

il sort, et va se promener tous les jours dans le jardin du Luxembourg. Un mois après, la marche était entièrement rétablie.

Au moment où j'écris cette observation (mars 1810), le malade porte encore ses quatre cautères; la difformité est la même que lorsque je l'ai vu pour la première fois; mais ce jeune homme a pris de l'accroissement; les déjections sont très-libres; la marche est ferme et bien assurée. Il reste encore quelques douleurs légères et passagères dans les côtés (a).

(a) — Boyer, en parlant de la carie superficielle et profonde des vertèbres, ne dit rien de spécial sur cette maladie quand elle attaque les vertèbres de la région cervicale; elle mérite cependant une attention toute particulière sous le rapport de son siège et sous celui de la difficulté de son diagnostic.

Le siège de cette affection peut être dans les deux premières vertèbres du cou ou dans les cinq dernières. On conçoit sans peine les différences qui doivent exister à cet égard relativement aux conséquences de la maladie. La grande dissemblance qui existe entre la forme des deux premières vertèbres cervicales et les cinq dernières explique ces différences. La première vertèbre ou atlas forme un anneau composé de deux parties rétrécies, une antérieure et une postérieure que l'on désigne sous le nom d'arcs antérieur et postérieur, et de deux parties latérales épaisses que l'on nomme masses latérales. L'arc postérieur n'offre aucune articulation; mais l'arc antérieur présente sur sa face postérieure une articulation avec l'apophyse odontoïde de la seconde vertèbre, et les masses latérales offrent sur leurs faces supérieures et inférieures des articulations avec l'occipital et la seconde vertèbre. La seconde vertèbre, qui a une grande analogie de forme avec les cinq dernières, présente sur la face supérieure de son corps une éminence que l'on nomme apophyse odontoïde, qui s'articule avec la face postérieure de l'arc antérieur de l'axis et est maintenue en place par un ligament transversal. Ses apophyses articulaires supérieures s'articulent avec la face inférieure des masses latérales de la première vertèbre. Il résulte de ces dispositions que, lorsque les surfaces articulaires sont atteintes de tumeurs blanches et que les arcs de la première vertèbre ou l'apophyse odontoïde sont attaqués d'ostéite, des phénomènes beaucoup plus graves, et souvent mortels instantanément.

sont la conséquence de la maladie, à cause de la compression de la partie supérieure de la moelle épinière. Quand le siège de l'ostéite est dans les cinq dernières vertèbres, les phénomènes sont les mêmes que si la maladie a son siège dans le corps des vertèbres dorsales ou lombaires; le diagnostic est seulement plus difficile. Je vais étudier successivement l'ostéite de ces diverses vertèbres.

*Ostéite des cinq dernières vertèbres cervicales.* — Elle est superficielle ou profonde; elle siège au corps ou dans les autres parties des vertèbres. Toutes les fois qu'elle est superficielle dans le corps d'une ou de plusieurs vertèbres, et toutes les fois qu'elle siège dans les apophyses épineuses transverses ou articulaires, ou dans les lames, elle occasionne les phénomènes généraux et locaux de l'ostéite avec nécrose, ou, si l'on aime mieux, de la carie; elle donne lieu aux abcès froids et par congestion, et plus tard elle fait périr le malade. Quand elle a son siège dans le corps des vertèbres, ou quand des tubercules s'y sont développés et y ont creusé des cavernes qui cèdent au poids des parties supérieures, les phénomènes sont semblables à ceux des mêmes maladies dans le corps des vertèbres dorsales ou lombaires; nous ne trouvons des différences que dans quelques symptômes. Les douleurs, qui dépendent de la compression de la moelle épinière et qui se font sentir dans les parties sous-jacentes auxquelles se rendent les nerfs, ne se manifestent pas ici dans les membres inférieurs, mais dans les supérieurs. Lorsque la maladie commence, indépendamment des douleurs locales, les malades éprouvent des douleurs vagues dans les membres supérieurs; ils ressentent une espèce de pesanteur qui gêne les mouvements des bras et qui fait paraître ceux-ci plus lourds que dans l'état sain; leurs mouvements sont gênés et maladroits. Indépendamment de ces symptômes, ils ressentent des picotements, des fourmillements et des espèces de pincements dans les bras. Ces accidents, qui coïncident avec les douleurs profondes de la région cervicale, ne sont souvent suivis d'aucune déformation dans cette région; il faut une très-forte pression pour que l'on puisse reconnaître le siège du mal, parce que, la portion cervicale de la colonne vertébrale étant convexe en avant et concave en arrière, les apophyses épineuses sont loin de la peau, surtout dans la partie supérieure du cou. Cependant l'on trouve déjà à cette époque une saillie peu prononcée des apophyses épineuses qui permet de diagnostiquer la maladie. Les mouvements du cou sont gênés, et il faut bien faire

