le trajet se trouve tracé par les mêmes lois.

Or la *colonne vertébrale* présente toutes ces conditions réunies, aussi est-elle la source habituelle des abcès par congestion dont la marche varie suivant les régions qui les engendrent.

1° *Région lombaire.* — Lorsque le pus provient des vertèbres lombaires, il s'infiltré dans l'épaisseur du psoas, descend avec lui jusque dans la fosse iliaque, y séjourne un certain temps, puis franchit l'arcade crurale toujours avec le psoas, pour arriver jusqu'au voisinage du petit trochanter. En un mot, il suit absolument la gaine du psoas.

On a vu le pus pénétrer dans l'articulation coxo-fémorale, grâce à la bourse séreuse du psoas, qu'une perforation de la

capsule met souvent en communication avec la synoviale articulaire ; si le fascia iliaca s'est laissé déchirer, le pus fuse au-dessous du péritoine et vient former une collection sur la paroi abdominale, au-dessus de l'arcade crurale.

2° *Région dorsale.* — Le pus fourni par les vertèbres dorsales occupe d'abord le médiastin postérieur, il rencontre l'aorte, franchit avec elle le diaphragme et, arrivé à sa bifurcation, il peut fuser de divers côtés ; tantôt il suit l'artère iliaque externe, franchit l'arcade crurale et vient former une tumeur

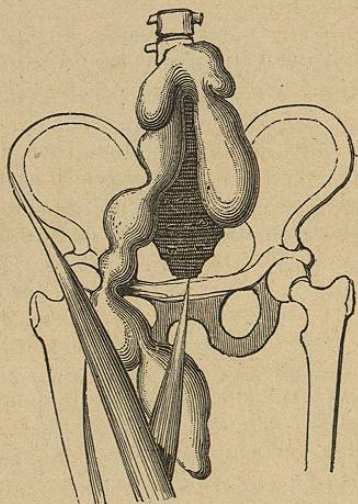


Fig. 40. — Abscès par congestion engendrés par une altération des vertèbres lombaires.

sur la partie antérieure de la cuisse ; tantôt il descend avec l'artère iliaque interne dans l'excavation pelvienne, s'échappe par l'échancrure sciatique, soulève le bord inférieur du grand fessier et descend sur la face postérieure de la cuisse, ou bien il se montre dans la fosse ischio-rectale, dans le périnée et même dans le scrotum, après avoir parcouru le trajet inguinal.

On a vu encore le pus formé par les vertèbres dorsales se

glisser le long des espaces intercostaux qui, peu adhérents à la plèvre, lui forment de véritables gaines ; dans ce cas l'abcès siège sur les parois de la poitrine.

3° *Région cervicale.* — Les abcès de cette provenance ne furent pas fort loin, ils peuvent se collecter dans le creux sus-claviculaire ou même dans le creux de l'aisselle, en suivant les racines du plexus brachial ; mais souvent ils se bornent à soulever la paroi postérieure du pharynx (abcès rétro-pharyngiens).

Ajoutons que, quelle que soit la région malade, l'abcès peut se collecter en arrière, sur la partie postérieure du tronc, c'est ce qui a lieu lorsque les apophyses transverse et épineuse sont malades.

Le foyer des abcès par congestion est donc très allongé, très irrégulier, étroit dans certains points, très évasé dans d'autres ; leur paroi n'est pas seulement constituée par une simple membrane pyogénique, mais elle renferme dans son épaisseur un nombre considérable de nodules tuberculeux. Un pus saïeux et fétide séjourne souvent dans ses anfractuosités.

Symptômes. — Les abcès par congestion sont toujours symptomatiques, ils n'apparaissent souvent que plusieurs semaines, plusieurs mois après le début de la maladie qui les a engendrés.

Tout à coup, à la suite d'un effort, d'un mouvement brusque, ou au contraire d'une manière progressive, on voit apparaître dans une des régions indiquées une tumeur qui offre les caractères suivants : 1° elle est de prime abord fluctuante ; 2° sans changement de couleur à la peau ; 3° réductible sous l'influence d'une pression, de la position horizontale (par le refoulement du pus vers les parties profondes du foyer), elle augmente par la toux, par la station verticale, etc. ; 4° cette tumeur est indolente¹.

