cerner la portion d'os malade, comme il vient d'être dit qu'on devait le faire dans les cas d'exostose saillante à l'intérieur, à l'aide de couronnes de trépan multipliées, et traiter ensuite le malade de la même manière.

Devant parler plus tard de la nécrose, nous nous bornerons à dire ici que, dans les cas où l'ostéite a suivi cette terminaison, il faut attendre que la portion morte soit entièrement détachée des parties vivantes pour l'extraire, après quoi on panse la plaie comme une plaie simple.

De l'ostéite vertébrale.

Cette maladie (*mal vertébral, mal de Pott, gibbosité*), lorsqu'elle est spontanée, attaque presque toujours le corps des vertèbres. On la voit cependant commencer quelquefois par les apophyses transverses des ces os; en général elle n'affecte les lames que lorsqu'elle dépend d'une cause externe. Le plus souvent elle est bornée à une ou deux vertèbres, rarement elle est étendue à un plus grand nombre. Elle se présente sous deux formes principales et très différentes dans leurs effets: tantôt elle commence par la surface de l'os, tantôt au contraire elle débute par le centre même de son corps.

Causes. L'ostéite vertébrale se développe plus fréquemment chez les sujets fréquemment affectés d'arthrite rhumatismale ou atteints de scrofules, que chez les autres; mais une de ses causes les plus fréquentes, même chez ces sujets, est l'habitude de la masturbation. Il est difficile de dire comment cette cause agit; mais il est incontestable que la plupart des sujets qui sont affectés d'ostéite vertébrale se sont livrés à cette funeste habitude.

Symptômes, marche, durée, terminaisons et pronostic. Lorsque la maladie n'attaque que la surface de l'os, elle ne se manifeste au début que par des douleurs d'abord assez étendues, qui se fixent sur un point quelconque de la longueur du rachis (*rachialgie*), et il est impossible de la distinguer de la douleur dépendante d'une inflammation des faisceaux fibreux qui enveloppent la colonne vertébrale, et dont souvent elle n'est elle-même qu'une conséquence. Si elle se termine par résolution ou par induration, la douleur cesse, et l'on doute si l'on a eu affaire à une inflammation fibreuse ou à une ostéite. Lorsque la maladie

se termine par la carie de l'os affecté, la douleur se concentre de plus en plus, elle devient plus vive, et, quelquefois après que les symptômes généraux d'une suppuration intérieure se sont manifestés, souvent sans qu'aucune altération apparente dans la santé générale du sujet ait précédé, on voit apparaître, ordinairement au bout d'un temps assez long, soit aux lombes, soit sur les côtes du thorax, soit aux aines, un dépôt par congestion, qui ne laisse aucun doute sur la nature de la maladie, ni sur le mode de terminaison qu'elle a suivi. Le plus souvent, après l'ouverture des abcès, le malade périt dans l'épuisement et le marasme; mais quelquefois on le voit guérir, et il conserve alors la rectitude, et, en grande partie au moins, la liberté des mouvements du tronc.

Lorsque la maladie commence par le centre du corps d'une vertèbre, comme cela arrive plus spécialement chez les sujets jeunes et scrofuleux, la douleur manque souvent au début; mais on peut, malgré cela, la distinguer de suite de toutes les autres affections du rachis. Le premier effet de l'ostéite est de ramollir l'os qu'elle affecte; le corps de la vertèbre, incapable dès lors de supporter le poids du tronc, s'affaisse sur lui-même; la vertèbre supérieure, privée d'appui en devant, mais soutenue en arrière par les apophyses articulaires et par les lames de la vertèbre malade, lesquelles ne se ramollissent pas, exécute un mouvement de bascule, en vertu duquel son apophyse épineuse se redresse et fait une saillie remarquable sur la peau qui la recouvre (*gibbosité*). La colonne vertébrale décrit un angle obtus, rentrant en devant, saillant en arrière, et dont le sommet correspond à celui de l'apophyse épineuse redressée. De là un changement tout particulier dans le maintien général du malade, d'autant plus remarquable que la maladie est plus avancée (1). Il paraît se rapetisser; ses membres deviennent proportionnellement trop longs pour sa taille; si le mal a son siége dans les régions lombaire ou dorsale, le haut du corps est incliné, les épaules se portent en arrière pour faire équilibre, la tête est renversée sur la nuque, afin que la face puisse être dirigée en avant; les bras sont pendants de chaque côté du corps, ou les mains sont appuyées sur

