

doivent être étudiées dans les os eux-mêmes : or, cette étude est encore à faire, et la matière inorganique, les sels qui embarrassent le parenchyme vivant de ces organes, et qui masquent les altérations de ce dernier, rendent ces recherches extrêmement difficiles. D'un autre côté, tout ce que l'on sait jusqu'à présent sur les maladies qui vont nous occuper tend à faire croire qu'elles sont le dernier terme d'affections générales qui dénaturent plus ou moins les propriétés vitales des os : ainsi, les détails relatifs à la constitution des sujets, à la manière plus ou moins régulière dont leurs fonctions s'exécutent, à l'origine, à la marche, aux progrès et aux diverses terminaisons de chacune de ces maladies, seraient de la plus grande importance. Mais ces maladies sont extrêmement longues ; leur origine est fort obscure, et l'époque en est presque toujours incertaine ; il est bien rare que le même observateur puisse suivre la maladie dans sa durée totale : aussi la plupart des faits de cette nature sont tronqués, incomplets, ne comprennent que l'histoire plus ou moins exacte des derniers temps de l'affection locale, et par conséquent ne peuvent être que d'une médiocre utilité. On ne saurait trop éveiller l'attention des observateurs sur ce sujet, encore presque neuf, malgré les travaux d'un grand nombre d'hommes célèbres.

Une circonstance qui nous paraît commune à toutes les altérations de ce genre, la périostose seule exceptée, c'est le ramollissement primitif du tissu osseux, précédant toute altération ultérieure. Il y a telle de ces altérations, comme le spina-ventosa et l'ostéosarcome, où ce fait est incontestable ; il n'est pas aussi évident pour l'exostose, surtout pour celle où l'os a acquis la consistance de l'ivoire : mais si l'on considère que l'organe dont la texture a été ainsi altérée a en même temps augmenté de masse ; que la compression, même lente et graduée, que les tumeurs voisines des os exercent sur eux, les détruit plutôt que de les distendre ; que dans un grand nombre d'exostoses, en examinant attentivement le tissu osseux à leur base, on distingue facilement ses fibres déviées de leur direction primitive, divergeant plus ou moins entre elles, se disséminant à la surface de la tumeur, ou se perdant dans son épaisseur après avoir subi une certaine divarication ; enfin que, dans quelques tumeurs de ce genre, on observe tout à la fois des points durs, informes et très-volumineux, d'autres dont la texture cellulaire ne diffère de l'état naturel que par l'espace qu'ils occupent, l'augmentation du volume, une plus grande

raréfaction et une moindre consistance, et d'autres où le tissu osseux est réduit à une substance pulvée, ou plus consistante et lardacée ; si l'on considère, dis-je, toutes ces circonstances, on sentira qu'il est bien difficile d'éviter cette conséquence.

Quelque impossible qu'il soit de déterminer la nature propre des maladies diverses dont nous allons parler, nous ne les distinguerons pas moins par les circonstances propres à caractériser leurs différences : ainsi, à l'exemple de la plupart des auteurs, nous ne confondrons point l'exostose et la périostose, ni le spina-ventosa et l'ostéosarcome, que nous ne considérerons point comme des variétés de l'exostose, mais bien comme des maladies distinctes, et qui méritent une description particulière.

§ 1. — De l'exostose.

On appelle exostose la tuméfaction d'une portion ou de la totalité d'un os.

On a observé une augmentation considérable du volume et de la densité de tous les os d'un même sujet, qui doit être rapportée probablement à cette espèce d'affection.

Tous les os peuvent être affectés d'exostose ; cependant les os larges du crâne, la mâchoire inférieure, les clavicules, le sternum, les côtes et les os longs des extrémités, sont ceux où elle a été observée le plus fréquemment.

Quelquefois la tumeur est bornée à un petit espace de l'os qu'elle affecte, et forme comme une masse surajoutée à sa surface ; tantôt elle s'élève insensiblement, n'a point de limites bien distinctes, et ressemble à une portion de sphère ; tantôt elle est styloïde et plus ou moins saillante ; d'autres fois sa base est distincte par un pédicule ou rétrécissement étroit et plus ou moins prolongé. Dans quelques circonstances, l'exostose, bornée à une surface de l'os affecté, occupe cependant toute l'étendue de cette surface : ainsi on a vu la face externe de tout un os du crâne occupée par une exostose, la face cérébrale du même os ayant conservé son état naturel ; toute la circonférence du fémur acquiert quelquefois un volume énorme, tandis que la surface médullaire du même os est intacte ; dans d'autres cas, au contraire, les deux surfaces et toute l'épaisseur de l'os éprouvent la déformation qui résulte de l'augmentation de volume, et lorsque cela a

lieu dans un os cylindrique, la cavité médullaire est plus ou moins réduite, ou même totalement oblitérée. Il est des cas extrêmement rares où l'épaisseur d'un os acquiert une grande densité et une consistance éburnée, sans une augmentation considérable de volume. Il est également fort rare qu'une exostose occupe toute l'étendue et toute l'épaisseur d'un os; et lorsque cela a lieu sur un os cylindrique, ordinairement les surfaces articulaires restent dans leur état naturel.