Marche et terminaisons. — Subordonnée en grande partie à celle de la maladie qui les produit, la marche des abcès par congestion est toujours chronique ; ils peuvent être longs

1. Il peut exister à la fois plusieurs abcès venant de la même source ; ils sont indépendants les uns des autres ou communiquent entre eux.

à s'ouvrir ; mais peu à peu cependant les téguments s'aminçissent, se perforent et l'ouverture, qui devient fistuleuse, livre passage à une grande quantité de pus.

Tant que la poche purulente reste fermée, elle ne paraît exercer aucune influence fâcheuse sur la santé générale, mais dès qu'elle est ouverte, si une antisepsie rigoureuse n'est pas instituée et que l'air et les microbes trouvent un accès dans le foyer, les malades sont exposés à divers accidents dont le plus fréquent est l'*infection putride*.

Si le malade ne succombe pas peu de jours après l'ouverture du foyer, la *fistule* peut persister un temps plus ou moins long et la maladie peut avoir deux destinées différentes : 1° Le malade succombe épuisé ou emporté par une complication, telle que la dégénérescence amyloïde des reins, des intestins, etc. 2° La *fistule* se tarit graduellement et le malade guérit : cette terminaison n'est pas très rare chez les enfants ou chez les gens atteints de tubercules enkystés ; nous avons vu, au contraire, que, dans le cas de tubercules infiltrés, l'élimination du séquestre étant à peu près impossible, la guérison était beaucoup plus rare.

Le **pronostic** des abcès par congestion considérés en eux-mêmes et abstraction faite de la lésion osseuse qui les engendre a beaucoup perdu de sa gravité depuis que la méthode antiseptique a permis d'éviter les accidents infectieux qui jadis accompagnaient presque constamment leur ouverture.

Diagnostic. — Lorsque l'abcès est enfermé dans les parties profondes, il est souvent méconnu et cela pour deux motifs, à cause de sa situation et parce qu'il n'est point recherché ; les douleurs éprouvées par le malade étant mises sur le compte du rhumatisme ou d'une lésion sans importance.

Lorsque l'abcès paraît à l'extérieur, la fluctuation est facile à apprécier ; toutefois on a souvent confondu l'abcès par congestion avec un abcès froid, dont il se distingue par les douleurs siégeant sur le trajet de la colonne vertébrale, avec un bubon, un anévrysme, une hernie crurale, un encéphaloïde, etc., erreurs quelquefois explicables par le siège de l'abcès,

sa réductibilité, les battements que peut lui imprimer l'artère fémorale, etc.

Traitement. — Il convient de ne pas intervenir trop hâtivement, surtout lorsqu'il s'agit d'un enfant, la guérison spontanée n'étant pas impossible sous l'influence du traitement général et de l'immobilisation. On institue un traitement interne convenable, basé sur une bonne hygiène et un régime tonique ; on lui associe quelques badigeonnages d'iode sur l'abcès dans le but de stimuler ses parois ; malheureusement la résorption de ces abcès est très exceptionnelle.

Mais, tout en retardant autant que possible l'ouverture de ces abcès, il ne faut pas que cette ouverture soit spontanée : lorsqu'elle est imminente, le chirurgien doit intervenir, et il a pour cela plusieurs moyens à sa disposition. On a complètement répudié l'emploi des caustiques, des sétons, etc.

La thérapeutique des abcès par congestion a largement profité des pratiques chirurgicales nouvelles. Aujourd'hui tout abcès froid est traité soit par la ponction suivie d'injection d'éther iodoformé, soit par l'ouverture large du foyer et le râclage de ses parois.

Injection d'éther iodoformé. — Après avoir soigneusement désinfecté la surface de la tumeur soit avec le savon Lieutaud au goudron boraté, soit avec la solution de sublimé à 1/4000, vous ponctionnez avec le trocart d'un appareil aspirateur ; le pus évacué, vous poussez dans la cavité de l'abcès, par la canule du trocart, une injection d'éther iodoformé à 5 0/0. La quantité à injecter varie suivant les dimensions de la cavité purulente, il ne faut guère dépasser 400 gr.

Vous retirez le trocart et fermez l'orifice d'abord avec le doigt bien aseptisé, puis avec des bandelettes de linge enduites de collodion.