attention à ce symptôme que l'on prend souvent pour une affection rhumatismale. La gêne est surtout prononcée quand le malade veut baisser ou redresser la tête, parce que ce mouvement s'exécute par une action simultanée de toutes les vertèbres, et que celles qui sont malades y participant, elles occasionnent de la douleur. Mais le mouvement de rotation de la tête n'est pas douloureux tant qu'il est peu étendu, parce qu'il se passe dans l'articulation de la tête avec la première vertèbre et dans celle de cette première vertèbre avec la seconde; ce mouvement ne devient douloureux que lorsqu'il est porté loin, parce qu'alors les cinq dernières vertèbres cervicales concourent à sa production. Lorsque la maladie fait des progrès, l'apophyse épineuse de la vertèbre la plus malade devient saillante, et il est facile d'établir le diagnostic. A cette époque de la maladie la tête, fortement penchée en avant tant à cause de l'affaissement du corps des vertèbres qu'à cause de son poids qui la fait incliner dans ce sens, ne peut plus être relevée par l'action de ses muscles, ce qui donne à la physionomie un aspect tout particulier, surtout quand les malades veulent regarder devant eux directement. Il se passe alors un mouvement dans les parties dorsale et lombaire de la colonne vertébrale, mouvement en vertu duquel toute la partie supérieure du corps est portée en arrière, et le malade tourne en même temps ses yeux en haut, afin de pouvoir les placer en face de l'objet qu'il veut apercevoir. Dans cette affection, comme dans celle des vertèbres dorsales et lombaires, les membres inférieurs sont privés en partie de la facilité de leurs mouvements, mais n'arrivent à la paralysie complète que dans les derniers degrés de la maladie.

2° *Ostéite des deux premières vertèbres cervicales.* — Il est difficile de décrire séparément les effets de l'ostéite ou des tubercules des deux premières vertèbres cervicales, parce que, les mouvements de la tête sur la colonne vertébrale se passant également dans ces deux vertèbres, les symptômes sont les mêmes, et parce que l'influence des effets de la maladie sur la moelle épinière est semblable. Lorsque l'affection commence, on peut penser, comme dans le cas précédent, qu'un rhumatisme ou qu'un refroidissement donne lieu aux symptômes en quelque sorte précurseurs de l'ostéite. Cependant pour peu qu'on ait l'habitude de voir des maladies de ce genre, on reconnaît assez aisément la nature du mal. Quelquefois des mouvements violents et involontaires de la tête, soit dans des chutes, soit dans le

