

parties, cette masse ramollie s'entoure alors d'une enveloppe fibreuse ou ostéo-fibreuse et devient kystique. Toutes ces productions étaient jadis désignées sous le nom générique de *spina ventosa*.

Il existe cependant quelques lésions osseuses d'origine embryonnaire peut-être, que nous avons désignées sous le nom de *kystes prolifères*. Elles évoluent sous l'influence de bourgeons émanés du feuillet externe ou du feuillet interne du blastoderme, déterminent à leur périphérie une condensation du tissu fibreux, repoussent la substance osseuse, la dilatent et forment ainsi des tumeurs à contenu liquide, ou semi-fluide, traversées ou non par des trabécules ossifiées de nouvelle formation et entourées d'une coque osseuse dont l'épaisseur varie avec la nature spongieuse ou compacte de l'os et avec la pression excentrique de la tumeur. Ces productions se rencontrent fréquemment dans le maxillaire inférieur, elles dépendent alors d'une évolution vicieuse des follicules dentaires, elles se voient encore dans les anfractuosités si nombreuses des fosses nasales, et appartiennent aux tumeurs du sinus maxillaire ou aux polypes muqueux des fosses nasales. Tous les détails qui se rapportent à ces différentes tumeurs seront étudiés dans le deuxième volume avec les régions auxquelles elles appartiennent.

Quoi qu'il en soit, toutes ces tumeurs à kystes uni ou multiloculaires doivent être ponctionnées pour diminuer la pression excentrique des liquides qu'elles contiennent, et être extirpées s'il est possible par tous les moyens chirurgicaux connus.

#### § 11. — Kystes hydatiques des os.

Les éléments des hydatides transportés par le torrent sanguin peuvent s'arrêter dans le tissu osseux comme dans tous les tissus de l'économie; leur développement toujours le même amène la formation de kystes à développement lent mais constant, en rapport avec l'évolution embryonnaire des échinocoques. Toujours on trouve dans ces tumeurs un contenu liquide, clair et transparent d'ordinaire, louche et légèrement opaque d'autres fois. Ces différences sont dues à la présence ou à l'absence de quelques globules sanguins sortis de capillaires rompus, comme encore à quelques éléments purulents.

L'histoire du développement des kystes hydatiques appartient à la pathologie interne, nous n'avons donc qu'à signaler ici les caractères spéciaux qu'ils affectent lorsqu'ils sont développés dans les os.

Il semble que les traumatismes soient souvent des causes efficientes de leur localisation dans telle ou telle région, bien que d'autres fois, quand il s'agit d'os profondément situés, il soit bien difficile d'invoquer ce déterminisme.

La tumeur grossit lentement, son accroissement est en rapport avec

l'évolution des échinocoques, elle se développe dans les couches profondes du périoste ou dans la moelle osseuse; aussi n'est-elle quelquefois au début recouverte que par une lame osseuse mince, parcheminée, due à des productions périostiques; d'autres fois au contraire elle est entourée par une coque osseuse plus résistante. Cette coque s'amincit plus tard quand toute la couche ostéogénique du périoste a disparu, et la tumeur apparaît alors avec des mamelons volumineux, fluctuants, qui font saillie au travers des lacunes de la coque osseuse et qui sont séparés les uns des autres par des travées dures persistantes.

Il est aisé de comprendre que cette paroi dure empêche le plus souvent de percevoir le frémissement hydatique. Le kyste en se développant excentriquement peut envahir par compression les os voisins, en détruire les têtes articulaires, amincir les diaphyses jusqu'au point de les rendre fragiles à l'excès et incapables de résister au moindre effort. Il s'en suit des luxations et des fractures sans aucune tendance à une formation d'un cal que la présence des hydatides rend impossible.

On a vu des cas où les acéphalocystes étant morts pour une cause difficile à préciser, leur masse subissait les transformations stéatosique et calcaire. Leur évolution n'exerçant plus alors aucun phénomène irritatif sur les tissus voisins, les liquides qui remplissent la poche kystique sont résorbés et la tumeur diminue successivement de volume. Dans le produit caséux qui résulte de la transformation de ces kystes osseux on trouve toujours, à l'examen microscopique, les crochets caractéristiques des échinocoques.

La distension excessive de ces tumeurs peut en déterminer l'inflammation. C'est alors que le pus peut, si la tumeur est développée au voisinage d'une articulation, y pénétrer et l'enflammer à son tour. D'autres fois, quand la tumeur est périphérique, l'os, le périoste, les tissus ambiants, la peau distendue, peuvent céder et la suppuration se fait jour au dehors; elle persiste jusqu'à ce que la poche soit détruite et tous les éléments acéphalocystiques éliminés.

C'est surtout par la compression qu'elles exercent sur les organes et les tissus voisins, que ces tumeurs offrent des dangers sérieux. Nous ne ferons toutefois que rappeler ici les fractures et les luxations qu'elles déterminent en détruisant ou en amincissant les diaphyses et les surfaces articulaires.

**Traitement.** — L'indication évidente est d'enlever tous les germes des échinocoques. Il ne suffit pas, une fois la tumeur largement ouverte au bistouri, au trépan, à la gouge, d'extirper les vésicules que l'on reconnaît sous le doigt, il peut en exister en voie d'évolution dissimulées dans les parois tomenteuses de la paroi kystique; pour éviter toute récurrence, c'est cette paroi même qu'il faut détruire par les caustiques actuels ou mieux potentiels.