Sous l'influence de la température du corps, l'éther se volatilise et distend fortement les parois de l'abcès en laissant déposer jusque dans leurs anfractuosités les plus reculées une mince couche d'iodoforme qui va exercer sur eux la meilleure influence.

Souvent même la distension est si forte qu'il est utile de

pratiquer avec l'aiguille de la seringue de Pravaz, une ou plusieurs ouvertures permettant la sortie des vapeurs d'éther.

Parfois il est nécessaire de faire, à d'assez longs intervalles plusieurs injections d'éther iodoformé.

Râclage des parois de l'abcès. — Si les injections d'éther iodoformé ont échoué (ou bien si la situation de l'abcès engage de prime abord à employer ce second mode de traitement) on peut recourir à une autre méthode, le râclage.

L'abcès ouvert, on râcle toute sa surface interne avec la curette de Volkmann en remontant autant que possible jusqu'à la lésion osseuse; l'opération idéale devrait réaliser l'extirpation de toute la paroi, ce qui est impossible, on badigeonne la surface cruentée avec un pinceau trempé dans une solution de chlorure de zinc à 1/12, on place un tube à drainage, on suture au crin de Florence, la ligne de réunion est saupoudrée d'iodoforme, le tout est recouvert d'un bandage compressif fait avec de la ouate hydrophile.

Souvent la réunion est immédiate; si le suintement continue, il faut renouveler le pansement et les drains jusqu'à ce que la guérison soit obtenue.

Dans les cas moins favorables on aura remplacé le vaste foyer purulent par un trajet fistuleux permettant de continuer le traitement de la lésion osseuse.

5. — TUMEURS DES OS.

Les tumeurs des os ne se prêtent pas à des classifications régulières; car soit qu'on veuille les diviser en *tumeurs bénignes* et *malignes*, ou les distinguer en *tumeurs résultant de l'hypertrophie de l'un des éléments de l'os*, ou *produites par l'adjonction d'un tissu nouveau*, on se heurte à des exceptions si nombreuses que la classification devient presque inutile.

Voici la marche que nous avons adoptée dans notre description :

Exostoses. — Tumeurs formées par l'hypertrophie du tissu osseux.

Fibromes. — *Enchondromes.* — *Gommes.*

Tumeurs vasculaires. — Anévrysmes et tumeurs érectiles.

Kystes des os. — Kystes dentaires. — Kystes simples. — Kystes hydatiques.

Sarcomes. — *Tumeurs à myéloplaxes.*

Cancer.

A. Exostoses.

On donne le nom d'exostoses aux tumeurs formées par une production anormale et circonscrite de tissu osseux, soit à la surface, soit à l'intérieur d'un os. L'hypertrophie générale d'un os porte le nom d'*hyperostose*.

Les tumeurs osseuses complètement séparées du squelette portent le nom d'*ostéomes*.

Les exostoses présentent de nombreuses variétés, relatives les unes à leurs causes, les autres à leur disposition.

Étiologie. — 1° Certaines exostoses se rattachent au développement du squelette; on les désigne sous le nom d'*exostoses épiphysaires ostéogéniques*. L'hérédité paraît avoir quelque influence sur leur production; elles se détachent de l'épiphyse d'un os long et sont le résultat d'une hypertrophie du cartilage épiphysaire. Ces exostoses sont probablement assez fréquentes; mais les personnes qui en sont atteintes ne s'en aperçoivent pas ou ne s'en plaignent pas.

2° Les *exostoses traumatiques* s'observent à la suite de contusions; elles sont engendrées par l'irritation formative que le traumatisme a déterminée dans le périoste et l'os.

3° Les *exostoses syphilitiques* sont les plus communes; elles appartiennent à la période tertiaire et siègent de préférence sur les os sous-cutanés (face interne du tibia, clavicule, etc.).

4° Les *exostoses rhumatismales* ou *goutteuses* sont plutôt des tophus calcaires que de véritables exostoses.

5° On a encore décrit des exostoses liées à la *scrofule* et au *scorbut*; mais ce ne sont que des ostéites raréfiantes.

6° On a récemment appelé l'attention sur certaines tumeurs osseuses spéciales aux fosses nasales (*ostéomes des fosses nasales*), que l'on considère comme des exostoses (Voy. *Maladies des fosses nasales*).

