voir chez les sujets scrofuleux les extrémités articulaires tuméfiées ; mais le plus souvent le gonflement osseux ne se montre que comme épiphénomène de la maladie principale, qui est constituée tantôt par une ostéite, une carie ou une nécrose de l'os, tantôt par des tubercules, tantôt par un ulcère profond, tantôt par une affection de la membrane synoviale articulaire, etc. En effet, il ne faut pas confondre les ostéophytes, c'est-à-dire les couches osseuses de nouvelle formation, auxquelles ces affections donnent lieu et qui ont pour caractère distinctif d'être minces, aplaties, étendues à la surface de l'os auquel elles n'adhèrent pas ordinairement d'une façon intime, avec les exostoses à base concrète et confinées sur une place déterminée de la longueur de l'os avec lequel elles se confondent. On ne pourrait, sous peine de confondre des choses très-différentes, ranger ces gonflements osseux au nombre des exostoses.

Les exostoses scorbutiques sont extrêmement rares. J. L. Petit rapporte que dans les années 1692 et 1693, il ne vit à l'hôpital de Bovigne, qui contenait toujours quatre ou cinq cents scorbutiques, que trois sujets affectés d'exostoses (*Traité des maladies des os*, t. II, p. 366). L'expérience de Cullerier vient à l'appui de la même opinion. Cependant il dit avoir vu plusieurs de ces tumeurs lorsqu'il était chirurgien de l'hospice de Bicêtre, où l'on observait alors un grand nombre de sujets affectés de scorbut parmi les prisonniers et parmi les vieillards. A l'époque où j'étais interne à la Salpêtrière, dans le service de M. Falret, en 1831, j'eus l'occasion de voir de nombreux exemples de scorbut à toutes les périodes de la maladie, et cependant je n'ai pas vu une seule de ces exostoses. Je suis donc porté à les considérer comme excessivement rares ; ce que confirmerait encore au besoin le passage suivant que j'emprunte à J. L. Petit : « Elles n'arrivent point au scorbut de toutes les espèces, et pour l'ordinaire c'est à celui qui est compliqué de rachitis, des écrouelles ou de la vérole. » Est-il permis dans ces cas d'attribuer l'exostose au scorbut, plutôt qu'aux autres causes qui peuvent agir simultanément.

Outre la goutte, qui produit souvent des nodosités autour des articulations, on a souvent mis au nombre des causes des exostoses le rhumatisme et le rachitisme ; mais leur influence est plus que contestable.

De toutes les causes générales, celle que nous voyons le plus souvent produire les exostoses, c'est la syphilis. On sait que ces tumeurs appartiennent à la période des accidents tertiaires ; nous aurons d'ailleurs occasion de revenir sur ce point en traitant du diagnostic.

Quelques médecins ont pensé que le mercure pouvait produire ces ostéocèles ; mais c'est là une supposition qui ne peut tenir devant une analyse rigoureuse des faits ; d'autres ont cru, avec Fallope et Fernel,

que le mercure agissant sur un sujet dont la constitution est déjà entachée par le virus syphilitique, pouvait alors déterminer l'apparition d'exostoses ; mais cette supposition n'est pas plus fondée que la première. Comment supposer, en effet, que le mercure, que nous voyons chaque jour amener la résolution des exostoses déjà développées sur des sujets affectés de syphilis, puisse les produire chez un sujet qui n'en présentait point avant le traitement ?

Pour terminer ce qui est relatif à l'étiologie, disons que les contusions des os peuvent produire ces tumeurs, lorsqu'elles ont été assez fortes pour déterminer un épanchement sanguin entre la surface de l'os et le périoste. Sur l'enfant que nous avons déjà cité d'après Abernethy, toute contusion sur un point quelconque des os faisait naître une exostose. C'est sans doute à cette cause qu'il convient de rattacher les exostoses qui se produisent sous l'influence de certaines professions, telles que celles du pubis que l'on a observées sur les écuyers.

