

plications irritantes ou celles du feu. Monro, Tenon, peu satisfaits des raisons pour lesquelles les auteurs avaient recommandé l'application des substances irritantes sur les os cariés, ont recours aux expériences, et, pour décider la question, ils font des épreuves comparatives sur des os nécrosés et sur des os dénudés à dessein. Cependant ces observateurs attentifs suivent pas à pas la nature, et pendant qu'ils s'égarèrent en cherchant la solution de leur problème, ils trouvent une vérité qu'ils ne cherchaient pas, que leurs successeurs ont mise à profit, mais dont ils n'avaient pas soupçonné l'importance. L'assentiment unanime de toute l'antiquité dont les auteurs les plus respectables ont recommandé l'application des substances irritantes ou du feu, était certainement fondé sur l'observation. A la vérité, confondant la nécrose et la simple dénudation des os avec la carie, il devait leur arriver souvent de causer des mortifications, des pertes de substance qu'ils auraient pu éviter, si, de leur temps, l'histoire des maladies avait été plus avancée; mais même dans ces cas, où ils n'avaient pu pressentir le langage de l'expérience, qui est toujours le produit lent et tardif de la succession des siècles, il se passait des choses capables de leur en imposer et de les entretenir dans leur erreur: la séparation d'une portion d'os plus ou moins volumineuse, après un certain temps de l'application de substances irritantes, ressemblait singulièrement au même phénomène à la suite de la transformation de la carie en nécrose par les mêmes procédés, ou par un mécanisme naturel et inconnu. Sans doute les explications physiologiques dont ils accompagnaient le précepte méritent bien peu notre attention aujourd'hui; mais le précepte lui-même, en le réduisant à sa juste valeur, c'est-à-dire à l'application qu'ils entendaient en faire à la carie, était certainement fondé sur une observation exacte et générale, et nous verrons en effet qu'il en est ainsi.

Quelle que soit la cause de la carie, l'expérience démontre qu'elle ne peut être guérie que de l'une des deux manières suivantes: ou les fonctions vitales, dépravées dans la portion d'os carié, sont susceptibles d'être rétablies dans leur état naturel, et la guérison n'entraîne aucune perte de substance de l'os, qui rentre dans son premier état; ou bien aucun procédé ne peut ramener l'état naturel dans l'os carié, et, dans ce cas, la guérison ne peut être obtenue que par la destruction de la portion d'os affectée. Or, l'observation démontre que le premier mode de guérison ne peut être produit que par des applications

irritantes, et que le feu est le moyen le plus propre à produire le second. La première de ces deux méthodes est purement empirique: on connaît un grand nombre de substances de nature très-diverse, qui n'ont de commun que la propriété irritante dans leur application aux organes vivants, et qui partagent la faculté de ramener à l'état naturel les propriétés vitales altérées dans un os carié; et quoique leur choix ne soit pas indifférent, les motifs de leur préférence respective ne paraissent fondés que sur leur degré comparatif d'action. Or, la nature de l'altération des propriétés vitales dans un os carié est inconnue; le mode d'action des substances médicamenteuses qu'on oppose à la carie, et qui réussissent quelquefois, l'est pareillement: donc il est démontré que cette méthode de traitement est purement empirique, c'est-à-dire fondée uniquement sur l'expérience.

Quand la carie est superficielle, récente, qu'elle n'intéresse que la surface d'un os, et que la maladie consiste autant dans l'engorgement des parties molles environnantes que dans l'altération de l'os lui-même, on peut obtenir de bons effets des bains locaux et des ablutions avec une décoction de plantes appelées détersives, telles que les feuilles de noyer, la pervenche, le scordium, etc. On peut aussi tirer un grand parti des bains avec une dissolution légère de potasse, soit qu'on emploie cet alcali obtenu par les procédés chimiques, soit qu'on le tire de la lixiviation des cendres de bois neuf ou de celles du sarment. La dose doit être légère d'abord: il suffit que la dissolution excite sur la langue une saveur un peu marquée; on peut l'augmenter dans la suite, mais graduellement et de manière à ne produire ni inflammation ni mercures à la peau. Il faut continuer longtemps l'usage de ce moyen, que j'ai vu réussir assez souvent. Je pourrais citer entre autres l'exemple d'un cordonnier qui portait une carie de l'articulation du pied avec la jambe, pour laquelle l'amputation avait été jugée nécessaire. L'opération ayant été retardée pour quelque motif étranger à la maladie, on fit usage, en attendant, des bains de lessive alcaline, qui déterminèrent l'ankylose et la guérison. Les douches avec les eaux minérales hydrosulfurées ou avec une dissolution de savon peuvent aussi être d'une grande utilité dans ce cas. Quand l'os est à découvert, et qu'il n'est point enveloppé de chairs fongueuses, on peut tirer parti de l'alcool, ou pur, ou chargé de quelque substance résineuse, comme la teinture de myrrhe, celle d'aloès, etc.; on trempe un bourdonnet de charpie dans quelqu'un de ces liquides, on l'exprime, et on l'appli-

