

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

durant la nuit. L'engorgement survient; il est d'abord médiocre, douloureux au toucher, non circonscrit; sa circonférence se perd insensiblement en se confondant avec la surface osseuse qui lui sert de base; il semble plutôt un relief de cette surface, qu'une tumeur formée par l'engorgement des parties environnantes; il est adhérent, confondu avec l'os, et en paraît inséparable. Si l'on joint à ces caractères, que dans le commencement et quand la tumeur est encore petite, elle paraît dure et incompressible; que l'exostose est un symptôme fréquent de l'affection vénérienne; qu'elle affecte les mêmes parties et qu'elle suit la même marche, on concevra facilement pourquoi on a confondu si souvent la périostose avec l'exostose. Mais en s'accroissant, la périostose présente des caractères propres et évidents: la saillie qu'elle forme devient plus considérable, et sa consistance plus pâteuse, molle, sans qu'elle garde cependant l'impression du doigt, et sans qu'on y distingue de fluctuation, du moins tant que la peau conserve son état naturel.

Quelquefois les douleurs cessent, la tumeur reste stationnaire pendant quelque temps, puis elle diminue et disparaît entièrement, soit que cette terminaison par résolution survienne spontanément, ce qui est rare, soit qu'elle résulte d'un traitement méthodique et de la destruction de la cause de la maladie. Il est plus ordinaire qu'après avoir pris un certain accroissement, la tumeur devienne indolente, qu'elle acquière une plus grande dureté, et qu'elle reste dans cet état durant toute la vie, soit que dans cette terminaison, que l'on pourrait appeler par induration, le périoste reste seul affecté, soit que les lames superficielles de l'os aient éprouvé aussi un certain degré de tuméfaction, et qu'il y ait ainsi tout à la fois exostose superficielle et périostose endurcie. Enfin, il arrive quelquefois que la peau qui couvre une périostose s'enflamme; qu'on distingue dans la tumeur une véritable fluctuation, et que tout annonce qu'elle s'abcède. Dans ce dernier cas, la tumeur s'ouvre spontanément dans un ou plusieurs points de sa surface; elle laisse échapper une quantité médiocre de pus dont l'issue ne produit presque pas d'affaissement dans la tumeur; mais le fond paraît jaunâtre et blafard, et au bout d'un certain temps il se présente à l'ouverture un tampon plus ou moins volumineux de substance grisâtre, flétrie, semblable au bourbillon d'un furoncle ou à l'eschare celluleuse d'un anthrax, et dont la sortie laisse voir l'os dénudé et nécrosé, ou bien des bourgeons charnus vermeils, selon que la pé-

riostose et la mortification, qui en a été la suite, ont affecté toute l'épaisseur du périoste, ou seulement une partie de cette membrane.

Cette dernière terminaison de la périostose est le seul danger qui accompagne la maladie: lorsque le périoste, engorgé et altéré dans toute son épaisseur, est ainsi frappé de mortification, l'os reste à nu; peut-être n'est-il pas exempt lui-même de l'action directe de la même cause, et est-il mortifié en même temps dans ses lames superficielles; quoi qu'il en soit, il reste dénudé jusqu'à ce que la nature ait opéré la séparation de la partie morte. Alors les parois de l'abcès se dégorgent, s'affaissent; des bourgeons charnus bien conditionnés garnissent le fond, la cicatrisation commence et s'accomplit, surtout si l'on a soin en même temps de combattre la cause qui a donné lieu à la périostose; mais la cicatrice est adhérente à l'os, qui a subi une déperdition de substance, et par conséquent reste enfoncée et difforme.

Il est évident que le traitement de la périostose doit consister principalement dans l'emploi des moyens propres à combattre le virus vénérien, qui est la cause de la tumeur; et le plus souvent, si la maladie locale n'est pas fort avancée, et surtout s'il n'y a pas de symptômes d'inflammation quand on a recours au mercure, la tumeur se termine par résolution, et disparaît dans le cours du traitement; cependant, dans des circonstances un peu moins favorables, la résolution ne s'opère que jusqu'à un certain degré, après lequel la tumeur devient indolente, dure, stationnaire, et présente les caractères de l'induration; sorte de guérison qui n'est pas moins solide, et qui n'a d'autre inconvénient que celui de la difformité, quand la tumeur est située dans un lieu apparent. Mais le traitement général est inefficace lorsqu'il n'est entrepris qu'après que les symptômes de l'inflammation se sont déjà déclarés dans la périostose: la tumeur n'en suit pas moins alors la marche que nous avons exposée ci-dessus. Pour prévenir cette terminaison fâcheuse, il importe de combattre l'inflammation par des moyens locaux et par le régime, en même temps que l'on travaille à la destruction de la cause par le traitement général: l'application de cataplasmes émollients et anodins est très-convenable dans ce cas, et lorsque la sensibilité de la tumeur a totalement disparu, que l'inflammation est entièrement dissipée, on peut faire des applications résolutives, que l'on combine avec les substances qui jouissent de vertus spécifiques appropriées à la nature de la cause. Ainsi on couvrira la

tumeur d'un emplâtre fait avec un mélange des emplâtres de Vigo *cum mercurio* et de savon; on fera tous les deux jours une friction locale avec un scrupule d'onguent mercuriel, etc. Quelques auteurs conseillent, dans ce dernier cas, l'application sur la tumeur de vésicatoires volants. Ce moyen peut avoir réussi à titre de résolutif; mais son emploi n'est pas exempt de danger à cause de l'inflammation qu'il peut occasionner, et que, comme on vient de le voir, on doit s'attacher à prévenir et à combattre par les moyens les plus puissants.