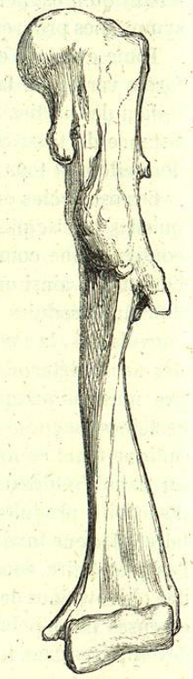

Fig. 220. — Exostose humérale développée sur la diaphyse au niveau de l'insertion deltoïdienne.

Ruysch pensait que la traction puissante exercée par certains muscles pouvait déterminer la formation d'une tumeur osseuse au niveau de leur point d'insertion. Il se fondait sur le siége habituel des ostéocèles multiples qui se remarquent principalement dans le voisinage des extrémités articulaires, là où les muscles des membres viennent prendre leurs plus solides insertions (fig. 220). Cette manière de voir a été combattue par M. Broca, au moins pour ce qui a trait au développement des exostoses que l'on observe à l'âge de la puberté. Suivant lui, ces tumeurs prendraient constamment naissance dans le cartilage de conjugaison, et seraient la conséquence d'un trouble survenu dans le développement de l'os en longueur, tandis que les exostoses qui surviennent après la période ostéogénique n'auraient pas la même tendance à se montrer exclusivement au voisinage des épiphyses. Ces propositions ont été habilement discutées par M. Soulier, et, bien qu'elles ne soient pas applicables à tous les cas, comme le prouve la figure ci-contre, cependant elles méritent d'être prises en considération, attendu qu'elles sont basées sur les recherches les plus récentes en ostéogénie (thèses de Paris, 1864). — Cette influence du travail d'accrois

sement des os sur le développement des exostoses, travail sur lequel plusieurs auteurs, et nous-même en particulier, avons depuis longtemps insisté, a été également indiquée par M. Virchow pour expliquer la naissance des exostoses dans les sinus frontaux et orbitaires. On sait, en effet, que le développement de ces sinus se poursuit jusque dans un âge avancé de la vie.

Enfin, dans certains cas rares, une exostose se développe à la surface d'un os sans qu'il soit possible de lui assigner aucune cause prédisposante ou occasionnelle.

Symptomatologie. — Les exostoses ont des symptômes communs que nous exposerons d'abord, nous réservant de faire connaître ensuite, autant qu'il est permis de le faire dans l'état actuel de la science, les symptômes propres à chaque variété.

Toute exostose est constituée par une tumeur d'un volume et d'une forme variables, faisant saillie au dehors, ou cachée profondément au milieu des parties molles, présentant une dureté qui rappelle la consistance du tissu osseux, intimement unie avec un des os sous-jacents dont elle suit tous les mouvements.

Ces ostéocèles ont généralement un accroissement très-lent; et lorsqu'elles ont acquis un certain volume, elles exercent sur les parties contiguës une compression dont les effets varient suivant le siége de l'exostose : ainsi on a vu de ces tumeurs développées dans l'intérieur du crâne produire des troubles nerveux de diverse nature, tels que des convulsions, la paralysie, l'épilepsie, etc.; d'autres, situées sur le trajet des nerfs, déterminer des douleurs extrêmement violentes, la paralysie des muscles auxquels allaient se distribuer ces nerfs, l'abolition de certaines fonctions des organes des sens, de la vue par exemple, le nerf optique étant comprimé par une tumeur développée sur le sphénoïde ou dans l'intérieur de l'orbite. On possède de nombreux exemples d'exorbitis produits par ces dernières tumeurs. Breschet a vu l'os maxillaire inférieur luxé par la pression qu'exerçait sur lui une exostose de l'os maxillaire supérieur. Tous les traités d'accouchement renferment des observations de dystocie reconnaissant pour cause des productions osseuses intra-pelviennes. Aux membres, lorsque les exostoses sont développées dans le voisinage des articulations, elles déplacent souvent les muscles, les tendons, et apportent ainsi une gêne plus ou moins considérable à l'accomplissement des mouvements. Il serait facile d'ajouter à cette énumération, déjà assez longue, beaucoup d'autres exemples qui montrent les effets que la compression exercée par une exostose peut produire sur les organes voisins; mais le lecteur suppléera aisément à ce que nous avons omis à dessein.