La structure et la consistance des exostoses offrent de grandes différences. Tantôt, surtout lorsque la tumeur n'est pas très-volumineuse, et quand elle a lieu à la surface d'un os cylindrique, on suit de l'œil la divarication des fibres osseuses dans l'intervalle desquelles on dirait qu'il s'est interposé une substance osseuse nouvelle, et dont l'organisation est moins distincte. Tantôt la tumeur, entièrement celluleuse, est formée de lames larges, rares, interceptant des espaces étendus, occupés eux-mêmes par une matière différente de la moelle, et de nature diverse; c'est ce qu'on a appelé exostose laminée. Quelquefois la portion d'os développée forme une sorte de sphère creuse, à parois épaisses et dures, et dont la cavité est occupée par des végétations fongueuses plus ou moins étendues et indolentes: variété qu'il faut distinguer de l'ostéosarcôme, et qui en diffère essentiellement malgré les apparences extérieures, comme nous le prouverons dans la suite. D'autres fois, la tumeur, entièrement solide, surpasse en consistance celle des os les plus durs, et égale celle de l'ivoire: dans ce dernier cas, tantôt la surface de cette transformation est unie et semblable à celle de l'os dans son état naturel; tantôt, au contraire, elle est inégale, irrégulière, mamelonnée, et en quelque sorte stalactiforme. Il est rare qu'on trouve une grande étendue d'une exostose dégénérée et transformée en une matière pultacée; mais il est assez commun de trouver cette même matière formant une partie de la tumeur. Enfin, il arrive assez souvent que la même exostose présente un assemblage de la substance éburnée et de la substance cellulaire appelée laminée, et que les aréoles de cette dernière soient occupées en partie par la matière pultacée, en partie par une sorte de gelée tremblotante, que les observateurs ont comparée à de la colle à moitié figée.

Lorsque l'exostose n'est pas fort volumineuse, elle n'altère presque pas les parties molles qui l'entourent; mais quand elle a fait des progrès considérables, les muscles sont distendus et amincis, le tissu cellulaire a subi un certain épaississement, suite de l'irritation qu'il a

soufferte, et ses lames adhérentes entre elles établissent une sorte de confusion entre toutes les parties environnantes. Des exostoses, même peu volumineuses, peuvent gêner beaucoup les fonctions de certains organes: on a vu l'action des muscles fléchisseurs de la jambe gênée par une exostose située aux environs de l'articulation du genou, et qui changeait la direction des tendons de ces muscles; il ne serait pas nécessaire qu'une exostose développée aux environs de la symphyse du pubis eût acquis un grand volume, pour embarrasser beaucoup les fonctions de l'urèthre, ainsi qu'on l'a observé; on a vu une exostose située à l'arcade orbitaire causer une déviation de l'œil et altérer la vision; enfin, elles peuvent nuire d'une manière plus ou moins grave aux fonctions de certains organes importants, comme le cerveau, le poulmon, etc., lorsqu'elles sont situées dans le voisinage de ces parties, et qu'elles acquièrent un certain développement.

Le virus vénérien est la cause la plus ordinaire de l'exostose; et ce symptôme constamment consécutif ne survient jamais qu'à une époque fort avancée de la maladie vénérienne. Le vice scorbutique donne rarement lieu à l'exostose; il produit bien plus fréquemment le spina-ventosa et la carie. Lorsqu'il produit l'exostose, c'est surtout sur les côtes ou près des extrémités articulaires des os longs. J.-L. Petit a observé, dans des scorbutiques, des nodosités sur les cartilages des côtes, ressemblant aux exostoses dans les os. Il est très-rare que ces tumeurs dépendent du vice scorbutique; dans un hôpital contenant habituellement quatre ou cinq cents scorbutiques, et la plupart affectés assez gravement pour qu'une centaine d'entre eux fussent atteints de carie, Petit n'eut occasion d'observer que trois exostoses, encore étaient-elles situées aux mâchoires; en sorte qu'on peut douter si elles dépendaient immédiatement du scorbut, ou si elles n'étaient pas plutôt symptomatiques, ou bien même s'il n'y avait pas quelque complication d'affection vénérienne. Dans son action sur les os, le virus cancéreux ne produit jamais l'exostose; il cause probablement l'ostéosarcôme, qui ne ressemble à la première de ces deux maladies que par la forme. Les malades indiquent souvent une chute, une contusion, comme la circonstance la plus remarquable de l'origine de leur maladie; mais lorsqu'en même temps il a paru des symptômes évidents de l'une des affections générales qui donnent lieu communément à l'exostose, et surtout lorsqu'on trouve dans la tumeur la substance de l'os altérée et

dénaturée, on ne peut guère considérer la chute, la contusion, etc., que comme des causes occasionnelles.