transport de fardeaux pesants sur la tête, peuvent produire une espèce d'entorse qui est le prodrome de l'ostéite et qui lui donne lieu si elle n'est pas convenablement combattue. Les premiers symptômes ont de l'analogie avec ceux de l'ostéite des cinq dernières vertèbres, parce qu'ils consistent dans une gêne plus ou moins prononcée des mouvements du cou et des membres supérieurs; mais bientôt ils changent de nature et deviennent caractéristiques. Le cou ne se courbe pas en avant autant que dans l'affection précédente, à moins que le corps de la deuxième vertèbre ne soit malade, et cependant jamais la saillie de l'apophyse épineuse n'est aussi prononcée. La tête semble se tasser dans le cou; celui-ci perd sa forme, surtout à sa partie supérieure, et devient totalement rond; on dirait que l'espace compris entre les condyles de l'occipital et la troisième ou la quatrième vertèbre cervicale a diminué. Les mouvements d'abaissement et de renversement en arrière de la tête sont possibles et s'exécutent avec une certaine facilité; ceux de rotation, au contraire, ne peuvent être faits. La raison de ce phénomène est très-simple, comme je l'ai déjà fait observer. Le mouvement de rotation se passe dans l'articulation de l'occipital avec la première vertèbre et dans celle de cette vertèbre avec la seconde, tandis que les mouvements d'abaissement et de renversement en arrière se passent dans les articulations des cinq dernières vertèbres: or, comme les deux premières vertèbres sont seules malades, le mouvement de rotation est impossible; et, au contraire, comme les cinq dernières vertèbres sont saines, le mouvement en avant et en arrière est possible; seulement il est très-borné, parce que les parties malades sont nécessairement tiraillées pendant qu'il s'exécute. Cette différence dans les mouvements du cou est un signe diagnostique très-bon et très-certain. Quand le malade veut tourner la tête, il fait un mouvement qui se passe entièrement dans la portion dorsale de la colonne vertébrale; il tourne le corps, il tourne les épaules, mais il ne tourne pas la tête. L'inclinaison de la tête en avant est moins prononcée que dans la maladie précédente; et comme les mouvements en avant et en arrière sont moins gênés, le malade peut relever la tête un peu plus aisément: cependant il lui reste quelques traits de cette physionomie singulière que j'ai dit exister dans l'ostéite et les tubercules des cinq dernières vertèbres cervicales. Mais ce qui sert surtout à différencier ces deux affections et à les faire distinguer, c'est le tassement de la tête dans le cou pour la maladie des deux premières ver-

tèbres sans courbure de la région cervicale ni saillie des apophyses épineuses, et c'est cette courbure et cette saillie pour la maladie des cinq dernières vertèbres sans tassement du cou. Les mouvements du tronc sont très-difficiles, parce que, dans leur exécution, la tête éprouve elle-même quelques mouvements. Si le malade est couché, il ne peut se relever qu'avec grande peine, parce que, les contractions successives des différents muscles fléchisseurs du tronc se continuant jusqu'aux muscles sterno-mastoïdiens, le malade éprouve de vives douleurs au moment où ceux-ci relèvent la tête devenue immobile par suite de l'affection des os, de sorte qu'il faut aider le malade pour que ce mouvement puisse s'exécuter d'une seule pièce. C'est surtout quand la maladie a fait des progrès qu'on observe ces phénomènes, parce que souvent alors la tête est devenue très-mobile, et qu'ainsi le moindre mouvement agit sur la moelle épinière. A mesure que la maladie augmente, la gêne des mouvements des bras devient plus grande. Il est très-remarquable que le degré de cette gêne est toujours en rapport avec le degré des désordres consécutifs à l'altération des os, et que le même rapport n'existe pas pour les membres inférieurs. On pourrait penser qu'il n'en est pas ainsi, et que la compression ou les altérations concomitantes de la moelle épinière étant situées très-haut, toute la partie sous-jacente doit participer au même degré aux conséquences de ces accidents. Mais l'observation a prouvé que la partie de la moelle épinière correspondante à la portion malade de la colonne vertébrale est aussi le siège principal du mal; que les parties du corps qui reçoivent leurs nerfs de cette portion de moelle épinière sont spécialement affectées, et que les parties sous-jacentes ne sont pas malades dans la même proportion. Ainsi, les bras sont déjà paralysés par les progrès du mal, que les jambes ne le sont pas encore. Il faut que l'altération soit parvenue à un degré plus avancé pour que les jambes, la vessie et le rectum soient paralysés; et c'est dans un degré encore plus avancé que l'on voit survenir la paralysie des organes thoraciques, paralysie qui produit promptement la mort. Les mêmes phénomènes sont observés dans l'ostéite et l'affection tuberculeuse des cinq dernières vertèbres cervicales. La paralysie peut avoir lieu dans le mouvement et le sentiment dès le principe; elle peut n'être que de l'un ou de l'autre; mais il arrive toujours un moment où elle s'étend aux deux; quelquefois il n'y a pas paraplégie, mais hémiplégie. Ces différences dépendent du siège de la maladie des os et

de celui de la compression de la moelle épinière. Il est difficile d'exposer d'une manière claire et précise les divers symptômes qui accompagnent cette affection des deux premières vertèbres cervicales, parce que l'on conçoit sans peine qu'ils doivent varier en raison des déplacements qu'ils produisent dans les os; d'ailleurs, ces symptômes ne sont pas toujours en rapport direct avec le lieu de la lésion. Ainsi, l'on a vu la tête inclinée à gauche dans un cas où la masse latérale droite de l'atlas était détruite. Ce phénomène, entièrement contraire à tout ce que l'on observe généralement, dépendait-il de la destruction des moyens d'union des vertèbres qui alors ont été entraînés du côté sain? Je crois donc qu'il ne faut pas tant s'occuper de ces différentes variétés des symptômes que des symptômes réels que j'ai exposés plus haut.