Les *exostoses osseuses* n'ont point généralement un volume considérable : souvent elles se bornent à produire une ou plusieurs petites

nodosités à peine perceptibles par le toucher, à la surface d'un os; d'autres fois la tumeur est bien circonscrite, hémisphérique ou pédiculée, présentant, en un mot, toutes les variétés de formes que nous avons indiquées à l'occasion de l'anatomie pathologique. L'accroissement, généralement lent, semble être en rapport avec la densité de la tumeur : ainsi les exostoses celluleuses se développent avec plus de rapidité que les exostoses éburnées. Celles-ci n'ont souvent encore qu'un petit volume au bout de plusieurs années. Quelques exostoses sont indolentes à toutes les époques de leur évolution; mais le plus souvent elles sont douloureuses à leur début, puis les douleurs disparaissent en même temps que la tumeur cesse de s'accroître. Tel est, en effet, le mode de terminaison habituel des exostoses qui ne sont entretenues par aucun vice général.

On voit quelquefois des symptômes de phlegmasie locale se développer autour des exostoses osseuses, et ces phlegmasies se terminer par suppuration. Tantôt alors il existe un simple abcès extérieur, semblable à toute collection purulente du tissu cellulaire sous-cutané, qui tend à se fermer après l'évacuation du pus; tantôt on trouve la surface de l'exostose mise à nu et même cariée. Mais cette complication est excessivement rare; j'en dirai autant de la nécrose, qui, dans certains cas, a été suivie d'une guérison complète. Un cas curieux de ce mode de guérison se trouve consigné dans un journal anglais (*Guy's Hospital Reports*) : la tumeur, développée dans l'os maxillaire supérieur, fut frappée de nécrose et complétement éliminée. Dans le petit nombre de faits où la nécrose a été observée, on a remarqué que la tumeur était formée par du tissu osseux éburné; la mortification s'explique facilement dans ce cas par la texture extrêmement dense de ces tumeurs, où l'on n'aperçoit point de vaisseaux. Enfin, on a vu le traumatisme fracturer les exostoses. C'est ce qui eut lieu chez deux malades observés par MM. Azam et Gosselin. Dans le premier, il s'agissait d'une tumeur développée dans l'aisselle d'une jeune fille de vingt-six ans, et qui produisit un double craquement pendant que celle-ci tirait de l'eau à un puits. Pendant l'extirpation, M. Azam découvrit encore quelques adhérences au scapulum et au tendon du grand dorsal. Chez le malade de M. Gosselin, il s'agissait d'une exostose du fémur qui fut opérée. La mort eut lieu par suite d'infection purulente.

Les *exostoses ostéo-cartilagineuses*, plus rares que les précédentes, peuvent atteindre un volume assez considérable. Leur forme est assez souvent sphéroïdale. Leur surface est mamelonnée. Comme elles sont enveloppées par une couche cartilagineuse, celle-ci cède parfois sous le doigt qui les presse; et cette circonstance peut induire en erreur, en faisant croire au déplacement de la tumeur, qui cependant est intimement soudée avec l'os sous-jacent. Cette méprise est surtout facile

lorsque l'exostose est recouverte par des muscles qui glissent à sa surface lorsque l'on cherche à lui imprimer des mouvements.

Ces ostéocèles sont habituellement indolentes, et ne gênent que par leur masse et par la compression qu'elles peuvent exercer sur les organes voisins. La peau, plus ou moins distendue, suivant le volume de la tumeur, conserve longtemps son aspect normal ; on remarque rarement des veines volumineuses qui rampent à sa face profonde ; mais on conçoit que, si elle subit une distension, elle s'amincit, devient lisse et peut s'enflammer facilement.

En résumé, le passage à un état stationnaire serait la terminaison habituelle des exostoses, et surtout de celles qui sont liées au développement du squelette et que nous appelons constitutionnelles ; mais ce résultat peut se faire attendre pendant un temps très-long, et la production morbide ne s'arrêter dans son développement qu'après avoir acquis un volume considérable.