(1) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, t. III. — *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XII, p. 353 et suiv.

les cuisses, lesquelles restent rapprochées et à demi fléchies. C'est dans l'articulation des genoux que se passent les plus grands mouvements pendant la progression, que les jambes exécutent presque seules; les cuisses y participent peu, et les bras ainsi que le tronc restent pour ainsi dire passifs. Le malade évite tous les mouvements qui fléchissent le tronc en avant. Veut-il ramasser quelque chose, il s'avance jusqu'à l'objet, s'abaisse verticalement sur lui-même par la flexion des cuisses et des jambes, et le saisit d'une main, soit à côté de lui, soit entre ses pieds, et jamais en avant, tandis que l'autre main reste appuyée sur le genou correspondant. C'est à peu près par un mouvement analogue qu'il s'assied. La position du tronc, de la tête et des épaules, est à peu près la même pendant que le malade est couché que pendant qu'il est debout; mais le décubitus ne peut se faire que sur le côté. Si la maladie occupe la région cervicale, le tronc reste droit; mais la tête, privée de soutien, s'incline de côté et d'autre, et le malade la repose sur des supports étrangers.

Le plus souvent, pour peu que la gibbosité soit considérable, le changement de direction, opéré brusquement dans l'échine, exerce une influence fâcheuse sur la moelle épinière et sur les nerfs qui en partent; le malade éprouve dans les cuisses et dans les jambes, des pincements, des tiraillements plus ou moins douloureux, des secousses convulsives, de l'engourdissement; il s'en sert avec difficulté et maladresse; quelquefois même il se déclare, soit subitement, soit progressivement, une paraplégie complète avec ou sans paralysie de la vessie et du rectum, et souvent accompagnée de rigidité dans les membres affectés. Ces effets ne sont pourtant pas constants; les auteurs citent un assez grand nombre de cas dans lesquels la substance de la moelle se trouvait tout-à-fait interrompue, sans qu'il en soit résulté aucune difficulté dans les mouvements des membres inférieurs (1). La maladie peut, sous cette seconde forme, comme sous la première, se terminer par résolution ou par induration; alors les douleurs locales disparaissent, les accidents dépendants de la compression de la moelle diminuent, ou cessent même quelquefois tout-à-fait;

(1) Voyez *Archives générales de médecine*. Paris, 1825, t. VII, *Mémoires* de M. Velpeau, où les plus intéressantes de ces observations se trouvent rassemblées.

mais les malades conservent leur attitude vicieuse, leur démarche embarrassée, et leur gibbosité. Mais dans le plus grand nombre des cas, la carie est la suite de cette forme d'ostéite vertébrale. C'est souvent alors que la douleur locale s'éveille pour la première fois; quand elle existe déjà, elle augmente d'intensité; la courbure de l'épine et la gibbosité s'accroissent d'une manière remarquable, souvent aussi la peau devient sèche et chaude; le pouls s'accélère surtout le soir après le repas; le malade s'affaiblit. Au bout d'un temps plus ou moins long, quelquefois après quelques semaines, plus souvent après quelques mois, le pus vient former, comme dans la première variété, des abcès par congestion, aux lombes, sur les côtés du thorax, ou au-dessous des arcades crurales, et quelquefois, mais rarement, dans l'épaisseur de la fesse, selon la hauteur à laquelle la maladie a son siége, et selon que le liquide a suivi la direction des vaisseaux et des nerfs dorsaux, celle des vaisseaux intercostaux, celle des vaisseaux iliaques, ou des vaisseaux hypogastriques. On voit donc se former dans un des lieux indiqués, ou dans plusieurs à la fois, une tumeur indolore, molle et fluctuante dans toute son étendue dès le moment de son apparition, sans changement de couleur à la peau, et qui présente, en un mot, tous les caractères que nous avons assignés aux abcès par congestion. Lorsque la collection purulente s'est faite au-dessous de l'arcade crurale, elle disparaît en partie par la pression, à cause de la large communication qui est établie entre la partie extérieure du foyer et sa partie interne; mais les autres caractères de la tumeur sont si tranchés qu'il est impossible, pour peu qu'on y apporte la moindre attention, de ne pas la distinguer d'une hernie crurale, avec laquelle sa réductibilité semblerait pouvoir la faire confondre.