Lorsque la maladie dure depuis un temps plus ou moins long, sans avoir fait naître cette paralysie progressive, dont j'ai parlé, on voit quelquefois celle-ci se manifester subitement: c'est lorsque la maladie de l'os l'ayant pour ainsi dire rongé intérieurement, il cède tout à coup à la pression des parties supérieures: alors la moelle épinière se trouvant comprimée subitement, ses fonctions sont suspendues à l'instant même. Lorsque cette paralysie existe déjà par suite des affections concomitantes de la moelle épinière, il arrive souvent que, dans un mouvement, volontaire ou involontaire, le malade meurt subitement. Ce phénomène se manifeste quand les moyens d'union des vertèbres, et principalement ceux de l'apophyse odontoïde, sont détruits: Les changements brusques qui se passent dans les os interrompent instantanément les fonctions de la moelle épinière, et alors les parties sous-jacentes nécessaires à la vie, qui sont le cœur et les poumons, cessent leurs fonctions, et la mort a lieu. Quelle que soit la marche des accidents qui résultent de la compression de la moelle épinière, c'est toujours par asphyxie que meurent les malades, c'est-à-dire que c'est toujours par l'interruption des fonctions du cœur et des poumons, interruption qui est la conséquence de celle des fonctions de la moelle épinière, que survient l'asphyxie, et, par suite, la mort.

On a pensé qu'indépendamment des prodromes que j'ai indiqués, il en existait d'autres dans les fonctions de la déglutition, et que la difficulté de celle-ci était un des phénomènes les plus constants; mais en avançant cette proposition, on n'a pas spécifié d'une manière positive le siège de la lésion, de sorte que je ne pense pas qu'on doive

faire une règle générale de ce symptôme. Si le siège du mal est dans l'arc antérieur de la première vertèbre ou dans le corps de la seconde, il est probable que, l'inflammation se propageant aux parties molles qui se trouvent au devant de la colonne vertébrale, il surviendra de la gêne dans la déglutition, à cause du rapport de ces parties avec les muscles et la membrane muqueuse du pharynx, et ces accidents se manifesteront dès que la maladie commencera. Mais si l'inflammation attaque d'abord l'arc postérieur ou les masses latérales, il est probable qu'il n'en sera pas de même. Au surplus, on peut expliquer l'existence constante de ce symptôme par les observations rapportées, parce que presque toutes parlent d'une affection de l'arc antérieur de la première vertèbre et de l'apophyse odontoïde.

L'anatomie pathologique de l'ostéite et des tubercules des deux premières vertèbres cervicales nous montre la nécrose et les cavernes tuberculeuses que les pathologistes ont confondues sous le nom de carie; elle nous fait voir des tumeurs blanches des diverses articulations qui unissent l'occipital avec la première vertèbre, et celle-ci avec la seconde: on voit, d'après cela, que nous retrouvons ici toutes les maladies des autres os, présentant des symptômes communs qui dépendent de la nature des fonctions des vertèbres, et nullement de la nature de la maladie. Cette proposition est tellement vraie, que l'on observe rarement les phénomènes qui résultent directement de la maladie même de l'os, les abcès par congestion, parce que les accidents qui surviennent du côté de la moelle épinière sont mortels avant que les foyers purulents aient eu le temps de se former.

### § 3. — De la carie du sternum.

Cet os réunit au plus haut degré les conditions favorables au développement de la carie: sa structure est toute spongieuse; les lames de sa substance sont même placées à une assez grande distance les unes des autres, en sorte qu'il est formé d'un véritable tissu aréolaire osseux, dont les mailles, tapissées par une membrane déliée, sont abreuvées par le suc médullaire. Aussi les causes qui produisent ordinairement la carie agissent-elles assez souvent sur cet os: il n'est pas rare que le vice scrofuleux y exerce son action; on sait qu'un symptôme assez fréquent de la vérole ancienne, c'est une exostose, ou une périostose du sternum, précédée de douleurs aiguës et nocturnes