Il nous reste encore un groupe d'exostoses qui mérite une description spéciale ; je veux parler des *exostoses vénériennes*. Celles-ci appartiennent à la classe des exostoses osseuses ; elles sont ordinairement précédées par une périostose ; or, on sait que M. Ricord reconnaît dans cette dernière affection trois variétés : la périostose 1° phlegmoneuse, 2° gommeuse, 3° plastique ; c'est cette dernière variété qui donne naissance aux exostoses syphilitiques. — Ces exostoses affectent certains lieux d'élection : c'est presque toujours sur les os placés immédiatement au-dessous de la peau qu'on les rencontre, et presque toujours sur la face sous-cutanée de ces os. Elles sont presque toujours latérales ; il est très-rare, en effet, qu'elles affectent toute la circonférence de la diaphyse. Les lieux où on les observe le plus souvent sont : la face interne du tibia, le bord antérieur de la clavicule ; la face externe du sternum, des côtes, des os du crâne ; le bord externe du radius, un peu plus haut que l'articulation radio-carpienne ; le bord postérieur du cubitus, à peu de distance au-dessous de l'olécrâne ; la face externe de la malléole péronéale.

Les exostoses vénériennes présentent rarement un volume considérable : tantôt elles forment une couche osseuse peu épaisse, déposée à la surface de l'os, tantôt une tumeur hémisphérique ou pédiculée. Leur surface est ordinairement régulière ; en un mot, comme elles rentrent dans la classe des exostoses osseuses, ce que nous avons dit de ces tumeurs leur est applicable.

Mais ce qui les distingue des exostoses osseuses non syphilitiques, c'est qu'elles donnent lieu à des douleurs qui ont un caractère particulier, et que l'on désigne sous le nom de douleurs *ostéocopes*. Ces douleurs se font ordinairement sentir pendant un temps plus ou moins long, trois à quatre mois, un an même, avant l'apparition de l'exostose.

Elles se distinguent des douleurs que M. Ricord désigne sous le nom de *rhumatoïdes*, et qui appartiennent à la période des accidents secondaires, aux caractères suivants : Les douleurs ostéocopes augmentent par la pression ; elles sont fixes, c'est-à-dire qu'elles occupent constamment le même point, et ordinairement un des lieux de prédilection des exostoses vénériennes, et de plus elles affectent le caractère des douleurs nocturnes. Les douleurs rhumatoïdes, au contraire, se développent ordinairement dans le voisinage d'une articulation, et non au niveau de l'articulation elle-même (douleur préarticulaire, Ricord), et, de plus, elles se déplacent, quittent le voisinage d'une articulation pour reparaître à une distance plus ou moins grande du point où elles s'étaient d'abord développées ; la pression ne les augmente pas.

Nous avons dit que les douleurs ostéocopes présentent le caractère des douleurs nocturnes ; cela exige quelques explications. C'est le plus ordinairement pendant la nuit, de onze heures du soir à trois ou quatre heures du matin, qu'elles se font sentir avec plus de force. Mais il faut bien remarquer que ce n'est point la nuit qui rappelle ces douleurs, mais bien le séjour au lit ; ainsi tel malade qui éprouve chaque nuit ces douleurs, ne les ressentira pas une nuit où il veillera sans se coucher. M. Ricord, qui a fait sur ce point des recherches suivies, a vu que les boulangers, qui se couchent le jour et travaillent la nuit, n'éprouvent leurs douleurs que pendant le jour ; chez eux, les douleurs, au lieu d'être nocturnes, sont *diurnes*. C'est donc à la chaleur du lit qu'il faut les rapporter. Certains malades éprouvent des douleurs continues : ce sont ceux qui, par leur profession, sont pendant tout le jour exposés à la chaleur d'un foyer ardent. Toutes choses égales d'ailleurs, les douleurs ostéocopes sont plus violentes pendant les saisons froides que pendant l'été, sans doute à cause de la différence plus grande de la température à laquelle le malade est soumis pendant le jour et pendant la nuit.

Outre les symptômes que nous venons d'énumérer, quelques exostoses présentent ordinairement, pendant leur développement, des signes d'inflammation ; les tissus ambiants sont rouges, douloureux, légèrement œdémateux. Quelquefois, mais cela est très-rare, un abcès se forme dans le voisinage de l'exostose. Nous répéterons ici que la carie et la nécrose sont des terminaisons rares dans les exostoses vénériennes comme dans les autres variétés que nous avons passées en revue.