Pendant la formation de ces abcès, on voit assez souvent augmenter les symptômes de compression de la moelle épinière. Ces symptômes diminuent alors ou disparaissent complétement, lorsqu'une ouverture spontanée ou artificielle a procuré au pus une issue facile. Il est rare que le malade guérisse lorsque l'abcès s'est ouvert spontanément, parce que l'ouverture, toujours béante, permet à l'air de pénétrer dans le foyer, d'altérer les surfaces malades et le produit de la suppuration, et aussi parce qu'en général ces ouvertures spontanées ne se produisent qu'après que

la maladie a déjà fait de grands progrès, et que les foyers ont pris une extension considérable; cependant cet événement heureux n'est pas impossible. Mais, dans le plus grand nombre des cas, surtout lorsque le sujet est scrofuleux, les douleurs deviennent plus vives; le pus, qui ne présente d'abord que les caractères de celui de la carie simple, acquiert une odeur fétide; lorsqu'il y a paralysie de la vessie et du rectum, l'urine, après avoir distendu outre mesure la vessie, sort involontairement et d'une manière continue par l'effet d'un véritable regorgement, et à une constipation opiniâtre succèdent des déjections involontaires. Les téguments qui correspondent aux parties saillantes des os sur lesquelles repose le poids du corps s'ulcèrent ou se gangrènent; l'irritation sympathique des appareils nerveux, circulatoire et digestif s'éveille ou s'exaspère, et le malade périt dans les accidents de la consomption et du marasme.

Caractères anatomiques. Lorsque la maladie est encore à l'état d'inflammation simple, et qu'elle n'affecte que la superficie de l'os, on trouve ordinairement celui-ci légèrement rouge et gonflé dans le point affecté, ainsi que les tissus fibreux qui le recouvrent, et qui présentent tous les caractères anatomiques de la périostite; quand, au contraire, elle a débuté par le centre de l'os, on voit qu'un ou plusieurs corps de vertèbre sont affaissés sur eux-mêmes, rouges, gonflés, ramollis, et forment une espèce de bourrelet circulaire qui dépasse de toutes parts le niveau des vertèbres voisines, et qui, débordant dans le canal vertébral, comprime la moelle épinière. On vérifie également le changement de direction de la partie du rachis supérieure à la maladie, le redressement de l'apophyse épineuse, la courbure à angle du prolongement rachidien du cerveau, et son aplatissement Si l'inflammation s'est terminée par résolution ou par induration, les organes qui viennent d'être nommés sont à peu près dans les mêmes rapports, et présentent les mêmes déformations; mais les tissus dégonflés, privés du sang surabondant appelé par l'irritation inflammatoire, ont repris leur couleur naturelle. Enfin, quand il existe une carie, l'os est ou simplement érodé à sa surface, ou bien le corps d'une ou plusieurs vertèbres se trouve détruit, les ligaments vertébraux communs sont ramollis, les cartilages intervertébraux, en partie détruits, forment des restes de