Quelle que soit la cause qui détermine l'exostose, cette maladie présente dans son origine, dans sa marche et dans ses terminaisons, des phénomènes variés et importants à connaître. Lorsqu'elle dépend du virus vénérien, elle est presque constamment précédée d'une douleur vive, occupant d'abord presque toute l'étendue de l'os malade, qui se fixe ensuite sur le point où l'exostose doit se développer, et se fait sentir surtout durant la nuit. Quand l'exostose est causée par le vice scrofuleux, les douleurs sont plus sourdes, ou plutôt nulles. Il en est de même de celle qui succède à une contusion sans cause générale évidente; dans ce dernier cas, ordinairement la douleur, qui dépend immédiatement de l'accident, se dissipe en peu de jours, et la tumeur se développe d'une manière si lente, qu'on ne s'en aperçoit que lorsqu'elle a déjà acquis un certain volume.

L'exostose peut affecter une marche aiguë ou une marche chronique. Dans le premier cas, qui a lieu bien plus communément dans l'exostose celluleuse, décrite par les auteurs sous le nom de *laminée*, l'apparition et le développement de la tumeur sont prompts; l'exostose acquiert rapidement un volume considérable; et elle est toujours précédée et accompagnée d'une douleur violente, continue, intolérable, que l'usage intérieur et extérieur des opiacés ne calme presque pas, et dont on n'augmente point l'intensité en comprimant la tumeur. Les douleurs sont portées quelquefois au point de donner lieu à une fièvre aiguë bien prononcée et évidemment symptomatique. La promptitude du développement de la tumeur, et la grande sensibilité qui l'accompagne dans ce cas, sont difficiles à concilier avec la densité naturelle des os, et avec le peu d'énergie de leurs propriétés vitales; mais il est facile de s'assurer que les parties molles environnantes n'ont aucune part à l'intumescence, et qu'elles n'en ont que très-peu aux douleurs qui se font sentir; ces dernières dépendent bien évidemment d'un travail morbifique qui se passe dans le tissu osseux et qui en altère la structure.

Dans d'autres circonstances, au contraire, comme nous l'avons déjà dit, la tumeur n'est précédée d'aucune douleur, ou si la douleur existe, elle est très-médiocre; dans ces cas, qui sont ceux des exostoses les plus dures, la tumeur s'accroît lentement, et quoiqu'elle parvienne

quelquefois à un volume très-considérable, son accroissement n'est accompagné d'aucune sensibilité et d'aucun trouble dans l'économie animale.

Pour les mêmes raisons qui rendent étonnant le développement rapide des exostoses, on conçoit bien difficilement la possibilité de leur résolution, et encore moins celle de leur terminaison par métastase. Il y en a cependant des exemples, et nous en avons rencontré nous-même: nous avons vu une exostose volumineuse occupant toute l'extrémité inférieure de l'humérus, et dépendant du virus vénérien, qui, après avoir résisté pendant longtemps à plusieurs traitements méthodiques, disparut complètement et en peu de temps, pour être bientôt suivie d'autres symptômes vénériens à la voûte du palais. A la vérité, ces cas sont extrêmement rares, et l'on peut avancer en principe, que la résolution des exostoses n'a presque jamais lieu, même lorsqu'elles constituent une maladie essentielle et purement locale, et que la plupart des exemples que l'on cite de cette terminaison n'ont eu pour objet que des périostoses, maladie dont la nature est totalement différente, mais dont les apparences peuvent facilement en imposer et la faire prendre pour une exostose.

Il est bien plus commun, lorsque l'exostose est dure, chronique, sans douleur, et sans autre altération du tissu osseux que son développement avec ou sans accroissement de densité, que la tumeur reste stationnaire, et subsiste ainsi toute la vie sans causer aucun accident. Cette terminaison, que l'on peut comparer à celle par induration dans les tumeurs des parties molles, est la plus avantageuse, pourvu que l'exostose ne soit pas placée de manière à gêner les fonctions de quelque organe essentiel à la vie.

Mais dans les exostoses cellulaires, la marche aiguë et rapide de la maladie annonce une altération plus profonde et plus grave dans la texture de l'os; une partie de la tumeur est convertie ordinairement en une matière pultacée ou gélatineuse, et le reste, doué encore de l'organisation naturelle, quoiqu'altéré par la maladie, présente bientôt un ou plusieurs foyers de suppuration. En même temps les parties molles extérieures, violemment et rapidement distendues, s'enflamment, s'ulcèrent, et laissent à découvert une partie plus ou moins étendue de la tumeur, dont la dégénération, dans tous les cas de ce genre, a mal à propos été prise pour la carie. Ce n'est pas que quelquefois la portion de la tumeur mise à nu par l'ulcération ne se trouve vrai-

ment atteinte de carie; mais c'est une complication de la maladie primitive, une circonstance particulière, et point du tout le résultat de l'ulcération des parties molles et de l'exposition de l'os malade au contact de l'air. Lorsque les parties molles sont ainsi ulcérées, l'ouverture se resserre jusqu'à un certain point et devient fistuleuse; la suppuration qu'elle fournit est toujours de mauvaise nature, et en quantité proportionnée à l'étendue du foyer qui la verse et à l'état des forces du malade. La fièvre, qui s'allume dès le principe, se soutient sous le type de fièvre lente; et sa durée, l'abondance de l'écoulement ichoreux fourni par l'ulcère fistuleux, l'absorption de cette même matière, le foyer perpétuel d'irritation entretenu par la maladie locale, altèrent plus ou moins les fonctions, et peuvent causer la perte du malade par les progrès de la consommation.