La résolution est une terminaison que l'on obtient assez souvent par un traitement bien dirigé, et l'on atteint d'autant plus facilement ce but, que la tumeur est plus récente. En effet, l'exostose, qui, dans les premiers temps, était formée par un tissu celluleux contenant une trame vasculaire assez développée, acquiert plus de densité à mesure qu'elle devient plus ancienne, et finit par présenter la texture éburnée ; par-

venue à ce point, la résorption est impossible ; la tumeur reste stationnaire, et le traitement n'a d'autre effet que de combattre les douleurs ostéocopes. Lorsqu'une exostose est récente et qu'elle entre en voie de résolution, on voit sa surface, qui d'abord était régulière, devenir inégale, anfractueuse ; cela indique une résorption partielle. Quelquefois, lorsque toute la tumeur a disparu, l'absorption continue et fait éprouver à l'os une perte de substance, de sorte qu'une atrophie locale succède à une exostose. Cette remarque appartient encore à M. Ricord.

Diagnostic. — Une exostose placée à l'extérieur d'un os se reconnaîtra, en général, très-facilement, à l'aide des symptômes que nous avons exposés ci-dessus. Cependant il est bon d'être prévenu que l'on a plusieurs fois pris pour des ostéocèles des tumeurs complétement indépendantes des os. C. Hawkins (*loc. cit.*) parle d'un jeune garçon qui vint à l'hôpital de Guy, dans le service de Brodie, pour se faire traiter d'une tumeur placée dans l'orbite. Cette tumeur fut jugée être une exostose, et une opération fut entreprise d'après cette idée ; mais, au grand étonnement du chirurgien, des assistants et du patient, au lieu d'une exostose, on trouva un morceau de bois brûlé, long d'un pouce et large d'un demi-pouce : le malade, dans une explosion, avait été blessé à la région orbitaire un mois auparavant, mais il ne se doutait pas qu'un corps étranger eût pénétré sous la peau. Le docteur Mackenzie raconte qu'une tumeur squirrheuse de l'orbite fut prise pour une exostose et opérée comme telle. On se rappelle peut-être que nous avons fait mention, en traitant des anévrysmes, d'une tumeur résultant d'un anévrysme de l'artère poplitée guéri, qui fut pris pour une exostose, et pour lequel on pratiqua l'amputation de la cuisse. Enfin. M. J. Cloquet a montré à la Société de médecine une pièce où l'on voyait deux exostoses qui, nées de la face postérieure du pubis, avaient perforé la vessie, dans l'intérieur de laquelle elles faisaient saillie, de sorte que la sonde introduite dans cet organe aurait pu faire croire à l'existence d'un calcul. Nous verrons, dans les articles consacrés à l'arthrite sèche, au cancer et aux tumeurs enkystées des os, quels sont les signes qui peuvent aider à distinguer d'avec les exostoses ces tumeurs qui leur ressemblent par plusieurs caractères.

Lorsqu'une exostose est placée profondément, elle peut n'être reconnue qu'à l'occasion d'une contusion violente portée sur la région, et prise pour un cal vicieusement consolidé : c'est ce qui eut lieu chez un jeune homme qui se présenta en 1864 dans notre service à l'hôpital des Cliniques, six semaines environ après une chute sur l'épaule. Immédiatement après l'accident, ce malade s'était présenté à l'hôpital Beaujon. Le chirurgien, trouvant au voisinage du col de l'humérus une partie osseuse irrégulière, et pensant que ce dernier était fracturé, avait emprisonné le membre dans un appareil. Lorsque je vis le malade, je fus frappé de la forme aplatie, de la terminaison conique et de la direction oblique de cette tumeur, et je pensai que cette excroissance, qui avait été confondue d'abord avec une fracture et prise ensuite pour un cal vicieux, n'était sans doute qu'une exostose. Ma prévision fut bientôt confirmée, car en portant la main dans l'aisselle opposée, je découvris sur l'autre humérus une tumeur semblable et complétement symétrique.