que immédiatement sur l'os malade. Les anciens faisaient un grand usage de la poudre d'euphorbe, de celle de sabine, et surtout de l'oxyde de cuivre, qui a été employé dès la plus haute antiquité et qui est abandonné aujourd'hui.

Il n'est guère probable que les applications excitantes réussissent à procurer la guérison proprement dite de la carie, lorsque la maladie s'étend dans la profondeur de l'os. Dans ce cas, on doit avoir recours à la seconde méthode de traitement, qui consiste dans la destruction de la portion d'os altérée par un procédé capable en même temps d'exciter dans la portion saine et la plus voisine une inflammation légitime; en d'autres termes, il faut convertir la carie en nécrose, et exciter le travail de la séparation du séquestre. On peut employer à cet usage les acides minéraux, les sels à base métallique sous forme liquide, et généralement tous les caustiques qui ont la même forme. On trempe dans ces liquides un bourdonnet de charpie que l'on exprime et que l'on applique sur l'os malade; on réitère cette application aussi souvent qu'il paraît nécessaire pour faire parvenir l'action du médicament à toute la profondeur connue de la maladie, ayant soin de préserver les parties molles environnantes. Mais on sent que les cas où l'on peut se promettre quelque utilité de ces moyens sont bornés à ceux où l'os n'est point couvert et embarrassé de chairs fongueuses et abreuvé d'un ichor abondant, et à ceux où la maladie s'étend à une profondeur médiocre. Dans les cas contraires, le caustique serait délayé et affaibli; il serait absorbé par les chairs mollasses, qui d'ailleurs se reproduisent avec une grande promptitude, et son action ne s'étendrait pas à une profondeur suffisante.

Les anciens faisaient un grand usage du fer rouge dans ce cas, et certes c'était avec raison. De tous les moyens employés contre la carie, c'est le plus énergique, le plus sûr et le plus expéditif. Sa manière d'agir est la même que celle des caustiques, et il n'est point sujet aux inconvénients qui peuvent rendre inutile ou insuffisant l'effet de ces derniers. Comme eux, il mortifie la portion d'os cariée et excite dans la portion saine la plus voisine l'inflammation convenable pour opérer la séparation du séquestre; mais la facilité de réitérer son application, la prompte évaporation des humidités qui abreuvant l'os au moment de son emploi, la rapide transmission du calorique à une profondeur considérable, surtout dans les os, qui en sont de très-bons conducteurs, sont des avantages qu'on ne peut réunir dans aucun

autre moyen, et qui donnent la certitude, avec celui-ci, de porter son action aussi profondément qu'on le désire, de mortifier sûrement toute la portion d'os altérée, et avec elle les chairs fongueuses qui la pénètrent, et d'exciter dans les parties saines un degré convenable d'inflammation. Quant aux parties molles environnantes, il est facile de les préserver, soit en les écartant avant l'opération, soit en les couvrant de linges mouillés, soit en portant le cautère à travers une canule. Ce dernier moyen est indispensable lorsqu'il s'agit d'appliquer le cautère actuel sur un os situé profondément, qu'on ne peut pas mettre totalement à découvert ou qu'on ne peut atteindre que par un trajet oblique (1).