Quand les têtes osseuses ou des parties de la diaphyse sont atteintes au point de ne plus offrir aucune solidité, mieux vaut arriver de suite à la résection ou à l'amputation.

Je crois inutile de faire remarquer que si les kystes hydatiques compriment des organes splanchniques et s'il est dangereux d'aller à leur recherche, mieux vaut s'abstenir.

Toutes ces opérations peuvent ne pas mettre à l'abri des récidives lorsque, loin de se borner à leur pullulation dans un seul os, les échinocoques ont été déposés simultanément dans d'autres os ou d'autres organes.

#### § 12. — Carcinome des os.

Si pour nous l'*épithéliome osseux primitif* n'existe pas et que toujours il est consécutif et dû à une prolifération de voisinage, il n'en est pas de même des *carcinomes*.

Cette forme de tumeur appartient surtout à la vieillesse, elle peut prendre naissance dans les éléments connectifs embryonnaires de la moelle osseuse, ou plutôt encore dans les cellules endothéliales qui en tapissent les espaces lacunaires. Quoi qu'il en soit, toutes les variétés de carcinomes ont été décrites dans les os, mais c'est l'*encéphaloïde* qui est le plus fréquent. Très souvent il est fort difficile, en raison de leur grande tendance à la généralisation, de dire si ces tumeurs sont primitives dans les os ou si au contraire elles sont d'origine métastatique.

De même que toutes les tumeurs osseuses à développement central et excentrique, les carcinomes des os sont entourés d'une coque osseuse qui s'amincit de plus en plus, finit par être usée et livre alors passage aux bourgeons néoplasiques. Les articulations voisines se laissent infiltrer à la longue, car les cartilages résistent à l'extension des éléments néoplasmatiques.

C'est le plus habituellement sur les os du crâne, de la face, les vertèbres, le bassin et les épiphyses que se développent les carcinomes osseux.

Il n'est pas rare de voir certains points de ces tumeurs se transformer en angiomes, d'où des battements, des pulsations perceptibles au doigt. La peau violacée, avec veines variqueuses, finit elle-même par être envahie, par s'ulcérer; le carcinome fait saillie à l'extérieur, s'ulcère à son tour et produit un liquide ichoreux, fétide. Si dans son sein se sont développés des foyers anévrysmatiques, leur ouverture détermine des hémorragies qui peuvent tuer le malade. L'infiltration rapide du tissu osseux par les éléments du néoplasme est cause fréquente de fractures spontanées.

Le carcinome des os a une grande tendance à la généralisation, aussi les ganglions sont-ils rapidement envahis; les viscères à leur tour sont

bientôt atteints, la cachexie est rapide et la mort s'ensuit au bout de quelques mois.

**Traitement.** — Il n'en est qu'un, c'est l'extirpation le plus large possible et surtout la désarticulation, car si dans le tissu osseux le carcinome s'étend rapidement, le cartilage lui oppose une barrière momentanée. Malheureusement les tissus mous ambiants étant à leur tour envahis avec une grande facilité, les ganglions sont pris presque au début, et le carcinome se généralise malgré l'opération. — Alors même que la tumeur est extirpée dès que son existence est reconnue, comme il est bien difficile, presque impossible même de poursuivre les éléments altérés jusque dans toutes les anfractuosités des trabécules osseuses, la récidive est toujours à craindre.

## CHAPITRE IV. — AFFECTIONS CHIRURGICALES DES ARTICULATIONS

### Considérations générales.

Nous supposerons connues les divisions des articulations que l'anatomie descriptive est forcée d'établir : les *synarthroses*, les *amphiarthroses* et les *diarthroses*. Ces différences n'existent cependant pas en réalité. Toutes les articulations ont la même origine embryonnaire, toutes elles ne sont que les lignes, de formes variables, d'intersection entre les segments du squelette; toujours elles ont même destination et doivent permettre des mouvements, que ces mouvements soient dus à des actions musculaires, auquel cas ils sont actifs, ou à des variations de volume des viscères, auquel cas ils sont passifs. Dès que le mouvement est aboli, dès que, dans le crâne par exemple, la masse encéphalique a cessé de s'accroître, la surface qui unit les os entre eux et qui en réalité appartient à une articulation rudimentaire, se laisse envahir par l'ossification et disparaît.

Il en est de même des amphiarthroses, quand, arrivés à un certain âge, les fibro-cartilages interposés entre les surfaces des os du bassin par exemple s'incrument de sels calcaires et peuvent disparaître.

Sans insister sur les débuts embryologiques des articulations, rappelons que celles qui nous intéressent le plus en pathologie chirurgicale, les articulations des membres, ne sont au début que de simples fentes dans la masse cartilagineuse qui constitue la charpente du membre. Les diaphyses, en se constituant, restent séparées des extrémités de l'os par le cartilage épiphysaire destiné à l'accroissement en longueur. Si entre les épiphyses et la diaphyse il ne se constitue pas d'articulation malgré la présence du cartilage intermédiaire, c'est parce qu'il ne se produit aucun mouvement à ce niveau; cette absence de mobilité permet la soudure des deux parties de la colonne osseuse.

Au milieu de cette masse épiphysaire qui n'est en réalité qu'une partie terminale et persistante du cartilage primordial, se développe un noyau osseux