Enfin lorsqu'une exostose est inaccessible à nos moyens d'exploration directe, on ne peut la soupçonner que d'après les troubles fonctionnels qu'elle détermine. Mais comme ces phénomènes morbides ne sont autre chose que le résultat de la compression exercée sur les parties voisines, et qu'une foule de tumeurs de nature diverse peuvent également produire cette compression, on ne sera autorisé à admettre l'existence d'une exostose que si d'autres tumeurs osseuses se rencontrent dans quelques points du corps.

Après avoir reconnu la présence d'une exostose, il faut en outre déterminer à quelle cause elle est due, car toute thérapeutique est souvent basée sur cette connaissance ; cela est surtout vrai pour les exostoses syphilitiques. Lorsqu'une tumeur se présente avec tous les caractères que nous avons exposés à l'occasion des exostoses vénériennes (voy. p. 502), le diagnostic ne saurait être douteux ; mais on sait que la pratique nous montre tous les jours des malades qui ne se présentent pas avec l'ensemble des symptômes qui appartiennent, pour ainsi dire normalement à la maladie ; dans ces cas, le diagnostic présente plus de difficulté. Il faut alors s'informer avec soin si le sujet n'a pas eu précédemment de chancres, et spécialement des chancres indurés ou des bubons ganglionnaires non suppurés ; on sait, en effet, que ce sont là les conditions qui annoncent infailliblement des accidents consécutifs, à moins que l'on ait recours à un traitement bien dirigé. Il faut en outre avoir égard à l'époque à laquelle se montre l'exostose, relativement au début des premiers symptômes vénériens ; car les accidents tertiaires auxquels appartiennent les exostoses dont nous traitons n'apparaissent pas, en général, avant le sixième mois, à partir de l'apparition du chancre. Si donc, vers le second, troisième ou quatrième mois après le début d'une affection syphilitique, on trouvait une exostose, il n'y aurait point lieu de croire que celle-ci dépend de cette affection ; il faudrait alors s'informer avec le plus grand soin si cette tumeur n'existait pas avant l'apparition des symptômes syphilitiques, s'il n'y a point eu de syphilis antérieure, dont cette exostose ne serait qu'une conséquence éloignée, si le sujet enfin n'a point été soumis à quelque autre cause capable de produire une exostose, telle qu'une contusion, etc. Je renvoie d'ailleurs, pour plus de détails, à l'article *Syphilis* de la *Pathologie médicale* de Requin.

L'exostose vénérienne peut très-aisément être confondue avec la périostose phlegmoneuse et gommeuse. La première sera caractérisée par les phénomènes d'une phlegmasie locale, qui tend à se terminer par suppuration; la seconde se reconnaîtra à sa consistance molle et pâteuse, indiquant l'existence d'un épanchement sous-périostal. Quant à la périostose plastique, nous avons vu qu'elle n'est pour ainsi dire que le premier degré de l'exostose. Il n'y a donc pas lieu d'établir un diagnostic entre ces deux affections.

On a indiqué plusieurs signes propres à faire reconnaître si une exostose est épiphysiforme ou parenchymateuse. Ainsi on a dit que la première présente une forme très-régulière et variée à l'infini; que sa superficie est inégale, raboteuse, stalactiforme; qu'elle siége sur la partie compacte des grands os; enfin que ces tumeurs sont ordinairement multiples, tandis que les exostoses parenchymateuses ont généralement une forme hémisphérique, une surface lisse et régulière, qu'elles se voient sur les petits os, enfin qu'elles sont ordinairement solitaires, etc. Sans rejeter d'une manière absolue les caractères distinctifs que je viens de rappeler, je ne pense pas qu'il soit possible de les présenter comme des données définitivement acquises à la science. Comment, en effet, aurait-on pu apporter dans l'étude des symptômes une semblable précision, lorsque chaque jour, après avoir scié une de ces tumeurs, on est dans l'impossibilité d'affirmer à quelle variété elle appartient? C'est là ce qui m'a empêché de présenter isolément, à l'exemple de quelques auteurs modernes, l'histoire de ces deux espèces de tumeurs.