Les exostoses peuvent se développer sur tous les os du squelette, les os placés superficiellement y sont plus exposés ou du moins c'est sur eux qu'on a le plus souvent l'occasion de les constater.

Anatomie pathologique. — Au point de vue de leur disposition, les exostoses peuvent se diviser en quatre groupes ¹ :

1° *Exostoses aréolaires ou épiphysaires.* — Formées par du tissu spongieux, elles siègent de préférence sur les épiphyses des os longs comme le fémur et sont une végétation du cartilage épiphysaire ; elles peuvent avoir de 4 à 5 centimètres. Lorsqu'on y pratique une coupe, on constate qu'elles sont formées, à leur surface, par du cartilage et à leur centre, par du tissu spongieux qui se continue avec celui de l'os.

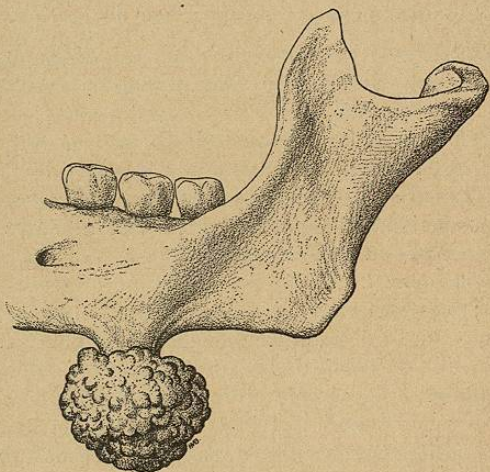


Fig. 11. — Exostose du maxillaire inférieur (d'après MORESTIN, *Soc. anat.*, 1896).

2° *Exostoses éburnées.* — Formées par une hypertrophie du tissu compact, elles en offrent la structure. Souvent arrondies, blanches, dures comme de l'ivoire, elles siègent de préférence sur les os de la face, du bassin, etc.

1. On pourrait encore les classer : A. d'après leur *pathogénie*, en exostoses *symptomatiques* (syphilis, traumatisme, inflammation de voisinage), et en exostoses *idiopathiques*, c'est-à-dire développées sans cause appréciable ; — B. d'après leur *position* à la surface de l'os, dans son épaisseur ou dans sa cavité : exostoses épiphysaires, parenchymateuses et enostoses (Cornil et Ranvier).

3° *Exostoses en plaques.* — Elles se rattachent à des *périostites* et elles ont la forme de plaques dont l'étendue et le relief sont variables. Il est facile de distinguer ces exostoses de l'os ancien sur lequel elles se sont développées, par la direction de leurs canaux de Havers, qui sont perpendiculaires à la direction des canaux de Havers de l'ancien os ¹.

4° *Exostoses tendineuses.* — On peut donner ce nom aux productions calcaires qui s'élèvent parfois le long des tendons, au niveau de leur insertion sur l'os ².

Les tumeurs osseuses développées dans l'épaisseur même de l'os ont quelquefois été désignées sous le nom d'*enostoses*. Il est probable que l'os a d'abord été le siège d'une ostéite raréfiante et l'espace qu'elle a creusé a été ensuite comblé par une lymphe plastique qui s'est ossifiée.

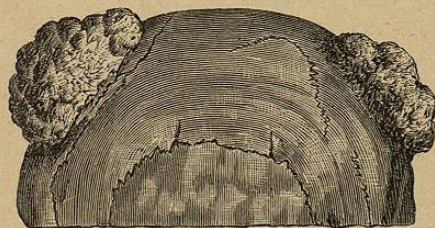


Fig. 12. — Exostoses du crâne (Musée Dupuytren).

Symptômes. — Toutes les exostoses se présentent sous l'aspect de tumeurs dures, incompressibles et immobiles. Le volume des exostoses est extrêmement variable ; leur forme ne présente pas moins de variétés ; elles sont tantôt arrondies et à large base, tantôt allongées, pédiculées (voyez fig. 11), parfois même symétriques. A ces caractères communs s'ajoutent des particularités spéciales à chaque variété.

