

ou suppurée circonscrite; l'inflammation diffuse, la panostéite correspond plus exactement à ce que nous appelons l'ostéomyélite. Nous décrivons deux variétés d'ostéite : 1° l'ostéite simple, plastique; 2° l'ostéite suppurée circonscrite.

#### 1° OSTÉITE SIMPLE, PLASTIQUE

**Étiologie.** — Tous les traumatismes, contusions, plaies, fractures, déterminent l'ostéite simple; les traumatismes abrités provoquent plus ordinairement cette variété. A ces causes d'ordre local il faut en ajouter une infinité d'autres d'ordre général; les unes agissent en modifiant la circulation (thromboses); d'autres sont des affections spécifiques qui se traduisent par des manifestations locales du côté du système osseux. Nous ne saurions accepter la division proposée par GOSSELIN, en ostéites traumatiques et spontanées, parce que ce dernier groupe ne répond plus aux besoins de la science actuelle, bien qu'il soit conservé par OLLIER.

L'âge exerce une influence très marquée; c'est surtout dans l'enfance et l'adolescence que les ostéites surviennent le plus fréquemment. Il y a même certaines ostéites qui sont en rapport avec la croissance du tissu osseux (*ostéites épiphysaires* et *apophysaires*). Les professions ne seraient également pas indifférentes; ainsi LANNELONGUE a signalé la fréquence des ostéites apophysaires chez les enfants qui exécutent dans leur métier des mouvements répétés et fatigants. ENGLISH, GUSSENBAUER (1875) ont aussi décrit une ostéite spéciale aux tourneurs en nacre, qu'ils attribuent à la production de thromboses et d'infarctus produits par la conchyoline.

ADAMS avait noté la coïncidence de l'ostéite et du rhumatisme; CADIAT, FÉRÉOL (1877) ont récemment insisté sur cette variété, et attiré l'attention sur la simultanéité de l'ostéite avec l'arthrite. GOSSELIN aurait observé la même ostéite sur les os longs sans arthrite. Les os plats n'en seraient pas exempts et CADIAT en a étudié un cas sur le maxillaire inférieur.

Nous ne dirons rien ici des *ostéites à forme névralgique* décrites par GOSSELIN, NAUD, etc. Rien n'autorise à en faire une maladie particulière, et dans plusieurs des faits cités par GOSSELIN, il s'agissait de foyers tuberculeux méconnus (Voy. ABCÈS DES OS).

**Anatomie pathologique.** — *Première période.* — A la première période, tout os atteint d'ostéite, qu'il s'agisse d'un os long, court ou plat, présente une congestion marquée, une prolifération des éléments médullaires, la disparition de la graisse, une raréfaction progressive ou résorption du ciment. L'aspect varie naturellement, suivant qu'il s'agit d'une diaphyse ou d'un os spongieux, mais le tissu compact a une véritable tendance à devenir spongieux. A cet effet, les systèmes de Havers sont raréfiés par la corrosion lacunaire d'Howship si l'irritation est vive, par la raréfaction lisse, uniforme, halistérique ou la fonte fibreuse si l'ostéite est plus légère et plus lente. Les ostéoblastes libérés vont grossir la couche de moelle des canaux, elle-même proliférée.

La diaphyse ainsi raréfiée a perdu ses caractères ordinaires; fraîche, elle montre sous le périoste épaissi et facile à décoller, des petits points rouges,

saignants, des cannelures parallèles à l'axe de l'os qui a une coloration rosée, bleuâtre. Son tissu paraît plus poreux, plus riche en suc; on peut l'entamer avec un couteau un peu fort, et, en le brisant avec un marteau, on fait sourdre du sang des surfaces de fracture; la moelle centrale est toujours hyperhémie. Après macération, l'os semble vermoulu.

L'aspect d'un os spongieux enflammé est également très caractéristique; richesse vasculaire du périoste, orifices des vaisseaux à la surface de l'os élargis, épiphyse plus facile à sectionner, telles sont les altérations qui frappent tout d'abord; la coupe montre une coloration rouge plus ou moins foncée, habituellement circonscrite. Il n'y a plus de graisse, les trabécules semblent plus grêles, les cavités irrégulières d'ordinaire agrandies.

Nous ne reviendrons pas sur les considérations générales relatives au mécanisme de la condensation et de la raréfaction qui ont été exposées (p. 607). Disons seulement que le travail de raréfaction semble proportionnel à l'intensité et à la persistance de la cause, et qu'il est très difficile de reconnaître la physionomie de l'ancien os.