Pronostic. — Toutes choses égales d'ailleurs, le pronostic des exostoses est subordonné à leur nombre, à leur situation et au degré de compression qu'elles exercent sur les organes voisins. Cette proposition n'a pas besoin d'être développée, après les détails dans lesquels nous sommes entrés à l'occasion de la symptomatologie.

Les exostoses de croissance sont moins graves que les autres, parce qu'elles acquièrent rarement un volume considérable. — Les exostoses vénériennes sont moins redoutables encore, parce que la science possède des moyens propres à en arrêter les progrès, et même à les faire disparaître. Rappelons-nous seulement que cette heureuse terminaison sera d'autant plus facilement atteinte que l'exostose sera plus récente.

Les exostoses, de même que la plupart des tumeurs, sont susceptibles de se généraliser. Les observations publiées par Laub et par Baillie au XVIII^e^ siècle, et quelques pièces déposées dans nos musées, suffisent à l'attester. Mais doit-on admettre l'infection par généralisation? Cette manière de voir a été indiquée par Müller. On sait, en effet, qu'il a décrit en 1843, sous le nom de cancer ostéoïde, une espèce de tumeur qui, tout en ne renfermant que des éléments osseux, peut affecter la marche des productions malignes. Nous verrons, en parlant des ostéo-

fibroplaxomes et des cancers des os, ce qu'il faut penser de cette variété de tumeurs.

Traitement. — Il peut être divisé en *médical* et *chirurgical*.

A. Le *traitement médical* convient lorsque la tumeur développée sur un os dépend d'une cause générale contre laquelle la médecine a quelque prise; au second appartiennent les exostoses qui résistent à toute médication interne et aux topiques propres à amener la résolution. On a dû voir dans l'étiologie que, si l'on en excepte la syphilis, les causes générales n'ont qu'une bien faible part dans la production des exostoses: aussi le traitement médical est-il presque exclusivement réservé aux exostoses vénériennes. — Ces dernières appartiennent, ainsi que nous l'avons dit, à la période des accidents tertiaires: aussi doit-on, avant tout, avoir recours à la médication par excellence de cette période, c'est-à-dire à l'usage de l'iodure de potassium: on le donne à la dose de un ou deux grammes, et jusqu'à quatre grammes par jour; il n'est pas toujours nécessaire d'atteindre cette dose. Il est rare que la douleur persiste au delà du septième jour après le commencement de ce traitement, dont l'effet se fait souvent sentir dès le troisième jour: on y joint ordinairement, pour hâter la résolution, l'application d'un emplâtre fait à parties égales de l'onguent de *Vigo cum mercurio* et d'extrait de ciguë. Sous l'influence combinée de ces deux moyens, on voit la tumeur se résoudre, si elle est récente et n'a point encore acquis une densité considérable. Dans le cas contraire, elle persiste, mais elle cesse de s'accroître et ne provoque aucune douleur. Dans tous les cas, ce traitement doit être continué pendant longtemps, deux ou trois mois, pour prévenir le retour des accidents. Avant que l'on eût appris à diriger convenablement la médication que je viens d'exposer, on avait souvent recours, pour combattre les douleurs ostéocopes, à l'application de vésicatoires volants sur le lieu même du mal, et il faut convenir que ce moyen réussissait ordinairement; mais le soulagement n'était que de peu de durée: aussi était-il nécessaire de revenir souvent à l'emploi de ce moyen. M. Ricord a vu un homme de lettres qui, n'ayant pu trouver aucun autre moyen pour calmer ses douleurs, s'était habitué à se placer des vésicatoires chaque fois qu'il souffrait: il en avait déjà eu près de quinze cents.

Pour les exostoses scorbutiques, le traitement interne consistera dans l'usage des antiscorbutiques pris dans les substances acides, les plantes de la famille des crucifères, les amers, les boissons fermentées; pour l'extérieur, dans des topiques stimulants tels que les lotions alcoolisées, aromatisées, les onctions avec le styrax liquéfié, dont Cullerier dit avoir souvent constaté les bons effets.

S'il existe des signes de scrofules, on aura recours au traitement général de cette affection (voy. *Scrofules*). Les Anglais vantent beaucoup