Les *exostoses de croissance* ou *épiphysaires* s'observent dans

1. Cela tient à ce que les vaisseaux ostéo-périostiques sont perpendiculaires à l'os et ce sont eux qui vont former les canaux de Havers du nouvel os.
2. Billroth a trouvé chez un vieux cavalier, dans le tendon du grand adducteur, un fragment osseux allongé qui se détachait du condyle interne du fémur.

la jeunesse ; elles sont indolentes, souvent multiples, parfois disposées symétriquement de chaque côté du corps. Les épiphyses des os longs et surtout l'extrémité inférieure du fémur sont leur siège favori. Elles sont souvent épanouies à leur sommet et rattachées à l'os par un pédicule étroit ; cependant leur forme est variable. Elles suivent le développement de l'os et le malade remarque que la tumeur s'élève à mesure qu'il avance en âge ; mais dès que la croissance est terminée, c'est-à-dire vers l'âge de vingt-quatre ans, la tumeur ne progresse plus. Les exostoses qui se développent parfois sous le gros orteil, et sont désignées sous le nom d'*exostoses sous-unguéales*, appartiennent à cette catégorie.

Les *exostoses syphilitiques* appartiennent aux accidents tertiaires ; elles siègent de préférence sur les os superficiels et donnent lieu, contrairement à la plupart des autres exostoses, à de vives douleurs nocturnes, désignées sous le nom de douleurs ostéocopes. Cependant ce sont les moins graves ; car elles peuvent se résoudre sous l'influence du traitement spécifique, du moins lorsqu'elles sont récentes. La résorption s'annonce par l'état irrégulier de la surface de l'os.

Les *exostoses éburnées* ont une croissance fort lente, mais souvent continue.

Ces deux dernières variétés peuvent, en raison de leur siège habituel sur le crâne et la face, déterminer de redoutables accidents de voisinage, tels que paralysie par compression du cerveau, déformation de la face, exophtalmie, etc. On a vu les exostoses des membres comprimer les vaisseaux, et même les perforer. Faut-il ajouter que cet accident est des plus exceptionnels ! Très souvent de petites bourses séreuses se développent à leur surface.

Les exostoses n'ont aucune tendance à diminuer spontanément de volume, sauf cependant les exostoses de croissance.

Diagnostic. — Les exostoses superficielles sont aisément reconnues ; lorsqu'elles sont profondes, il est, au contraire, fort difficile d'en constater l'existence.

Leur *existence* est souvent révélée par des phénomènes de compression ; c'est surtout ce qui a lieu pour les exostoses

intra-crâniennes ; mais il est souvent à peu près impossible de déterminer s'il s'agit d'une exostose ou d'une autre production pathologique.

Quant à leur *nature*, elle est indiquée par les circonstances de leur développement et l'état général du malade.

Pronostic. — Elles ne sont graves que par les entraves qu'elles peuvent apporter aux fonctions des organes qu'elles avoisinent.

Traitement. — Si l'exostose se rattache à la syphilis, il faudra instituer le traitement ordinaire des accidents tertiaires.

Très souvent les exostoses n'entraînent ni douleur ni difformité repoussante, ni obstacle aux fonctions indispensables à la vie. Dans ce cas, il faut les respecter. Cependant si l'exostose est douloureuse, si elle gêne le jeu des muscles, provoque leur contracture ou comprime un organe important, il faut l'exciser ou la réséquer. Peut-être pourrait-on au préalable imiter la pratique vétérinaire et faire dans l'exostose des pointes de feu avec le thermo-cautère de Paquelin.

L'*hyperostose* ou gonflement général des os est une affection rare, comparée par Virchow à l'éléphantiasis des parties molles. — Dans certains cas elle a succédé à une ostéite ; dans d'autres, elle est survenue sans cause appréciable ; tantôt l'os hypertrophié est raréfié, tantôt il présente des plaques éburnées. Elle n'a guère été observée que sur les os du crâne et sur les os longs des membres.

Cette hyperostose est sans inconvénients, car elle ne diminue ni la capacité du crâne, ni la dimension des trous de sa base.

B. Fibromes. — Enchondromes. — Gommages des os.

Sans entrer ici dans les détails que nous donnons dans notre *Pathologie générale* sur ces trois ordres de tumeurs, nous dirons que :

Les *fibromes du tissu osseux* sont rares, surtout ceux qui se