*Deuxième période.* — Si la cause cesse d'agir ou si son action s'épuise, si les désordres locaux causés par le traumatisme sont réparés, la période de restitution commence; c'est ce que GERDY a désigné sous le nom d'*ostéite condensante*, KLOSE d'*ostéo-sclérose*, expression moins bonne que la première. En France on l'appelle encore *ostéite productive* ou *restitutive*. Seulement certains auteurs ont pensé que sous l'influence d'une irritation faible, l'ostéite pouvait être condensante d'emblée sans avoir été précédée par la forme raréfiante. La chose est possible, mais alors il s'agit bien plutôt d'un vice de nutrition que d'une maladie locale.

L'ossification se fait par l'apposition de couches concentriques dans les canaux de Havers et à la surface des trabécules usées ou corrodées par un mécanisme que nous avons déjà exposé. A la raréfaction succède insensiblement la condensation qui donne constamment un os plus irrégulier, n'offrant plus dans les systèmes de Havers cette admirable disposition de couches de fibres et d'ostéoblastes, ces lignes de ciment (*Kitlines*) étudiées par EBNER. Le tissu spongieux qui primitivement était mou et friable devient ferme, résistant, plus dense et difficile à couper au couteau.

Quelques auteurs, et parmi eux nous citerons GOSSELIN, LANNELONGUE, CORNIL et RANVIER, admettent que l'ostéite condensante peut être poussée à un degré tel que les vaisseaux des systèmes de Havers soient oblitérés; l'ischémie progressive amènerait la nécrose. Nous croyons que l'ostéite simple et franche ne présente jamais cette terminaison, qui n'existe pas plus ici que dans le cas d'ostéites spécifiques.

Enfin, l'irritation ne reste pas confinée à une zone étroite du tissu osseux; elle retentit toujours sur le périoste voisin; il en résulte une périostite ossifiante qui explique le gonflement et la déformation des os. Avec le temps ces productions périphériques temporaires disparaissent ou s'affaiblissent notablement. Les cas cités par DUPLAY à la Société de chirurgie, en 1878, sous le nom d'ostéopériostite à forme subaiguë avec résolution, appartiennent à cette variété.

**Symptômes.** — Comme pour toutes les maladies des os, la douleur et le gonflement sont les indices de l'ostéite simple; ils ne s'accompagnent pas de fièvre. La douleur paraît plus sourde que dans les affections suppurées; l'évolution de l'ostéite est essentiellement chronique; la marche, la fatigue, la pression exaspèrent la souffrance. Les parties molles ne participent généralement pas à l'inflammation plastique de l'os, aussi n'y a-t-il aucun symptôme appréciable de ce côté. Les troubles fonctionnels sont quelquefois très marqués; il y a des raideurs articulaires, de l'atrophie musculaire, des déformations.

L'ostéite simple se termine le plus souvent par résolution, après une longue période pendant laquelle on constate les traces de l'ostéite condensante et des appositions périostiques. Si l'irritation devient plus vive, si la constitution est altérée par quelque maladie intercurrente, l'ostéite simple passe à la suppuration.

**Diagnostic.** — S'il y a eu un traumatisme antérieur, l'existence d'une douleur fixe, d'un gonflement localisé, fait aisément reconnaître une altération circonscrite de l'os. Dans les cas où la cause est spécifique, d'ordre interne, le diagnostic devient parfois fort malaisé, et ce n'est guère que par exclusion que l'on arrive à admettre une ostéite simple. D'ailleurs il n'y a pas une seule maladie des os qui ne présente à l'une ou l'autre période les lésions de l'ostéite simple, plastique. Dans quelques-unes la résorption va jusqu'à l'ulcération, comme dans le tubercule; dans d'autres, la condensation va jusqu'à l'éburnation. Ailleurs la nature de l'affection est très difficile à déterminer; ainsi les ostéites centrales des os courts et des épiphyses ne se manifestent d'ordinaire que par un symptôme, la douleur, et ce signe n'est pas suffisant pour porter un diagnostic. Cependant, quand il n'y a pas de cause traumatique appréciable, il faut songer à l'un des trois états pathologiques suivants: le tubercule, la syphilis et le rhumatisme.

Le siège spécial de certaines ostéites apophysaires, chez les adolescents, fera toujours reconnaître la véritable nature de ces hyperostoses qui ont, d'après LANNELONGUE, des analogies avec l'exostose de croissance. Une attention suffisante permettra d'éviter de grossières erreurs, et on n'enlèvera pas, comme on l'a fait, tout un maxillaire inférieur atteint d'ostéite simple, prise pour un néoplasme.