Les exostoses sphériques à cavité intérieure, avec hypersarcose, ne sont accompagnées de douleurs violentes que dans leur principe; dans la suite, et lorsqu'elles sont parvenues à un volume considérable, elles deviennent presque indolentes; mais le développement successif des fongosités que leur cavité renferme, en étendant et amincissant les parois de cette même cavité, les expose aux fractures et à l'ulcération. Ce dernier phénomène peut même être la suite des progrès de la maladie, et donner lieu à une série de symptômes consécutifs, comparables à ceux que nous venons de décrire pour le cas précédent. Cependant, celui qui nous occupe maintenant paraît moins grave, peut-être parce que l'altération du tissu osseux est moins profonde et moins éloignée des principes connus qui constituent les os. On a pu attaquer ces sortes de tumeurs directement, pratiquer sur elles des opérations tendant à la destruction des parois de la cavité et des végétations fongueuses qu'elle contenait, et réussir de la sorte; conduite qui serait certainement inutile et même dangereuse dans le cas précédent.

Une dernière terminaison de l'exostose, dont les auteurs n'ont point parlé, et qui a cependant été observée, surtout dans l'exostose dure et stalactiforme, c'est celle par nécrose. On a vu des tumeurs de ce genre, après avoir acquis un développement considérable, être frappées de mortification, séparées de l'os qui leur servait de base, et entourées d'une reproduction en tout semblable à celle dont la nature environne les séquestres formés immédiatement dans toute autre circonstance. Cette terminaison, certainement la plus heureuse de toutes,

parce que la nature y procède lentement et sans secousse violente, est malheureusement aussi la plus rare. L'art peut l'imiter; mais ses moyens sont bien inférieurs à ceux de la nature.

Les exostoses développées sur les surfaces les plus apparentes des os sont faciles à reconnaître; elles sont encore aisées à distinguer lorsqu'elles se trouvent couvertes par une assez grande épaisseur de parties molles, pourvu que la tumeur fasse un certain relief à l'extérieur. Une tumeur dure, plus ou moins volumineuse, incompressible, plus ou moins douloureuse ou indolente, cimentée avec l'os et confondue avec lui, immobile et ne changeant de position, ni par les mouvements du membre, ni par les pressions qu'on exerce sur elle, caractérise suffisamment l'exostose. Il est facile, à la faveur de ces caractères, et avec de l'attention, de distinguer l'exostose d'avec la périostose, qui, comme nous le dirons, est toujours pâteuse et plus ou moins compressible; on peut également éviter de la confondre avec certaines tumeurs dures, situées dans le voisinage des os, et fixées de très-près sur eux par un tissu cellulaire dense et consistant: quelle que soit l'intimité de leurs adhérences, on peut toujours leur imprimer quelque mouvement.

Mais lorsque la tumeur s'est développée sur la surface intérieure des parois osseuses d'une cavité, et qu'elle ne fait pas de saillie extérieure, on n'a que des signes rationnels, et par conséquent équivoques, pour en connaître l'existence. Le déplacement de quelque organe apparent peut servir à la faire soupçonner; mais la saillie du globe de l'œil, par exemple, qui prouve la formation d'une tumeur quelconque dans le fond de l'orbite, ne suffit pas pour démontrer la nature de cette tumeur; s'il existe en même temps des signes de vérole ancienne, et si des douleurs dans les os des membres attestent que le virus a exercé son action sur le système osseux, on peut bien soupçonner que la tumeur est une exostose. Mais il y a loin de ces probabilités à la conviction que l'on acquiert par l'inspection de la maladie elle-même, quand elle est à la portée des sens. La difficulté est encore plus grande lorsque les effets du développement de la tumeur ne sont apparents que par la lésion des fonctions de quelque organe. Ainsi, la stupeur, la perte des mouvements de quelque partie, la perte de la vue, etc., démontrent bien que le cerveau souffre une compression; on peut même parvenir à la certitude que la compression est exercée par le développement d'une tumeur, et acquérir des probabilités plus ou

moins grandes sur la cause qui en a déterminé la formation; mais la tumeur est-elle osseuse? quel os occupe-t-elle? quel point de cet os affecte-t-elle? quel est son volume et sa forme, etc. etc.? Autant de doutes qu'il est impossible d'éclaircir.