Pour faire l'application du cautère actuel, on doit mettre autant que possible l'os à nu. Ce précepte ne souffre d'exception que dans les cas où l'os malade est situé profondément, et où l'on serait exposé à léser quelque organe important. On doit avoir préparé d'avance plusieurs cautères, de forme et de dimension convenables, et les faire chauffer jusqu'à incandescence. Les parties molles ayant été garnies de linges mouillés ou garanties par tout autre moyen, on porte le feu sur la partie, soit à nu, soit à travers une canule. Si l'humidité de l'os carié, si les chairs fongueuses qui le pénètrent, sont les raisons pour lesquelles on a préféré le cautère actuel à tout autre moyen, on doit en réitérer plusieurs fois l'application; les premières ne font qu'évaporer les liquides contenus dans le point de leur contact, et ne cautérisent que médiocrement. L'application du feu sur la carie n'est pas suivie ordinairement de douleurs bien aiguës; si cet effet avait lieu, et surtout si, après une ou plusieurs applications, les chairs fongueuses se reproduisaient avec rapidité, si elles étaient d'une grande sensibilité au toucher, causaient des élancements spontanés, etc., ce seraient des raisons de suspecter la nature de la maladie, d'appréhender le développement d'un principe cancéreux, et l'on devrait re-

(1) Les canules métalliques, telles qu'on les emploie, ont l'inconvénient de s'échauffer rapidement; elles seraient d'une utilité bien plus commune si l'on pouvait les construire avec quelque substance moins propre que les métaux à transmettre le calorique. Il serait bien avantageux que l'on trouvât un moyen de former avec le charbon, par exemple, une pâte que l'on pût mettre en œuvre comme celle de la porcelaine.

noncer au procédé de la cautérisation qui dès lors deviendrait plus dangereux que la maladie elle-même. Mais on sait que, dans l'état naturel, les os ne sont doués d'aucune sensibilité évidente; que cette propriété ne s'y manifeste que par les phénomènes de la nutrition; il ne paraît pas que, dans l'altération que ces organes subissent par la carie, cette même propriété y prenne un grand accroissement, si ce n'est dans le principe où ils sont le siège de douleurs quelquefois très-aiguës; les chairs fongueuses dont ils sont pénétrés dans quelques cas peuvent, à la vérité, donner lieu à quelques douleurs lors de l'application des excitants ordinaires sur un os carié; mais ces chairs mollasses ne jouissent elles-mêmes que d'une sensibilité médiocre, et l'application du feu, qui les détruit rapidement, ne peut pas être fort douloureuse. Aussi l'expérience démontre-t-elle qu'excepté les cas où ces végétations fongueuses ont lieu, et seulement alors durant les premières applications du feu sur la carie, cette opération ne cause que très-peu de douleur. De ces considérations il résulte que les phénomènes qui se passent durant l'application du cautère actuel ne présentent aucune raison d'estimer à quelle profondeur le feu a porté son action, si l'on a dépassé l'étendue de la carie; on n'en peut juger *a priori* que par approximation, et en comparant la profondeur connue de la carie, déterminée par celle à laquelle un stylet peut être poussé à travers l'os malade, l'humidité de l'os carié, l'abondance des chairs fongueuses qui le pénètrent, la masse des cautères et leur degré de chaleur. Ce qui se passe après une première tentative peut fournir des données plus certaines: ainsi, s'il ne survient pas au bout de peu de jours des douleurs et un ensemble de symptômes inflammatoires qui annoncent le commencement du travail de la séparation du séquestre; si les chairs fongueuses qui couvraient l'os et que le feu a détruites se reproduisent avec les mêmes caractères qu'elles avaient auparavant, on peut être certain que le calorique n'a pas étendu son action destructive à toute l'étendue de la carie, et l'opération doit être réitérée. Le succès de ce moyen, vraiment héroïque, tient essentiellement à cette condition; s'il a été employé quelquefois sans utilité, lorsque d'ailleurs la cause de la carie avait été suffisamment combattue, et que la maladie n'avait point de caractères cancéreux, c'est, à coup sûr, parce qu'il a été mis en usage avec timidité, et parce qu'on n'a pas poussé son action assez loin. Heureux s'il pouvait être employé dans tous les cas de cette nature!