cloisons qui séparent et indiquent les intervalles où existaient des portions d'os qui ont disparu, intervalles dont l'étendue est toutefois singulièrement diminuée par l'abaissement de toute la partie de la colonne vertébrale qui est supérieure à la maladie; presque toujours alors la moelle épinière participe à l'inflammation, et elle est rouge, gonflée, ramollie, ou même détruite dans une plus ou moins grande partie de son étendue. Autour de la carie existe un vaste foyer purulent, dans lequel on rencontre parfois des productions osseuses, irrégulières, stalactiformes, libres ou adhérentes aux parois du foyer, mais dont quelques unes, s'étendant en forme de jetée, de la portion supérieure de la colonne vertébrale à la portion inférieure, semblent indiquer les rudiments d'un travail de reproduction par lequel la perte de substance éprouvée par les os aurait pu un jour être réparée. Lorsqu'il existe des abcès par congestion, ils communiquent avec le foyer principal, à l'aide d'un trajet qui suit ordinairement la gaîne cellulaire des vaisseaux ou des nerfs principaux de la partie. Ce trajet et les foyers sont tapissés par une membrane de structure analogue à celle des membranes muqueuses, et qu'on trouve même parfois rouge, épaisse, enflammée et recouverte de fausses membranes, surtout lorsque l'abcès par congestion étant ouvert, l'air a porté son action irritante sur toute l'étendue du foyer. Lorsque la carie a été guérie, on trouve la perte de substance entourée par des ossifications irrégulières, qui remplacent la portion d'os détruite, et les foyers sont cicatrisés.

Traitement. Deux circonstances maîtrisent tout le traitement de l'ostéite vertébrale; la structure spongieuse du corps des vertèbres qui est très favorable au développement rapide de la maladie, et la profondeur à laquelle ces os sont situés, qui, d'une part, dérobe souvent aux yeux les plus clairvoyants le début de la maladie, et ne permet de la reconnaître que lorsque déjà elle a fait de dangereux progrès, et, d'autre part, les rend tout-à-fait inaccessibles à tout traitement local immédiat.

Il résulte de là qu'aussitôt qu'on s'aperçoit de l'existence du mal, il faut supposer qu'il est déjà avancé, et l'attaquer avec une énergie d'autant plus grande, qu'on est privé du moyen que l'expérience a proclamé être le plus efficace si l'inflammation venait à passer à la carie, ce à quoi elle a une très grande tendance.

Dès qu'un adulte se plaint d'éprouver depuis quelque temps dans la région du rachis une douleur qui, d'abord assez étendue, s'est concentrée sur un point; dès qu'un jeune enfant, arrivé à l'âge où il doit marcher, paraît avoir les extrémités faibles, ou surtout dès qu'après avoir marché il ne peut plus le faire, sans que cette faiblesse dépende d'aucune maladie apparente, il faut, dans tous ces cas, examiner avec attention la colonne épinière, pour voir si elle ne présente pas de gibbosité. On rencontre presque toujours alors ce signe; mais ne le rencontrât-on pas, l'existence de la douleur chez un sujet qui paraît prédisposé autoriserait suffisamment à attaquer la maladie avec énergie.

En même temps qu'on cherchera à combattre par un traitement approprié la disposition générale dont la maladie est un effet ou un symptôme, le malade gardera le repos sur un plan horizontal autant que possible; quelques applications de sangsues seront faites sur le point douloureux, et, sans perdre de temps, on exercera sur la peau et dans le tissu cellulaire sous-cutané, le plus près possible du mal, une irritation révulsive puissante. Cameron paraît être le premier qui ait mis en usage ce dernier moyen; c'est lui qui a fait connaître à Pott les avantages qu'il en avait obtenus; et c'est d'après lui que Pott, auquel on en attribue généralement l'idée, l'a essayé et mis en honneur. La meilleure manière de remplir cette indication consiste à appliquer d'abord, de chaque côté de la gibbosité ou de l'apophyse épineuse à laquelle correspond la douleur, un fort moxa que l'on convertit, après la chute de l'escarre, en un large cautère, dans lequel on place, pour les adultes, trois ou quatre pois. Ces cautères doivent être entretenus, non seulement pendant tout le temps que dure le traitement, mais encore longtemps après que tous les symptômes dépendants de l'engorgement des parties ont disparu. Aussitôt que les escarres de ces premiers moxas sont détachées, on en applique successivement plusieurs autres le long de la colonne épinière; mais ceux-ci, moins forts, ne doivent faire que des brûlures plus légères, et qui sont pansées de manière à les faire cicatriser aussitôt que l'escarre est détachée.