dans cette région, et suivies de carie. L'ouverture d'un abcès critique qui termine une maladie aiguë découvre quelquefois une altération de cet os. La contusion violente du sternum et sa fracture ayant été suivies quelquefois de carie, on les a mises au nombre des causes de cette affection; mais un examen attentif des faits de cette nature rend très-probable qu'alors il existait une complication cachée, que les circonstances n'ont pas permis de constater suffisamment. Du reste, les altérations de cet os, si l'on y réfléchit sérieusement, sont du nombre de celles qui font le plus vivement désirer des observations exactes sur les phénomènes de la suppuration simple du tissu spongieux des os; genre d'altération que nous ne pensons pas qu'on puisse confondre avec la carie proprement dite.

La carie scrofuleuse du sternum s'observe surtout chez les enfants ou chez les jeunes sujets, et tantôt elle procède par la surface superficielle de l'os, tantôt elle commence, au contraire, par sa face profonde; quelquefois elle est compliquée en même temps de tubercules ou de foyers scrofuleux dans l'épaisseur du médiastin, ou même d'altérations semblables, développées dans l'intérieur des poumons. Quand la carie du sternum est amenée par le virus vénérien, elle commence toujours par la surface antérieure de l'os, et s'étend ensuite plus ou moins profondément.

Non-seulement la carie peut affecter diversement cet os par l'une ou l'autre de ses faces, et s'étendre plus ou moins dans son épaisseur et dans sa largeur, mais encore elle peut comprendre la plus grande partie de son étendue, sa presque totalité, et s'étendre même aux cartilages des côtes qui s'articulent immédiatement avec lui. Dans tous ces cas, où la maladie a une grande étendue, les parties molles qui couvrent la face postérieure de cet os s'en séparent, les plèvres sont portées à une certaine distance, s'épaississent par l'inflammation, acquièrent même quelquefois, avec le temps, la solidité des cartilages ou même des os, et forment ainsi une sorte de plastron dont la solidité remplace le sternum dans ses fonctions. De cette disposition il résulte, derrière l'os malade, une cavité dont une paroi est formée par ce dernier, tandis que la paroi opposée est formée par les plèvres et le médiastin réunis, épaissis, rendus plus compactes, et dont la circonférence est adhérente aux limites de la carie, en sorte que, malgré les apparences, il n'y a aucune communication avec la cavité des plèvres, et que le pus, qui séjourne le plus souvent derrière l'os affecté, n'est

en contact ni avec les poumons, ni avec tout autre organe contenu dans la poitrine.

Cependant il arrive quelquefois qu'en même temps que l'os est atteint de carie, l'une ou l'autre plèvre, ou toutes les deux ensemble, quelquefois même le péricarde, sont frappés de mortification ou seulement ulcérés, et que ces membranes sont détruites dans une certaine étendue. Dans les cas de cette nature, qui sont fort rares, mais dont on a des exemples, le cœur peut être mis à nu, et ses mouvements peuvent être observés. Mais même alors les membranes altérées ont contracté une adhérence solide dans le point où la destruction qu'elles ont subie s'est arrêtée; en sorte que, confondues là avec les parties molles voisines, dont l'inflammation a augmenté l'épaisseur, adhérentes d'ailleurs avec les parois de la poitrine dans le point qui forme les limites de la carie, elles contribuent, pour leur part, à fermer la communication qui aurait lieu avec la cavité de la poitrine sans une pareille disposition. Ainsi, la cavité du péricarde peut communiquer quelquefois avec celle d'où résulte, en quelque sorte, l'isolement du sternum, et par conséquent avec l'extérieur; mais jamais celle des plèvres qui se trouve toujours fermée par les adhérences inflammatoires.

Dans la carie du sternum, surtout quand elle est profonde et qu'elle a commencé par la face postérieure de l'os, aux signes ordinaires de cette affection, il faut joindre ceux qui indiquent le séjour du pus derrière l'os malade: une sonde pénètre profondément par les fistules qui l'entourent; le changement de situation et les efforts d'expiration donnent lieu à l'issue d'une plus ou moins grande quantité de matière purulente. Mais il est surtout essentiel, dans ce cas, de s'assurer si la carie est simple, ou si elle est compliquée d'une affection des poumons: les symptômes ordinaires de la diathèse scrofuleuse, un sentiment de gêne et d'oppression qui fait choisir une position déterminée dans le décubitus, la toux, l'expectoration, etc., méritent une attention particulière dans ces circonstances.