Le cautère actuel ne peut être mis en usage dans les caries des articulations: on ne connaît pas assez l'étendue de la maladie, et l'on ne peut point découvrir les surfaces affectées pour les cautériser convenablement. Dans les caries fort étendues, surtout en profondeur, le feu ne pourrait porter son action aussi loin qu'il serait nécessaire pour atteindre jusqu'aux parties saines voisines. Dans ce cas, on peut, si la forme de l'os le permet, pratiquer d'abord la résection de la plus grande partie de la carie, et cautériser ensuite: quand l'os est plat, on peut d'abord, au moyen de la couronne du trépan, dont on multiplie suffisamment l'application, cerner la carie, l'enlever, emporter les angles intermédiaires avec le couteau lenticulaire, et promener ensuite le cautère actuel sur ce qui reste. On sent qu'il est des caries qui, à raison de leur situation, ne permettent l'application du feu qu'avec la plus grande circonspection: ainsi, dans les caries du crâne, on ne peut guère songer à ce moyen que dans les cas où la carie intéresse l'apophyse mastoïde. Les expériences de de Haen ont prouvé que, dans toute autre circonstance de cette nature, le calorique est transmis trop promptement aux méninges pour qu'on puisse être rassuré sur les effets du feu appliqué à nu sur les os du crâne. Enfin, si, au moyen d'une canule, on peut porter le feu, à travers un trajet oblique, sur un os carié situé à une certaine profondeur, on doit être assuré de l'étendue de la maladie, pour ne pas opérer en vain, et afin de pouvoir surveiller et apprécier les conséquences du procédé opératoire; mais il est évidemment impossible de songer à l'application de ce moyen dans les caries cachées, situées très-profondément, et entièrement hors de la portée de nos moyens chirurgicaux.

Nous avons déjà dit que quelquefois la carie reste stationnaire, où ne fait que des progrès extrêmement lents, n'altère point la constitution du malade, et ne menace point ses jours. Si les choses se passent ainsi dans les cas où la maladie affecte une articulation, et où, comme nous venons de le voir, les moyens les plus puissants ne peuvent être mis en usage, il n'y a point d'indication curative à remplir; il faut se borner aux soins de propreté, au repos et à un régime fortifiant et nutritif. Mais si, au contraire, les fonctions s'altèrent, et si le dépérissement du sujet fait appréhender qu'il ne succombe par les progrès ultérieurs de la maladie, le seul parti auquel on puisse recourir est celui de l'amputation du membre. Cependant, quelque défavorable que soit le pronostic de la carie des articulations, on ne doit avoir

recours à ce parti extrême qu'autant qu'il est évident, par les symptômes qui en dépendent immédiatement, que de plus longs délais compromettraient la vie du malade. Les raisons sur lesquelles se fonde ce précepte de rigueur sont, que quelquefois une carie affectant une grande articulation, comme celle du pied, de la main, du genou, du coude, guérit spontanément, et se termine heureusement par l'ankylose du membre; que l'amputation est une opération grave, dont le succès est toujours douteux, et qui peut causer la mort du sujet; enfin, que l'expérience a démontré que la secousse violente que cette opération imprime à la constitution est moins dangereuse pour les personnes qui ont été débilitées jusqu'à un certain point par les suites naturelles d'une maladie chronique. Ainsi, si l'on s'aperçoit que le pus que donnait habituellement l'ulcère ou les fistules que la carie entretient diminue, change de nature, prend de meilleures qualités; si l'engorgement diminue, et qu'en même temps, sans qu'il y ait de symptômes inflammatoires, le mouvement devient plus difficile et est accompagné de moins de douleurs, on peut regarder l'ankylose et la guérison comme probables: on doit recommander alors le repos le plus absolu, et éloigner sévèrement tout ce qui pourrait troubler l'heureux travail de la nature. Si, au contraire, la suppuration devient de plus en plus abondante et de mauvaise qualité; si la nutrition s'altère, si l'appétit se perd, s'il survient du dévoïement, une petite fièvre continue avec des rehaussements quotidiens, des sueurs nocturnes et partielles; si le malade perd le sommeil, s'il maigrit sensiblement, il est évident que l'amputation est inévitable, et que ce moyen est le seul par lequel on puisse lui sauver la vie. On voit d'après ces considérations, que pour avoir la certitude de ne pas faire une opération inutile, et pour ne pas s'exposer en même temps à laisser trop épuiser les forces du malade par des délais sans utilité, qui rendraient le succès de l'opération douteux, la règle la plus sûre est d'attendre, pour pratiquer l'amputation, que les premiers symptômes de colliquation aient paru.