Ces moyens sont presque les seuls qu'on puisse employer lorsque l'inflammation s'est terminée par suppuration. Quant aux abcès par congestion, c'est surtout lorsqu'il s'agit de l'ostéite vertébrale qu'il faut surveiller leur apparition, parce que c'est surtout alors qu'il est important de suivre la pratique indiquée par le professeur Boyer, et qui consiste, comme il a été dit, à les ouvrir aussitôt qu'ils paraissent, par une ponction oblique à l'épaisseur de la peau, et à refermer l'ouverture jusqu'à ce que la collection s'étant reformée nécessite une nouvelle évacuation faite de la même manière. Ces ponctions, qu'on réitère suivant le besoin, étant faites à travers des téguments sains et susceptibles de se réunir par adhésion immédiate, on évite à peu près sûrement l'introduction de l'air dans l'intérieur du foyer, d'autant mieux que l'étroitesse de l'ouverture ménage l'écoulement du pus, et permet aux parties molles de revenir sur elles-mêmes au fur et à mesure que le liquide s'écoule. L'expérience a plusieurs fois confirmé l'excellence de cette méthode, ainsi que celle de Larrey, qui consiste à ouvrir la tumeur à l'aide du trois-quarts rougi au feu, mais qui doit être, comme nous l'avons dit, réservée pour les cas où les téguments altérés et amincis ne paraissent pas propres à devenir le siége d'un travail de réunion par adhésion immédiate.

Lorsque les abcès se sont ouverts spontanément, et qu'au moment où l'on est appelé près du malade l'air a déjà pénétré dans l'intérieur du foyer, il reste en général peu d'espoir de guérison; cependant les exutoires, le traitement interne, et, autant que le permet l'état des voies digestives, un régime propre à soutenir le malade sans l'exciter, doivent encore être essayés, quelque faibles que paraissent les chances de succès, parce que, lors même que ces moyens ne réussissent pas complétement, ils ont toujours pour effet de ralentir la marche de la maladie et de retarder le terme fatal.

Que penser des moyens mécaniques que l'on a proposés pour remédier à la courbure du rachis? Sans doute on peut reconnaître quelque analogie entre le ramollissement produit par l'état inflammatoire et celui qui est l'effet du rachitisme (voyez *Rachitis*), et s'appuyer sur un pareil rapprochement pour appliquer au premier le traitement qui convient au second. Cependant, si l'on compare la courbure brusque, anguleuse, et dirigée d'avant en arrière, la tendance très prononcée à la carie, les douleurs locales et les tiraillements ou l'engourdissement qui surviennent

dans les membres inférieurs, dans l'ostéite vertébrale, avec les courbures larges et latérales, la tendance à l'induration et l'indolence ordinaire du rachitisme, on trouvera quelques raisons de penser que ces deux maladies présentent des indications différentes, et que les tiraillements qu'on peut exercer impunément sur la substance ramollie de l'os affecté de rachitisme pourraient avoir pour effet de hâter la terminaison par suppuration dans l'os affecté d'ostéite proprement dite. On doit, à plus forte raison, s'abstenir de toute extension mécanique dans les cas où il existe une carie reconnue, et par conséquent une perte de substance, parce que, outre l'inconvénient très grave d'augmenter l'irritation, on rencontrerait celui de rompre ces espèces de jetées osseuses dont nous avons parlé, et qui sont destinées à suppléer à la perte de substance éprouvée par la vertèbre. Il faut donc, dans tous les cas, abandonner la courbure de l'épine à elle-même. Cette conduite est celle que tiennent la plupart des hommes de l'art, parce qu'ils pensent qu'il vaut mieux exposer le malade à une difformité certaine que d'augmenter les chances funestes d'une maladie qui est très souvent mortelle.

De l'ostéite sternale.