Quand la carie est compliquée, ainsi que nous venons de l'exposer, elle constitue une maladie très-grave, et dont il n'est guère au pouvoir de l'art d'arrêter les progrès. Mais quand elle est bornée à l'os lui-même, elle est susceptible de guérison par les procédés chirurgicaux. Quelques faits prouvent que, même sans que l'art ait pris soin de la destruction des causes, quand ces dernières en étaient susceptibles, la nature a guéri des caries étendues du sternum; mais ce qui

est bien remarquable, c'est par une sorte d'exfoliation parcellaire, ou plutôt par la destruction de toute la portion d'os malade, qui s'est détachée peu à peu et par parcelles très-petites. Du reste, les exemples de cette sorte de guérison spontanée sont très-rares.

Quand la maladie n'est pas fort étendue, et qu'elle se borne à la face antérieure de l'os, les applications excitantes dont nous avons parlé peuvent suffire. Dans des cas plus graves, on peut employer la ruginé ou tout autre moyen analogue, dans la vue de détruire d'abord la plus grande partie de la carie, et de passer ensuite à l'application des topiques; mais on ne doit employer les caustiques liquides qu'avec la plus grande réserve, à raison de la structure spongieuse et très-raréfiée de l'os, et de la difficulté d'empêcher ces moyens de s'étendre bien au delà de ce qui est nécessaire. D'un autre côté, si la carie ne pénètre pas dans toute l'épaisseur de l'os, il n'est point isolé; il est continu postérieurement avec les parties molles environnantes; disposition qui rendrait périlleuse l'application du feu, à cause de la transmission du calorique.

Dans les cas où la carie pénètre toute l'épaisseur du sternum, quelle que soit son étendue en largeur, on peut l'attaquer et la détruire par les procédés chirurgicaux: en effet, dans ces cas, ainsi que nous l'avons démontré, l'os est isolé: partout où la maladie s'est étendue, les parties molles se sont éloignées, et, à la faveur de ces changements, on peut porter les instruments partout où il est nécessaire, sans s'exposer à compromettre des organes importants. Ainsi, lorsque la maladie se borne à une portion de la longueur de l'os, on peut l'enlever en grande partie au moyen d'une ou deux applications de la couronne du trépan, et en emportant les languettes intermédiaires avec le contour lenticulaire. Le danger d'intéresser, dans ce cas, l'artère mammaire est nul; ce vaisseau se trouve compris dans l'épaisseur des parties molles sous-jacentes, et par conséquent éloigné comme elles de la face postérieure de l'os. D'ailleurs, quand cette artère serait intéressée, l'opération dans laquelle cet accident arriverait la mettant à découvert, il serait très-facile de la lier. Au reste, dans les opérations de cette nature, à moins que la peau ne soit fort amincie ou désorganisée, on doit, en découvrant l'os affecté, opérer de manière à conserver les téguments, dont les lambeaux renversés ne sauraient embarrasser durant le reste de l'opération et pendant le traitement, et peuvent beaucoup abrégier la durée de ce dernier.

Après avoir emporté la plus grande partie de la carie du sternum, on peut faire sur les coupes de l'os, si elles ne sont pas entièrement saines, les applications convenables. Lorsque la maladie aura été ainsi complètement détruite, on travaillera à favoriser la formation de la cicatrice : elle aura lieu en partie par les bourgeons charnus venant du fond ou plancher formé par l'épaississement des plèvres ou du médiastin ; en partie par les bourgeons charnus développés sur les parties molles extérieures, et surtout par le remplacement des lambeaux de téguments, s'il a été possible de les ménager.

Il est des cas où une cicatrice complète est absolument impossible à obtenir, c'est ce qui doit arriver dans ceux où le péricarde a subi une déperdition de substance assez étendue ; le rapprochement des bords de l'ouverture de ce sac est impossible, et les mouvements continuels du cœur ne permettent pas à la surface de cet organe de devenir la base de la cicatrice, comme la plèvre pulmonaire peut faire les principaux frais de la consolidation dans les ulcérations des parois de la poitrine avec perte de substance. Tel était le cas du jeune gentilhomme dont Harvey a conservé l'histoire. Dans des cas de cette nature, après la destruction totale de la carie, la guérison ne doit pas moins être considérée comme complète, lorsque les bords de la plaie sont cicatrisés chacun séparément ; il ne reste plus qu'à adapter à l'ouverture fistuleuse un obturateur qui supplée les parois de la poitrine.