C'est pour éviter l'amputation dans les cas de cette nature, que l'on a proposé la résection des extrémités articulaires des os cariés; opération qui a été pratiquée plusieurs fois avec succès, et dont nous parlerons en détail à l'occasion des tumeurs blanches des articulations.

Enfin, nous avons dit plusieurs fois qu'il existe des caries attaquant

des os situés trop profondément pour qu'on puisse user contre elles des procédés chirurgicaux, et où l'on est privé en même temps de ressources médicales efficaces, parce que la maladie dépend de causes qu'il n'est pas au pouvoir de l'art de détruire. Dans ces cas essentiellement mortels, on ne peut se servir que d'une méthode palliative, qui se réduit à donner aux matières une issue libre, en prévenant cependant le trop grand accès de l'air dans les sinus et dans les foyers intérieurs, et à soutenir les forces du malade par un bon régime, et par l'usage prudent et bien entendu des remèdes toniques.

Après avoir exposé toutes les considérations communes à la carie, nous allons indiquer rapidement les particularités relatives à cette affection considérée dans les divers os où elle peut survenir, et où elle offre des remarques importantes à faire: ainsi nous traiterons, dans autant d'articles séparés, de la carie des os du crâne, de celle des vertèbres, des côtes, du sternum et des os du bassin.

§ 1. — De la carie des os du crâne.

Ces os sont plus fréquemment affectés de nécrose que de carie; cependant cette dernière maladie y survient aussi quelquefois, et par les mêmes causes qui la produisent partout ailleurs. La plus commune de ces causes est le virus vénérien. La carie peut survenir sur tous les points de l'étendue du crâne; mais elle est plus fréquente à la région mastoïdienne, et dans ce cas il est bien rare qu'elle n'affecte pas en même temps l'organe de l'ouïe, qui en est plus ou moins complètement détruit.

La marche de la maladie offre deux différences qui, à raison des rapports de ces os avec les organes voisins, sont d'une grande importance: tantôt elle commence par l'altération de la table externe; dans ce cas, l'engorgement des parties molles et l'affection de l'os sont simultanés. Il survient une tumeur du genre de celles que nous décrivons bientôt sous le nom de *gomme* ou *périostose*; elle est peu douloureuse, adhérente, pâteuse, reste plus ou moins longtemps dans cet état, puis s'enflamme, s'abcède, et laisse à découvert l'altération de l'os. Tantôt, au contraire, la maladie commence par la table interne du crâne; dans ce second cas, une douleur s'annonce et subsiste longtemps dans le même lieu, sans aucune apparence extérieure de maladie; elle est accompagnée le plus souvent de vertiges, de

convulsions, d'assoupissement, de cécité, ou de tout autre symptôme de compression du cerveau; enfin, il survient une tumeur externe, ordinairement correspondante au siège primitif de la douleur; elle est peu étendue, peu douloureuse, avec fluctuation presque dès le premier moment de son apparition; son volume est variable, et la compression la fait quelquefois diminuer; elle s'abcède, et à son ouverture on reconnaît une perforation du crâne, dont les bords sont minces, irréguliers, taillés en biseau aux dépens de la table interne qui a subi une bien plus grande destruction que l'externe, et l'écoulement du pus, bien plus abondant qu'il ne convient à l'étendue de l'ulcère, n'est point provoqué par des pressions sur les parties environnantes. Quand cette seconde espèce a lieu à la région mastoïdienne, et que l'abcès extérieur se manifeste sur l'apophyse même de ce nom, il survient seulement un écoulement purulent par l'oreille. Dans les cas de cette nature, il est bien rare que la maladie soit bornée à l'os; ordinairement les méninges et même le cerveau sont affectés en même temps: aussi alors la maladie est-elle toujours très-grave.

Aux raisons que nous avons déjà exposées, et pour lesquelles la carie doit être considérée en général comme une maladie fâcheuse, il faut joindre, pour celle qui attaque les os du crâne, les difficultés que présente le traitement, et qui résultent des rapports de ces os avec des organes importants qu'il est essentiel de ne pas léser.