Des difficultés d'une autre nature sont celles qui se rapportent à la cause particulière de la maladie. Elle est si souvent la suite de la vérole, que la seule apparition d'une exostose est un préjugé en faveur de l'existence de cette affection. Cependant on ne peut rigoureusement conclure que l'exostose dépend de la vérole, qu'autant qu'il a existé antérieurement des symptômes primitifs de cette maladie, que son existence est déjà fort ancienne, et qu'il s'est manifesté d'autres signes de l'infection générale. Les caractères ordinaires de la diathèse scrofuleuse, d'autres symptômes de la même maladie, des raisons négatives de l'existence de toute autre cause, peuvent démontrer, jusqu'à un certain point, l'origine scrofuleuse de l'exostose. D'après ce que nous avons dit précédemment, il est clair qu'on ne peut pas toujours affirmer qu'une exostose est une maladie locale, par la seule raison qu'on ne peut indiquer aucune cause intérieure, et qu'une violence extérieure est la seule circonstance qui puisse être rapportée à l'apparition de la maladie.

Quant à l'espèce de dégénération que la tumeur renferme, il est bien difficile d'en juger *a priori*: on peut bien présumer qu'une exostose qui s'est accrue lentement, sans douleur remarquable, dont la marche a été chronique, contient une matière solide et d'une consistance approchant de celle de l'ivoire; que celle qui s'est accrue rapidement et en causant de fortes douleurs, qui a affecté une marche aiguë, est de nature cellulaire, etc.; mais ces données ne sont pas suffisantes pour prononcer avec certitude dans tous les cas. On voit souvent des exostoses cellulaires, causées par le vice scrofuleux, affecter une marche chronique propre à la plupart des autres symptômes de cette même diathèse, et *vice versa*. Quand l'exostose est ulcérée, et que l'ouverture des parties molles qui la couvrent est demeurée fistuleuse, on peut, à l'aide des yeux, des doigts ou de la sonde, acquérir une connaissance plus exacte de l'état des choses; mais il faut toujours que la tumeur réponde à la surface extérieure du corps et qu'elle soit à la portée des sens. Il est important de distinguer l'état d'une exostose disposée à se terminer par la nécrose: avec des lumières et de l'attention il est facile d'y parvenir, et de s'aper-

cevoir qu'à la série des symptômes qui se rapportent à l'exostose, succèdent ceux qui annoncent ordinairement la formation d'un séquestre, et celle des reproductions dont la nature l'environne.

L'exostose la plus consistante, qui s'est développée lentement et sans causer de fortes douleurs, est la moins dangereuse de toutes, surtout s'il n'existe évidemment ni affection générale de l'espèce de celles qui causent ordinairement cette maladie, ni cacochymie particulière. Il semble qu'un certain accroissement auquel la tumeur est déjà parvenue s'oppose à un développement ultérieur, et la maladie peut rester dans cet état pendant le reste d'une vie encore très-longue, sans le moindre inconvénient. C'est ce qu'on voit arriver le plus souvent aux exostoses éburnées. Sans avoir précisément cette consistance extrême, quelques exostoses fort solides, mais où l'on distingue encore aisément l'organisation naturelle de l'os, peuvent, après l'extinction de la cause, par la force de la nature ou par les procédés de l'art, subir une légère réduction, une sorte d'affaissement, toujours médiocre, et subsister ainsi pendant le reste de la vie. C'est ce qu'on observe quelquefois dans un petit nombre d'exostoses scrofuleuses, et surtout dans les exostoses vénériennes médiocres, dont la cause a été combattue efficacement. L'exostose cellulaire est la plus grave de toutes, surtout si en même temps le tissu osseux a subi une dégénération considérable, et si l'ulcération des parties molles a permis à l'air de pénétrer dans le foyer de la maladie. La rapidité de la formation de cette espèce d'exostose, la secousse violente qu'elle imprime à la constitution, l'altération successive des fonctions et les phénomènes consomptifs qui en résultent, mettent ordinairement le malade dans un danger imminent, et ne laissent le plus souvent d'autre ressource que l'amputation du membre. Dans les cas très-rares où l'exostose dépend du vice scorbutique, ce symptôme de la maladie générale est très-grave, en ce qu'il indique qu'elle s'exerce sur le système osseux et qu'elle a fait des progrès presque désespérants. Celle qui renferme des végétations fongueuses ne paraît pas très-dangereuse: on a pu détruire la base de ces fongosités et obtenir une guérison solide. Enfin, les circonstances relatives à l'âge, à la constitution et à l'état des forces du malade, influent à leur manière sur le pronostic de la maladie.