Enfin, lorsque le vice scrofuleux a produit non-seulement la carie du sternum, mais encore des tubercules et des foyers de suppuration dans les poumons, il n'y a point de procédé chirurgical qui puisse changer, d'une manière avantageuse, cette disposition. Les secours les plus utiles de l'art se réduisent à favoriser le libre écoulement du pus, et à prévenir son séjour : encore faut-il plutôt considérer attentivement la grandeur présumable des foyers, et le danger de les exposer à un accès trop libre de l'air atmosphérique. S'il s'écoule une grande quantité de pus, mais d'une manière successive et lente ; si l'introduction d'une sonde recourbée fait reconnaître une cavité fort étendue, surtout vers le bas du sternum ; si des frissons vagues dans le jour, le dévoiement parfois, donnent lieu d'appréhender l'absorption de la matière purulente, on pourra découvrir l'os dans le point qui correspond à la partie la plus déclive de la cavité intérieure, et y appliquer une couronne de trépan. Mais il serait encore plus utile,

dans ce cas, qu'il survint un abcès vers l'un des côtés de l'appendice xiphoïde ; s'il s'annonçait, il faudrait attendre sa maturation, et abandonner tout autre projet, car un sinus ainsi prolongé et étroit serait bien plus utile et moins dangereux qu'une ouverture faite par le trépan.

Nous allons terminer cet article par deux observations très-propres à enhardir les chirurgiens instruits à entreprendre l'opération convenable dans les cas de carie du sternum fort étendue, mais simple. L'une a déjà été citée avec les éloges que son auteur mérite : elle est due à Galien, et n'est pas moins remarquable par la gravité du cas que par l'assurance avec laquelle ce médecin célèbre entreprit le traitement, dans un temps et dans un pays où les procédés chirurgicaux étaient fort peu connus : c'était vraiment alors un trait d'audace ; l'autre nous est propre, et nous a paru digne d'être conservée, à cause de sa conformité avec la première, et comme propre à dissiper les craintes que pourrait inspirer une opération en apparence périlleuse, et qui dans le fond est assez simple.

Un jeune homme s'exerçant à la lutte reçut un coup au sternum, dont les suites furent d'abord négligées. Au bout de quatre mois, il survint un abcès qui s'ouvrit et se cicatrisa assez facilement. Une nouvelle tumeur parut quelque temps après : elle s'abcéda, s'ouvrit lentement, et l'ouverture resta fistuleuse. Le maître du malade appela en consultation plusieurs médecins, au nombre desquels se trouva Galien. On convint généralement que le sternum était carié ; mais on n'osait pas entreprendre d'enlever la carie, dans la crainte de pénétrer dans la cavité de la poitrine et d'intéresser quelques-unes des parties qui y sont contenues. Galien assura que la chose était possible, et promit de l'exécuter, ajoutant d'ailleurs que le succès dépendrait de l'état dans lequel se trouveraient les organes situés au-dessous de la carie. Il découvrit en effet cette dernière, et fut fort satisfait de voir qu'elle ne s'étendait pas jusqu'au point que les artères et les veines parcourent sous le sternum. Cependant, après avoir enlevé la portion d'os malade, il trouva le péricarde altéré et le cœur à nu. Cette circonstance lui fit augurer défavorablement des suites de son opération ; néanmoins le malade guérit complètement (1).