La carie du crâne qui est bornée à la table externe n'offre pas de grandes difficultés; elle pénètre à une profondeur médiocre, et l'application des substances irritantes, des liquides alcooliques, des teintures de myrrhe et d'aloès, des caustiques liquides même, suffit ordinairement pour en arrêter les progrès, ou pour en changer la nature, et l'usage de ces topiques est exempt de tout danger. Mais quand la carie pénètre toute l'épaisseur du crâne, ou quand elle a commencé par la table interne, le traitement est bien plus épineux: la maladie est beaucoup trop étendue alors pour pouvoir espérer quelque utilité des substances médicamenteuses; les caustiques n'ont pas assez d'activité pour pouvoir étendre leur action à toute l'épaisseur des parois du crâne, quand la disposition des choses ne permet de les employer qu'à l'extérieur; et leur action est trop difficile à borner pour qu'on puisse se permettre de les porter sur le siège principal de la maladie, à la faveur d'une perforation du crâne, quand cette circonstance a lieu; enfin, les os transmettent trop facilement le calorique aux corps environnants

pour qu'on puisse faire usage du feu dans le plus grand nombre des cas de cette nature. La carie de l'apophyse mastoïdienne nous paraît presque seule faire une exception à cet égard; la grande distance qui sépare quelquefois les deux tables dans cette partie du crâne pourrait permettre d'y appliquer le cautère actuel; encore faudrait-il que ce fût avec une grande circonspection, et sans jamais laisser séjourner le cautère longtemps de suite; or, le calorique ne pénétrant ainsi jamais à une grande profondeur, il ne pourrait agir que sur les lames superficielles, et n'étendrait presque pas son action sur la table interne, qui, dans le cas supposé, est le siège principal de la maladie.

Toutes les fois que la carie comprend les deux tables des os du crâne, et à plus forte raison lorsqu'elle a commencé par affecter la table interne, la dure-mère est séparée de cette même table, et l'os est, pour ainsi dire, isolé. Cette circonstance est favorable à l'usage des instruments, qui sont alors presque l'unique moyen que l'on puisse mettre en usage. On doit donc employer les rugines, la couronne de trépan, le trépan exfoliatif, le couteau lenticulaire, etc., selon la disposition des choses; multiplier et varier convenablement l'application de ces divers instruments, selon l'exigence du cas. Le but qu'on doit se proposer est de cerner la portion d'os cariée, et de l'emporter le plus exactement qu'il est possible; plusieurs couronnes de trépan, dont on peut disposer l'application à la circonférence de la carie, de manière qu'elles anticipent les unes sur les autres, et dont on emporte les points saillants au moyen du couteau lenticulaire, d'une petite scie ronde, etc., peuvent remplir en partie l'intention qu'on se propose; mais il reste encore une couche plus ou moins épaisse de carie sur le lieu même de la coupe, que l'on doit chercher à détruire ensuite par les topiques, employés avec toute la circonspection convenable. On lira avec fruit l'histoire très-curieuse d'un cas de ce genre, où le célèbre Lapeyronie réussit complètement par un procédé opératoire analogue à celui dont nous venons de donner une idée; cette guérison fait autant d'honneur au courage et à la constance du malade, qu'à l'habileté de l'opérateur (1).

Si, en opérant, on s'apercevait que le contour de la carie fût irrégulier,

(1) *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. 1; mémoire de Quesnay, p. 265.

gulier, et qu'il fût possible de conserver des portions d'os sain qui s'avanceraient comme des espèces de jetées dans l'espace libre qui doit résulter du délabrement qu'on est obligé de faire, il faudrait bien se garder de les sacrifier; elles peuvent servir de points d'appui à la cicatrice, et la rendre beaucoup plus prompte et beaucoup moins difforme. Cette considération serait surtout d'une grande importance s'il s'agissait d'une partie apparente du crâne, comme le front.

Après la destruction d'une carie aussi étendue, si l'on est assez heureux pour que des efforts aussi pénibles soient suivis de succès, il reste encore une altération plus ou moins grave des méninges, qui peut exiger des soins particuliers. Si les bourgeons charnus qui se développent sur la dure-mère et qui doivent servir de base à la cicatrice sont mollasses et fongueux, comme cela est assez ordinaire, même dans les cas les plus favorables, on les excitera par des ablutions légèrement stimulantes, avec l'eau de chaux, l'eau de Balaruc, etc.

§ 2. — De la carie des vertèbres.

C'est une des maladies qu'il importe le plus de connaître, parce qu'elle se rencontre fréquemment dans la pratique, et que les suites en sont ordinairement fâcheuses.