**Traitement.** — Tout le soin du chirurgien doit se borner à diminuer l'irritation et à provoquer la résolution de l'inflammation pour éviter la suppuration beaucoup plus grave. A cet effet, le repos, les cataplasmes, l'immobilité, les révulsifs locaux, la compression élastique, les bandages ouatés, silicatés rendent de grands services; s'il s'agit d'une maladie spécifique, ces moyens ne suffisent plus, il faut y joindre un traitement général. Dans les cas où la douleur est vive, OLLIER et PONCET ont proposé de larges débridements dans les ostéopériostites non suppurées.

## 2° OSTÉITE SUPPURÉE

**Étiologie.** — Elle peut résulter de l'ostéite simple ou être produite d'emblée par l'action locale d'une cause irritante. Nous n'aurons en vue ici que l'ostéite suppurée circonscrite qui accompagne les traumatismes du tissu osseux, se produit à la suite des opérations, des résections, des évidements, etc. A côté de cette variété dans laquelle il s'agit d'une ostéite traumatique et exposée, il convient de placer les ostéites appelées *spontanées* par GOSSELIN, OLLIER, qui en réalité relèvent toujours d'une cause encore inconnue dans son essence, étroitement liée aux maladies générales (pyrexies, maladies infectieuses, maladies à microbes et à virus). La meilleure preuve est que la production expérimentale de l'ostéite suppurée circonscrite paraît impossible. On obtient bien le travail irritatif qui aboutit à la résorption et à la condensation, on peut déterminer la nécrose, mais personne n'a réussi à obtenir la suppuration du tissu lui-même. Aussi nos connaissances sur le processus de la réparation sont-elles assez obscures; les auteurs décrivent isolément les abcès des os qui devraient rentrer dans l'ostéite suppurée. Cependant le tubercule, la syphilis, la fièvre typhoïde, etc., prédisposent à l'ostéite suppurée, et les travaux récents ont montré qu'il s'agissait là d'une ostéite susceptible, par places, de dépasser le premier degré que nous avons décrit.

1° *Ostéite traumatique.* — La suppuration établie dans les os à la suite d'un traumatisme est naturellement curative, c'est-à-dire qu'elle résulte de l'organisation d'une membrane granuleuse formée de la façon suivante aux dépens du tissu osseux. S'agit-il d'une plaie épiphysaire, la moelle s'enflamme, prolifère; les premières rangées de trabécules sont en partie résorbées par l'ostéite raréfiante, et les cellules embryonnaires s'organisent en membrane granuleuse; celle-ci reçoit ses anses vasculaires de la moelle. La suppuration apparaît ainsi à la surface de la plaie qui se rétrécit peu à peu, à mesure que la cicatrisation s'effectue. Celle-ci amène toujours l'adhérence de la cicatrice à l'os et la reproduction partielle de l'os par le périoste.

2° *Ostéite suppurée non traumatique.* — Il n'y a que deux manières de comprendre la suppuration du tissu osseux: 1° par le fait d'une cause qui oblitère les vaisseaux, amène la mort d'un certain territoire osseux; l'os nécrosé peut éventuellement déterminer dans le tissu ambiant, la formation d'un sillon d'élimination, l'organisation d'une membrane pyogénique et la production de pus qui reste sur place ou bien le plus souvent se fait jour au dehors; 2° par l'action directe d'un agent phlogogène, virus ou microbe, provoquant dans une zone variable une diapédèse abondante, la prolifération de la moelle, la destruction de ces éléments, en un mot la suppuration. Mais cette fois le pus est infiltré dans les trabécules de l'os. Ces idées, encore neuves, ont été émises en partie par HUETER, et les recherches de KORTEWEG sur les nécroses aseptiques semblent venir à l'appui. La nécrose ne détermine pas la suppuration si le foyer nécrotique se trouve dans des conditions aseptiques.

Ces deux modes de production de la suppuration s'ajoutent parfois l'un à

l'autre. Dans ces divers processus, la moelle seule fait la suppuration, le tissu osseux n'y est pour rien. Cependant, suivant la lenteur de l'irritation, la trame osseuse présente les modifications les plus variées; tantôt c'est une résorption qui peut même, dans quelques cas, être complète comme dans certains abcès rares du tissu osseux. Très souvent l'os a subi une raréfaction lacunaire intense, enfin, dans bien des circonstances, l'os privé de ses moyens de nutrition s'est nécrosé; les séquestres ainsi produits peuvent être raréfiés ou condensés, quelquefois normaux.