Le traitement de l'exostose doit être considéré sous le double rapport médical et chirurgical. Lorsqu'on est parvenu à la connaissance

d'une cause générale, on doit s'occuper de sa destruction par les moyens dont l'expérience a constaté l'efficacité : ainsi l'on usera des mercuriels, des antiscrofuleux, des antiscorbutiques, etc., selon la nature de la cause connue. Il faut observer, par rapport aux anti-vénériens, que le mercure doit être donné longtemps et en grande quantité; que l'on se trouve bien, en pareil cas, de lui associer les sudorifiques à grande dose; et que souvent, après plusieurs traitements infructueux, les sudorifiques, avec addition de quelques grains de potasse ou de soude, ont été employés avec avantage.

Quelles que soient l'espèce de l'exostose et la nature de sa cause, si elle est accompagnée de violentes douleurs, on peut tirer parti de l'application extérieure de l'opium. Une forte dissolution de ce médicament dans laquelle on trempe des compresses ou une flanelle dont on environne la tumeur, ou mieux un cataplasme avec la farine de graine de lin cuite dans une décoction de feuilles de morelle et de jusquiame, auquel on ajoute une forte dissolution d'opium, peuvent calmer ou soulager les douleurs. Mais il est rare qu'un traitement antiphlogistique, et surtout que la saignée, soient admissibles, quelles que soient les apparences d'inflammation; des moyens de cette nature n'agiraient que comme palliatifs, et ne pourraient prévenir la dégénération qui se forme ou qui a déjà eu lieu; et ils auraient l'inconvénient très-grave d'affaiblir considérablement le sujet dès le début d'une maladie dangereuse tout à la fois par sa violence et par sa durée.

Lorsqu'il n'y a point de douleurs, ou qu'elles ont été calmées, et pendant ou après le traitement général, lorsqu'on a pu saisir quelque indication propre à diriger le choix des remèdes intérieurs, il faut tenter les applications résolutes : ainsi on couvre la tumeur avec les emplâtres de Vigo *cum mercurio*, de savon, de diabolium, etc.; on peut employer avec ménagement un liniment chargé d'ammoniaque liquide; des bains avec une légère dissolution de soude ou de potasse, les douches avec les eaux hydrosulfurées, etc. etc.

Qu'on n'imagine pas cependant qu'il suffise d'un traitement général méthodique, et de quelques applications vagues et banales, pour réussir même simplement à arrêter les progrès de la maladie : le plus souvent ces moyens sont impuissants, et n'empêchent point la dégénération du tissu osseux d'être portée aussi loin qu'elle peut aller; et si les progrès de la tumeur s'arrêtent pendant l'usage de ces moyens, ce

changement arrive si souvent sans les secours de la médecine, qu'il est toujours douteux qu'il ne soit pas plutôt dû à la marche de la maladie et aux efforts de la nature. Nous sommes trop dépourvus de lumières sur l'état des propriétés vitales dans les os, sur l'altération qu'elles ont éprouvée dans les cas dont il s'agit, sur le mécanisme de la formation de ces tumeurs, pour qu'il existe des règles utiles et fondées par l'expérience, pour le traitement médical de ces maladies : aussi a-t-on pu s'apercevoir que ce qu'on sait là-dessus n'est appuyé que sur des vues et des indications indirectes. Néanmoins, jusqu'à ce que l'observation ait accru la masse de nos connaissances à cet égard, ce serait manquer aux règles fondamentales de l'art que de négliger de remplir des indications générales, quand elles existent évidemment, fussent-elles totalement étrangères à l'affection locale.

Comme nous l'avons déjà dit, excepté les exostoses récentes, très-peu volumineuses, et dont la nature reste même alors fort incertaine, la résolution des tumeurs de cette espèce est presque impossible; et une légère diminution de la tumeur, son état d'indolence complète, sont les changements les plus favorables qu'on puisse obtenir, soit qu'ils surviennent spontanément, soit qu'ils proviennent des efforts de l'art. Aussi lorsque les choses sont en cet état, il serait imprudent d'entreprendre une guérison plus complète, à moins que la tumeur ne gênât notablement l'exercice de quelque fonction importante.

Dans cette dernière supposition, on ne peut s'empêcher d'attaquer la tumeur elle-même : il est avantageux alors qu'elle présente une base étroite en forme de collet; dans ce cas, à la faveur de deux incisions semi-elliptiques placées autour du collet et dont on détache les deux lèvres, on met à découvert le pédicule, on divise circulairement le périoste, et l'on fait l'ablation de la tumeur au moyen d'un trait de scie. Si la section de l'os se trouvait saine, il n'y aurait peut-être pas d'inconvénient à rapprocher les deux lèvres de l'incision; mais dans les cas où l'on attendrait le développement des bourgeons charnus sur la surface de la section osseuse, la peau que l'on a ménagée devient très-favorable à la promptitude de la guérison.