Elle offre deux variétés bien remarquables par la différence de leurs effets, et peut-être de leur nature : dans l'une, la carie est superficielle, elle paraît n'attaquer que la surface du corps d'une ou de plusieurs vertèbres, le reste de cette même partie de l'os ayant conservé sa consistance et sa forme naturelles; dans l'autre, la totalité du corps d'une ou de plusieurs vertèbres est d'abord ramollie, gonflée, le changement de consistance de cette partie de l'os la rend incapable de supporter le poids des parties situées au-dessus; il se fait un affaissement; l'épine se déforme; il survient une courbure angulaire de la colonne vertébrale en devant, une gibbosité en arrière; et la moelle épinière gênée, n'exerçant plus la même influence sur les parties situées au-dessous du point affecté, celles-ci sont frappées de faiblesse et quelquefois même de paralysie. Cette dernière est connue aujourd'hui sous le nom de *mal vertébral de Pott*, du nom de cet auteur anglais, qui le premier en a donné une description fort exacte, sous le nom d'*espèce particulière de paralysie des extrémités inférieures*. Dans le premier cas, et quelquefois dans le second, la ma-

tière purulente qui se forme autour de la partie affectée fuse dans le tissu cellulaire des parties environnantes, et va former au loin des collections purulentes, que nous avons déjà décrites sous le nom d'*abcès par congestion*.

C'est presque toujours le corps des vertèbres qui est affecté de carie; cette partie présente, comme on le sait, dans sa structure, les conditions des os courts et des extrémités des os longs. Quelquefois cependant l'extrémité des apophyses transverses, qui offre assez d'épaisseur et une structure en grande partie spongieuse est affectée de la même maladie; mais il est rare que la lame postérieure et l'apophyse épineuse en soient atteintes. Ces derniers cas n'offrant rien qui ne se rapporte à ce qui a déjà été dit sur la carie en général, il ne sera question ici que de la carie du corps des vertèbres, comme présentant des vues particulières relatives au diagnostic et au traitement.

La carie du corps des vertèbres, surtout celle qui en intéresse toute l'épaisseur et qui est accompagnée de la paralysie des extrémités inférieures, affecte communément les jeunes sujets à l'époque de la vie où se déclarent le plus ordinairement les symptômes du vice scrofuleux, dont elle est souvent la suite. Elle survient encore assez fréquemment chez les adolescents, et, dans ce dernier cas, elle est surtout la suite des excès de la masturbation, comme nous l'avons annoncé. Elle s'observe rarement chez les adultes, et plus rarement encore chez les vieillards.

On ne saurait se faire une idée de la fréquence de la cause que nous venons d'indiquer, et de laquelle dépend presque toujours cette maladie chez les sujets adolescents; elle produit les mêmes effets chez les enfants, où la carie du corps des vertèbres est cependant bien plus souvent occasionnée par le vice scrofuleux. Après ces deux causes, la plus fréquente est la diathèse rhumatique, qui donne lieu à la carie superficielle, et le plus souvent chez les adultes. Fréquemment on indique une chute, une contusion, une distension de l'épine, comme la cause de la carie des vertèbres; mais il est vraisemblable que ce ne sont là que des événements fortuits qui coïncident avec le développement de la maladie, et qui peuvent tout au plus être regardés comme des causes occasionnelles ou déterminantes.

Quand la carie est superficielle, il survient une douleur fixe, profonde, mais médiocre; l'appareil ligamenteux qui couvre la surface antérieure de la colonne épinière se sépare dans une plus ou moins

grande étendue; dans l'espace qui résulte de cette séparation, il se forme une collection purulente, et l'on ne tarde pas à voir paraître tous les phénomènes qui caractérisent les dépôts par congestion. Nous avons assez développé dans son lieu tout ce qui est relatif à ce dernier sujet, pour que nous n'entrions pas ici dans de plus longs détails.