Le sternum est un des os qui s'enflamment le plus fréquemment; sa position superficielle et sa structure éminemment spongieuse rendent suffisamment compte de la facilité avec laquelle il devient le siége de l'irritation inflammatoire. Cette maladie peut attaquer isolément l'une ou l'autre des faces de l'os, toute son épaisseur, ou toute son étendue; quelquefois elle s'étend jusqu'aux cartilages des côtes.

Causes. Le plus souvent elle se développe spontanément chez les sujets scrofuleux ou atteints de syphilis; quelquefois elle est la suite des pressions directes; dans quelques cas, elle provient d'une inflammation du périoste, des plèvres ou du tissu cellulaire du médiastin antérieur, qui s'est étendue au sternum.

Symptômes, marche, durée, terminaisons et pronostic. Lorsque l'inflammation attaque la face antérieure de l'os, ou qu'ayant commencé par le centre de son épaisseur, le gonflement se prononce vers ce côté, la maladie est des plus faciles à reconnaître, soit qu'elle existe encore à l'état inflammatoire simple, soit qu'elle

ait laissé une exostose ou une hypérostose après s'être terminée par résolution, soit enfin que la suppuration en ait été le mode de terminaison. Les abcès se font sur le lieu même affecté. Il est également facile de reconnaître la maladie dès son début, lorsqu'elle affecte le bord de l'os et qu'elle envahit les cartilages des côtes, au gonflement des parties, ou aux abcès qui se forment; mais quand la maladie attaque d'abord la face postérieure de l'os, ou se dirige de ce côté, une douleur sourde est le seul symptôme qui se manifeste, et il est par conséquent impossible d'établir un diagnostic assuré. Lorsque la maladie se termine par suppuration, la circonstance d'une douleur ancienne, fixe, à laquelle se joignent de la toux, de l'oppression, surtout lorsque le malade est couché, peut bien faire soupçonner la vérité; néanmoins, ces symptômes sont encore si vagues qu'ils ne peuvent autoriser que des soupçons. Mais au bout d'un temps plus ou moins long, le pus fuse derrière le sternum et vient former sur les côtés de l'apophyse xiphoïde, ou dans l'intervalle de deux cartilages costaux, une collection qui présente tous les caractères d'un abcès par congestion; ou bien l'os se perfore, et le liquide vient soulever la peau qui recouvre sa face antérieure; dans tous ces cas, il est dès lors impossible de se méprendre sur le caractère de la maladie.

L'inflammation de la substance du sternum est accompagnée d'un gonflement assez rapide. Chez les sujets adultes et robustes, surtout si la maladie est due à l'infection syphilitique, ce gonflement disparaît assez souvent entièrement par l'effet d'un traitement antisyphilitique bien dirigé; dans quelques cas rares cependant, il reste pour toujours une exostose indolore après que la cause est détruite; quelquefois aussi, surtout lorsqu'on a attendu trop longtemps pour administrer le traitement convenable, l'inflammation se termine par la carie; mais cette terminaison est bien plus rapide et bien plus difficile à prévenir chez les sujets jeunes et scrofuleux.

L'inflammation simple du sternum ou celle qui est devenue simple par l'effet d'un traitement propre à en détruire la cause, peut, lors même que déjà elle a passé à la carie, se guérir spontanément. Dans le plus grand nombre des cas cependant, elle continue à faire des progrès ou reste stationnaire tant qu'on

n'emploie pas une opération chirurgicale. Tant qu'elle est bornée à l'os, elle ne constitue pas, en général, une maladie dangereuse, et elle ne le devient que lorsqu'elle est compliquée comme cause ou comme effet d'une altération profonde ou chronique du tissu des plèvres, du péricarde ou du poumon; elle tire alors toute sa gravité du mode d'altération qu'ont subi ces organes. Toutefois, lorsque la maladie a suivi une marche très lente, le désordre peut être porté très loin sans compromettre la vie. Harvey a vu le cœur mis à nu par la destruction du sternum et du péricarde sans que le malade ait paru en éprouver beaucoup d'incommodité.