Mais si, au lieu d'être aussi favorablement disposée, la tumeur présente une base large et peu distincte, et si en même temps elle a beaucoup de solidité, comme il arrive ordinairement sous cette forme, l'opération convenable n'est pas d'une aussi grande simplicité; si l'on entreprenait d'abattre l'exostose par un seul trait de scie, on y em-

pleroit beaucoup de temps, on éprouverait de grandes difficultés, et l'on n'obtiendrait qu'une section irrégulière, incomplète et mal adaptée à la forme des parties qui servent de base à la tumeur; on sent bien qu'il serait encore moins convenable d'attaquer la base d'une tumeur osseuse ainsi disposée avec le ciseau et le maillet. Dans ce cas, un moyen propre à faciliter beaucoup l'opération, c'est d'affaiblir d'abord la tumeur, en pratiquant dans divers points de son étendue des excavations suffisamment nombreuses avec le trépan perforatif; ou mieux encore, de placer d'abord plusieurs traits de scie perpendiculaires à la base de l'exostose, et qui, se croisant sous divers angles, divisent la tumeur dans le sens de sa hauteur, et la transforment, pour ainsi dire, en plusieurs prolongements de forme digitale; il devient ensuite très-facile de scier chacun de ces prolongements en particulier; et en procédant de la circonférence au centre, on peut donner à la section totale une forme analogue à celle de la surface sur laquelle repose la tumeur, même lorsque cette surface est naturellement convexe, comme au crâne, par exemple. On pourrait abattre quelques-uns de ces prolongements au moyen du ciseau et du maillet, en ayant la précaution de faire agir le tranchant du ciseau obliquement, afin d'éviter les violentes secousses. Mais malgré cette précaution, ce procédé est inséparable d'un ébranlement proportionné à la dureté de la tumeur et à l'épaisseur de la pièce osseuse qu'on travaille à emporter; et cet inconvénient le rend absolument inadmissible dans le traitement des exostoses de la tête, et de beaucoup inférieur à celui de l'ablation par la scie, dans le traitement de ces mêmes tumeurs dans toute autre partie. On a quelquefois employé la couronne de trépan pour les sections préparatoires que nous venons de décrire: on sent qu'en multipliant suffisamment son application, et en la plaçant de manière que les voies rentrent les unes dans les autres, on peut accomplir la division de la tumeur et la pousser même plus loin qu'il n'est absolument nécessaire; mais ce procédé, qui, à la vérité, a tous les avantages de la scie, est beaucoup plus long, et ne peut pas convenir aux tumeurs qui présentent une épaisseur considérable, à moins d'avoir des couronnes dont le fond soit beaucoup plus élevé qu'il ne l'est dans les couronnes de trépan ordinaires.

Si ces tumeurs ne sont pas extrêmement volumineuses, et si la peau est saine, on peut la conserver et la diviser par une incision cruciale

dont on dissèque les quatre lambeaux. Si, au contraire, la peau a été fortement distendue, ou altérée par une tumeur très-volumineuse, on fait l'incision de manière à conserver toute la peau qui est dans l'état naturel, en ne sacrifiant que la portion malade ou excédente; en sorte qu'après le développement des bourgeons charnus, on puisse ramener facilement les téguments sur une partie de la plaie, et accélérer ainsi sa cicatrisation. Quelle que soit l'insensibilité naturelle des os, et celle à laquelle doivent être parvenues les exostoses, à l'époque où l'opération que nous venons de décrire est praticable, il ne faut pourtant pas croire que cette opération soit sans danger, et que ses suites doivent être réduites à ce que l'incision et la dissection des lambeaux des téguments peuvent avoir de douloureux. Un jeune homme qui portait une exostose dure sur les os du crâne fut confié à Petit par un personnage d'un rang distingué; des chirurgiens peu délicats et curieux d'opérer enlevèrent la tumeur: le jeune homme mourut en peu de temps et dans le délire, après avoir subi sans utilité plusieurs applications de la couronne de trépan, au moyen de laquelle on avait maladroitement entrepris de la détruire. L'exostose était fort épaisse, et par conséquent l'instrument n'avait pu pénétrer fort avant; la tête n'avait subi aucune secousse par le ciseau et le maillet dont on n'avait point fait usage. Il n'est point fait mention d'érysipèle, maladie qui succède assez fréquemment aux opérations pratiquées sur la tête, en sorte qu'on ne peut attribuer les accidents qu'aux sections mêmes pratiquées dans l'épaisseur de la tumeur, et bornées au point malade de l'os. Tout extraordinaire qu'il est, ce fait mérite la plus grande attention de la part des praticiens.

Dans l'exostose sphérique, et qui renferme des végétations fongueuses, si la tumeur s'est ouverte spontanément ou à l'occasion de quelque accident, on peut, à l'imitation de Petit, emporter la partie mince des parois de la tumeur au moyen de forts ciseaux ou de la tenaille incisive, faire l'arrachement des fongosités, emporter la base de la tumeur osseuse par le moyen du ciseau ou de la scie, et finir par l'application du feu sur le point de cette même base d'où la fongosité tirait son origine. On détruit ainsi tout à la fois et la partie malade de l'os, et le point dont l'altération donnait lieu à l'hypersarcose. Après l'application d'un tel procédé, il faut s'attendre à des exfoliations; on les favorise par les moyens appropriés, et l'on seconde ensuite convenablement le travail de la cicatrisation.