Lorsque la carie du corps des vertèbres doit affecter profondément le tissu spongieux de ces os, le premier effet qui résulte de la maladie est le ramollissement de cette substance et son affaissement sous le poids des parties supérieures, quelquefois même avant qu'il se manifeste aucune douleur: de là, la courbure angulaire de la colonne épinière en devant, le redressement et la saillie extérieure de l'apophyse épineuse d'une ou de plusieurs vertèbres, et quelques apparences extérieures analogues à celles de la gibbosité proprement dite, dont cette maladie diffère cependant essentiellement. Ce n'est guère que lorsqu'il s'est déjà manifesté une légère déformation de l'épine qu'il survient quelques douleurs au lieu même de l'affection; encore quelquefois observe-t-on auparavant des pincements dans les cuisses, de la faiblesse dans les extrémités inférieures, de la gêne à la région de l'estomac, et au bas de la poitrine un sentiment de constriction qui rend la respiration pénible. Les douleurs, quand elles sont déclarées, sont toujours médiocres, et n'augmentent pas par la pression de la partie saillante de l'épine. Cependant la déformation augmente, la partie supérieure du tronc est déjetée de plus en plus en avant, et le coucher, la station, la marche, etc., deviennent remarquables et caractéristiques; le décubitus a lieu de plus en plus sur les côtés; dans la station, les jambes sont légèrement fléchies, le col fortement étendu, et la face tournée en haut, en sorte que la nuque repose entre les épaules, que ces dernières paraissent plus élevées et la région cervicale plus courte; ces derniers phénomènes sont remarquables surtout quand la déformation de l'épine occupe la partie supérieure du dos. Dans la progression, les extrémités inférieures se déplacent suivant des lignes plus rapprochées, en sorte que le corps est moins ballotté de l'une à l'autre; les mouvements s'opèrent avec lenteur et précaution; le tronc n'est point équilibré par le balancement alternatif des extrémités supérieures, ces membres restent parallèles au tronc; à une époque plus avancée et lorsque la déformation est plus considérable, le malade appuie les mains sur le haut des cuisses, en sorte

que les extrémités supérieures prêtent un point d'appui à la partie supérieure du tronc, et le soutiennent en devant. Les malades évitent les occasions d'augmenter la flexion du tronc en avant; pour s'asseoir ils appuient les deux mains sur les cuisses, et la flexion a lieu seulement dans les articulations iléo-fémorales; pour ramasser quelque chose à terre, ils écartent les extrémités inférieures, fléchissent les jambes et les cuisses, soutiennent le haut du tronc en appuyant une main sur la face antérieure de la cuisse correspondante, et saisissent l'objet de l'autre à côté d'eux ou entre leurs genoux, mais jamais devant eux. La faiblesse des extrémités inférieures augmente, leur élévation alternative dans la progression n'a lieu que d'une manière incomplète, la pointe du pied reste basse, les malades bronchent et tombent sans qu'il y ait des obstacles sous leurs pas, les jambes se croisent et s'embarrassent en marchant; bientôt ils ne peuvent se soutenir debout sans un secours étranger; enfin, la marche et la station deviennent impossibles. Quelquefois encore à cette époque, malgré la profonde altération du tissu des os, qui a fait perdre à la colonne épinière une partie de sa longueur, sa continuité n'est pas rompue; c'est du moins ce qui est rendu extrêmement probable, ou pourrait même dire démontré, par le succès des moyens propres à arrêter les progrès de la maladie. Ils seraient certainement inutiles si déjà la suppuration avait lieu, et si la destruction du corps des vertèbres affectées était consommée. Cependant nous n'avons jamais eu occasion de nous assurer de l'état des choses par l'autopsie, et de vérifier ce que devient alors la substance des os malades. Nous ne pouvons pas dire non plus quel est l'état de la moelle épinière et de ses enveloppes; mais il est très-probable que, fléchie brusquement dans le point de la courbure angulaire de l'épine, elle est gênée tout à la fois et par le tiraillement qu'elle éprouve, et par l'engorgement du tissu cellulaire qui l'entoure, mais surtout par cette dernière cause, puisqu'il est possible de rétablir les mouvements des parties inférieures sans rendre à l'épine sa conformation naturelle, ce qui serait absolument impossible si la paraplégie dépendait uniquement de la difformité. Mais plus tard la suppuration survient, la destruction s'étend jusqu'aux moindres vestiges des portions d'os malade, la congestion purulente se fait au devant de la colonne vertébrale, sous l'appareil ligamenteux antérieur, que l'inflammation lente confond avec le tissu cellulaire environnant; elle se déplace quelquefois dans l'ordre déjà indiqué, et se montre à