Caractères anatomiques. Tant que l'affection est encore à l'état d'inflammation, ou lorsque, ayant passé à la carie, elle est superficielle et n'affecte que la face antérieure ou l'un des bords de l'os, les caractères anatomiques ne diffèrent pas de ceux que nous avons fait connaître en parlant de l'ostéite en général; mais lorsque la carie est profonde, les membranes séreuses qui sont placées derrière l'os présentent des altérations qu'il est utile de connaître. Elles sont détachées du sternum, épaissies, dures, quelquefois cartilagineuses dans toute l'étendue qui correspond au foyer qu'elles concourent à former. Cette disposition est très importante, car elle permet de retrancher toute la partie de l'os qui est malade, sans danger de léser la plèvre ou le péricarde. Cependant il faut savoir que, dans quelques cas rares, ces membranes elles-mêmes sont détruites, et que, lorsque la perte de substance faite à l'os par la maladie ou par l'art est assez considérable pour permettre d'examiner les parties intérieures, on trouve les poumons et le cœur à nu.

Traitement. Le traitement du gonflement inflammatoire, des exostoses et de la carie superficielle du sternum ne présente rien de particulier, c'est celui qui a été exposé plus haut. Il en est à peu près de même lorsque la carie est profonde et ne se fait reconnaître que par des abcès qui paraissent vers l'appendice xiphoïde ou sur les côtes du sternum; on doit se borner à traiter ces abcès conformément aux préceptes déjà plusieurs fois indiqués. Mais quand la carie a traversé toute l'épaisseur de l'os, ou quand elle affecte un de ses bords, conjointement ou non avec quelques uns des cartilages costaux, on doit, pour peu que la

maladie ait d'étendue ou menace de faire des progrès, chercher à la guérir ou à l'arrêter par une opération chirurgicale qui consiste à pratiquer la *résection* de toute la portion d'os altérée.

Cette opération est rendue facile et exempte de dangers par la séparation des parties molles d'avec la partie du sternum qui est cariée, laquelle se trouve ainsi complétement isolée. Pour l'exécuter, on commence par mettre à découvert la partie cariée en pratiquant aux téguments une incision cruciale dont on relève les lambeaux. Si la peau paraissait trop altérée, il faudrait circonscrire toute la portion malade entre deux incisions semi-elliptiques, et écarter ensuite les lèvres de la plaie pour reconnaître l'étendue du désordre. S'il ne consiste que dans une simple perforation dont les bords sont peu profondément altérés, on les retranche avec un couteau lenticulaire; lorsque l'affection est très étendue, on cerne toute la pièce malade avec quelques couronnes de trépan, et on la détache en faisant sauter avec la gouge et le maillet les languettes osseuses qui séparent les ouvertures que l'on a pratiquées; enfin, lorsque la maladie, partant des bords de l'os, s'est étendue à quelques cartilages des côtes, on emporte, avec la partie d'os malade, les cartilages qui sont affectés. On ne doit pas craindre, dans cette opération, d'intéresser l'artère mammaire interne, parce qu'elle a suivi les parties molles et s'est éloignée de l'os et des cartilages; mais dût-on nécessairement l'ouvrir, il n'en faudrait pas moins procéder à l'opération, parce qu'étant mise à découvert par l'ablation de la pièce osseuse, il serait très facile d'en faire la ligature.

L'opération terminée, on recouvre la plaie d'un linge fenêtré, par dessus lequel on place quelques boulettes de charpie fine qu'on soutient à l'aide d'une compresse et d'un bandage de corps. Peu à peu les membranes séreuses épaissies se rapprochent de l'ouverture, et leur face externe se recouvre de bourgeons celluleux et vasculaires qui viennent se confondre avec ceux que fournit la circonférence de la perforation de l'os. On abaisse alors les lambeaux de peau qu'on a conservés lors de l'opération, afin qu'ils se réunissent au fond de la plaie et concourent à la solidité de la cicatrice. Mais, dans quelques cas, la perte de substance est trop considérable; d'autres fois les membranes devenues cartilagineuses sont trop fixées dans le lieu qu'elles occupent pour que