(1) L'analyse de cette observation pourrait fournir des réflexions curieuses ; on pourrait révoquer en doute, par exemple, que Galien

M. \*\*\* éprouva, à la suite d'une maladie aiguë, des douleurs à la région du sternum; elles furent suivies de la formation de plusieurs abcès dont les ouvertures devinrent fistuleuses, et qui découvrirent une carie du sternum fort étendue. Il était dans cet état depuis plusieurs années, lorsqu'il se confia à mes soins. L'étendue de la maladie avait intimidé ceux qui l'avaient vu jusque-là. Ma jeunesse, le peu de risque que pouvait courir ma réputation, l'exemple de Galien, m'encouragèrent. Le malade était jeune et robuste; il désirait vivement d'être délivré d'une maladie aussi incommode. Plusieurs fistules étaient disséminées autour des bords du sternum, et particulièrement vers sa partie moyenne et son côté gauche. La sonde pénétrait à une grande profondeur, faisait reconnaître l'isolement de l'os d'avec les parties molles sous-jacentes, et l'altération de trois cartilages des côtes vertébro-sternales du côté gauche. Le malade étant couché horizontalement, je découvris, par une incision cruciale dont je renversai les lambeaux, toute la portion altérée du sternum; je cernai et je détachai plus du tiers moyen de cet os, en me servant du ciseau et de petites scies; je coupai ensuite avec le couteau lenticulaire les cartilages altérés qui se trouvèrent dénudés à plus de deux pouces de leur articulation, et j'enlevai le tout. Je mis ainsi à découvert un vaste foyer, dont le fond était formé par les plèvres et le médiastin confondus, épaissis, ayant la forme d'un plastron solide, de consistance cartilagineuse, ossifié même dans quelques points, et solidement adhérent aux parois de la poitrine, au delà de l'altération. L'artère mammaire interne gauche, qui rampait à la surface de ce plancher, et sans y être confondue, fut ouverte dans le cours de l'opération; mais je me rendis facilement maître du sang par une ligature. Les suites immédiates de cette opération furent de peu d'importance: des

ait trouvé réellement le cœur à nu. Nous ne nous y arrêtons pas. Il suffit qu'il soit démontré qu'une portion considérable du sternum a été enlevée, et que la guérison n'a éprouvé aucune difficulté, et c'est ce dont il n'est pas possible de douter. Ce fait, celui d'un anévrysme au pli du bras que Galien guérit par la compression, et plusieurs autres semblables, méritent à cet homme célèbre une place distinguée parmi les plus grands chirurgiens de l'antiquité, comme son fameux pronostic touchant une épistaxis, que lui seul avait su prévoir, fait compter au nombre des observateurs anciens les plus recommandables. (Note de l'auteur.)

bourgeons charnus ne tardèrent pas à s'élever du plancher qui formait le fond de ce vaste ulcère; des bourgeons semblables se développèrent sur les coupes de l'os qui avaient été faites dans les parties saines; les lambeaux des téguments, que j'avais conservés, furent ramenés vers le fond et s'y recollèrent; enfin, la cicatrice succéda facilement, et ne se rouvrit point (1).

#### § 4. — De la carie des côtes.

Nous ajouterons peu de chose à ce que nous avons déjà dit à l'occasion de la carie en général, en considérant la même maladie affectant les côtes.

Le plus souvent elle attaque l'extrémité postérieure de ces os, et ordinairement alors elle est compliquée de la carie superficielle du corps des vertèbres et d'abcès par congestion, et par conséquent n'admet pas de secours particuliers. Lorsqu'elle survient dans un point de la longueur des côtes, elle est accompagnée d'une ou de plusieurs ulcérations extérieures qui aboutissent au point affecté, lorsque celui-ci est borné à la surface extérieure de l'os et ne s'étend pas profondément. Mais lorsque la carie est profonde, qu'elle comprend toute l'épaisseur d'une ou de plusieurs côtes, il y a en même temps une collection purulente entre la plèvre costale et les parois de la poitrine, qui peut exiger des soins particuliers ou qui peut mériter autant d'attention que la carie elle-même; une ou plusieurs ouvertures fistuleuses établissent toujours la communication du foyer avec l'extérieur; mais elles peuvent être disposées de manière que le pus s'écoule librement et qu'il ne séjourne presque pas dans le foyer; et si en même temps la carie n'est pas fort étendue, si elle ne donne pas lieu à des accidents qui puissent altérer la constitution et faire craindre pour la vie du malade; enfin, si elle dépend d'une cause connue et qui admette un traitement méthodique, on peut laisser les choses dans cet état, s'occuper de la destruction de la cause, et s'en rapporter pour l'affection locale aux forces de la nature, qui peut ou

(1) En 1791, un de mes amis, M. Genouville, chirurgien à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, pratiqua en ma présence une opération semblable, qui eut le succès le plus complet. (Note de l'auteur.)