Lorsque cette espèce d'exostose est moins avancée, que les téguments ne sont point altérés, et que les excroissances fongueuses ne se montrent pas à l'extérieur, la tumeur ressemble tellement à l'exostose dure dont nous venons de parler, qu'il est impossible de ne pas s'y méprendre. Mais on n'est pas longtemps sans être désabusé : dès que le premier trait de scie parvient dans l'intérieur de la cavité, on s'aperçoit bientôt, au sang qui s'échappe, que la tumeur n'est pas solide. Dès lors, en plaçant un second trait de scie à côté du premier, on peut enlever une pièce d'os, et mettre les choses dans l'état où elles seraient si l'ulcération avait eu lieu.

Si la dégénération du tissu osseux n'est pas très-avancée dans l'exostose cellulaire, ou si elle n'existe pas encore à l'époque où l'opération devient nécessaire et praticable, la tumeur peut être extirpée par un trait de scie unique, quand sa base est étroite, ou bien après l'avoir divisée perpendiculairement, quand sa base est étendue. Dans cet état de simplicité de la tumeur, l'opération est d'une exécution facile, et la légère raréfaction du tissu osseux dans le lieu de la section favorise le développement des bourgeons charnus, lesquels alors se font moins attendre, et paraissent sans exfoliation. Cependant, si leur développement était non-seulement prompt, mais encore exubérant, et surtout s'ils étaient pâles, lâches et saignants au moindre atouchement, il faudrait se méfier des suites : il serait fort probable alors que la section aurait été faite dans l'étendue de la maladie et non pas à sa base. On pourrait craindre de la voir se reproduire, et l'application du cautère actuel serait indiquée.

Mais si l'exostose cellulaire est ancienne et accompagnée de vives douleurs, si le tissu osseux qu'elle renferme est fort altéré et totalement dégénéré, si elle est ouverte et les téguments ulcérés, si la suppuration qu'elle fournit est abondante et de mauvaise nature, enfin, s'il y a complication de carie, de fièvre lente, de marasme et de colliquation, il faut bien se garder de rien entreprendre contre la maladie locale elle-même : on ne connaît pas assez son étendue ni sa nature, et le malade est trop affaibli pour supporter une opération dont on ne peut prévoir ni l'espèce, ni la gravité. Dans ce même cas, on ne peut songer qu'à l'amputation du membre, et l'on doit se régler, à cet égard, sur les préceptes établis relativement aux circonstances où cette opération est convenable.

§ 2. — De la périostose, ou gomme.

La plupart des auteurs ont confondu avec l'exostose, et décrit sous cette dénomination, la maladie qui fera le sujet de cet article. Elle a été plus exactement décrite sous le nom de gomme ou de tumeur gommeuse, dans les traités sur la vérole, maladie dont la périostose n'est effectivement qu'un symptôme. Cette affection consiste dans un engorgement du tissu propre du périoste, accompagné d'une altération spécifique de cette membrane, et quelquefois de la nécrose des lames superficielles de l'os.

Les mêmes points du système osseux que le virus vénérien affecte par une sorte de prédilection, et où l'on voit survenir des exostoses vénériennes, sont aussi ceux où la périostose se développe le plus souvent. Ainsi elle paraît le plus ordinairement sur les os larges, sur la partie la plus compacte des os longs, et sur celles des surfaces de ces derniers qui sont le moins couvertes de parties molles : on l'observe fréquemment sous les téguments du crâne, particulièrement à la région frontale et sur la partie antérieure de la région temporale, à la face antérieure du sternum, sur la face externe du radius et sur l'interne du cubitus, à la face interne du tibia, etc.

La périostose ne se borne pas toujours au périoste ; comme nous venons de le dire, l'altération dont cette membrane est le siège s'étend quelquefois aux lames superficielles de l'os qui sont frappées de mortification et se séparent dans la suite ; dans un plus grand nombre de cas, l'engorgement a son siège seulement dans les lames superficielles du périoste et dans le tissu cellulaire environnant.

En examinant attentivement la structure de ces tumeurs et le genre d'altération qu'ont subie les parties qui les forment, on trouve que le périoste et le tissu cellulaire tuméfiés ont été transformés en une substance homogène, blanchâtre ou grisâtre, pâteuse, assez compacte, dont la coupe ressemble assez bien à celle d'une glande lymphatique engorgée.

Le virus vénérien est constamment la cause de la périostose ; mais ce symptôme syphilitique, dont une contusion, ou toute autre violence extérieure, peut déterminer ou accélérer le développement, ne survient jamais qu'à une époque avancée de la vérole.

Les tumeurs dont il s'agit sont ordinairement précédées de douleurs fixes, plus ou moins vives, ayant souvent la marche et le caractère des douleurs vénériennes, et se faisant sentir plus vivement