Si, faute d'avoir employé à temps le traitement que nous venons d'exposer, ou pour toute autre raison, l'inflammation de la tumeur et la mortification du périoste n'ont pu être ni prévenues, ni combattues avec succès, on doit attendre le moment où la fluctuation sera bien évidente pour donner issue au pus, à la faveur d'une ouverture médiocre faite avec le bistouri. Ce procédé est préférable à l'application de la potasse caustique, dont l'usage est toujours accompagné de douleurs atroces, quand on l'emploie sur des parties enflammées. Après la chute de l'eschare formée par la mortification du périoste, et si l'os est à nu et nécrosé, on attend que la nature ait opéré la séparation du séquestre, et l'on favorise ensuite la cicatrisation de l'ulcère.

§ 3. — Du spina-ventosa.

La maladie qui fait le sujet de cet article était inconnue aux anciens: c'est sans fondement que quelques auteurs ont prétendu qu'on pouvait en reconnaître la description dans les écrits d'Hippocrate; aucun passage ne renferme un sens assez positif pour être rapporté au spina-ventosa; et ce qu'Hippocrate dit de certaines altérations organiques des os, dont les commentateurs ont rendu les dénominations par les mots latins *sideratio*, *gangræna*, *teredo*, etc., se rapporte bien plutôt à la dénudation, à la carie ou à la nécrose. Celse paraît désigner plus positivement cette maladie, mais ce qu'il en dit est encore fort obscur. Les Arabes lui consacrèrent une dénomination particulière, et le nom par lequel ils la désignèrent fut traduit en latin par les mots *ventum spinæ*, *spinæ ventositas*, *ventum* ou *flatum spineum*, et *spina-ventosa*. Cependant on voit par la description qu'ils en donnent, et surtout par leurs préceptes relatifs au traitement, qu'ils étaient loin d'en avoir une idée exacte, et que, quoiqu'elle

leur fût connue, ils la confondaient évidemment avec d'autres maladies (1).

On entend par spina-ventosa une affection des os cylindriques, dans laquelle les parois du canal médullaire subissent une distension lente, successive, quelquefois énorme, en même temps qu'elles sont considérablement amincies et même percées dans plusieurs points, ou que leur tissu éprouve une raréfaction singulière; maladie dont le siège primitif paraît résider dans la cavité médullaire.

Beaucoup d'auteurs ont défini cette maladie un gonflement des os avec corruption intérieure; mais si, par le mot impropre et vague de corruption, il faut entendre la carie des parois de la cavité médullaire, nous verrons bientôt que cette définition est inexacte. La carie, il est vrai, accompagne souvent un degré fort avancé du spina-ventosa; mais ce n'est là qu'une complication, sans laquelle la maladie subsiste probablement longtemps, et non une circonstance propre, et encore moins la cause du spina-ventosa, ainsi qu'on l'a pensé. D'autres l'ont considérée comme une affection particulière de la moelle, dont la distension des parois du canal qui la renferme serait la conséquence. Mais on voit facilement que cette idée mécanique ne s'accorde pas avec le ré-

(1) Pour prouver ces deux assertions, il suffira de rappeler ici quelques passages d'Avicenne, *Ex ger. crem. vers.*, lib. iv, fen. 5, tr. 1, cap. 9, de *Ventositate spinæ et corruptione ossis*:

« Ventositatis spinæ causa sunt humores acuti, penetrantes in os, et corrodes ipsam. »

Cap. 10, *Signa corruptionis ossis*:

« Cum ossi accidit corruptio, vides carnem super ipsum mollescere, et mollem fieri: et incipit in via fœtoris et virtus: et penetrat per eam tenta facillime ad os... Et invenit rem non firmam in se ipsa, imo habentem fracturam, aut putrefactionem. »

Cap. 11, *Curatio ejus*:

« ... Si corruptio fuerit de illis quas non sanat nisi abscissio..., scias locum in quo oportet ut incidatur; ita ut revolvatur tenta usquequo consequatur locum in quo invenit adhærentiam ossis ultimam; quoniam illic est terminis. »

Cap. 12, *Modus serrandi os corruptum*:

« Elevetur caro ab eo osse ita ut ponat in extremitate ejus filum cum quo tendatur ad superiora. Tendat cum eo membrum aut aliud ex illo loco ad inferiora, ut non associetur ei dentes, et serra ipsum... Quod si partes ossis corrupti fuerint proximæ jucturæ, tunc extrahe ipsum ex junctura, etc. etc. » (Note de l'auteur.)