De ce qui précède il est logique de conclure qu'il n'y a pas d'ostéites suppurées en dehors des ostéites liées à la nécrose et des ostéites spécifiques produites par un agent évoluant dans l'os comme partout ailleurs, en provoquant la destruction du tissu et la suppuration. On comprendra dès lors pourquoi nous n'insisterons pas longuement sur l'anatomie pathologique d'une affection dont l'aspect change avec la nature de la cause. Une ostéite suppurée dans la convalescence d'une fièvre éruptive, d'une fièvre typhoïde, ne ressemble nullement à celle que produit si fréquemment le tubercule.

Le pus contenu dans ces abcès varie également beaucoup suivant la nature de la cause; dans le cas de suppuration autour d'un séquestre, le pus est franc, bien lié, louable, à odeur fade; s'agit-il d'un agent septique dont l'action restée localisée, le pus est fétide, mal lié, parfois jaune verdâtre; enfin, tout le monde sait que le pus tuberculeux ne ressemble à aucun autre; souvent dans l'os il est constitué par de la matière caséuse et des grumeaux. Ces conditions si variées nous expliquent les incertitudes qui règnent encore dans la science sur la question de l'ostéite suppurée; c'est là aussi l'origine de la distinction entre l'ostéite suppurée simple et la carie; elles ne diffèrent que par les propriétés variables de l'agent infectieux.

Les tissus voisins participent toujours à l'inflammation suppurative de l'os; nous avons vu que dans le cas de nécrose, ils fournissent la membrane pyogénique et le pus; c'est encore eux qui, s'il se fait une suppuration septique, produisent le pus nécessaire à l'élimination des débris gangreneux. Lorsque l'ostéite est superficielle, le pus s'accumule sous le périoste; il existe en réalité une ostéopériostite susceptible de s'ouvrir au dehors. Si l'ostéite est interstitielle, le pus se fraye un passage vers le périoste, circonstance heureuse, quelquefois aussi vers une articulation, le canal médullaire, circonstance grave parfois suivie de redoutables complications.

Comme nous venons de le voir, l'ostéite suppurée est intimement liée à la nécrose; on ne peut même pas comprendre la suppuration du tissu osseux sans nécrose, à moins d'admettre, fait quelquefois vrai, que la suppuration a été précédée d'une période assez longue pendant laquelle s'est faite la régression totale du tissu osseux. Il faut bien accepter ce mécanisme pour comprendre la production de ces abcès enkystés, cause de surprise pour tous ceux qui les ont rencontrés et sur lesquels nous reviendrons bientôt.

Les séquestres résultant de l'ostéite suppurée sont généralement peu volumineux et ne ressemblent en rien à ceux de l'ostéomyélite. Souvent parcellaires, semblables à des aiguilles allongées quand il s'agit d'ostéite des diaphyses, ils affectent ordinairement la forme sphérique dans les épiphyses et

les os courts; leur volume varie alors depuis un grain de chènevis jusqu'à une noix.

**Symptômes.** — L'ostéite suppurée ne se manifeste pas par des symptômes pathognomoniques. Si dans certaines circonstances il y a de la fièvre, un état général mauvais, coïncidant avec des douleurs locales intenses, un retentissement sur les articulations voisines, une tuméfaction diffuse du périoste, de l'impotence fonctionnelle, dans d'autres cas la suppuration se produit dans l'os à l'insu du malade lui-même! Cependant les exemples d'indolence complète sont très rares et ne se rencontrent guère que dans les ostéites tuberculeuses.

La douleur est encore ici un phénomène commun; tantôt sourde, profonde, contusive, tantôt à forme névralgique, elle constitue parfois le seul signe appréciable, et GOSSELIN, en raison de sa persistance jointe à la gravité des troubles fonctionnels, a cru devoir décrire une variété d'*ostéite à forme névralgique* (NAUD).

En dehors de la douleur et des phénomènes généraux, tous les autres symptômes n'appartiennent pas en propre à l'ostéite suppurée; ce sont les complications inévitables, la réaction du périoste qui suppure, l'œdème du membre, le gonflement localisé. FOLLIN, dans le cas d'ostéite superficielle, a noté une élévation de température locale. L'ostéite suppurée a toujours une évolution assez lente et, dans les circonstances les plus simples, il s'écoule plusieurs mois avant la guérison; celle-ci survient lorsque le pus s'est fait jour au dehors, et que les séquestres, s'il y en a, ont été éliminés. Dans les ostéites suppurées spécifiques, la cavité de l'abcès se transforme fréquemment en un foyer de carie tuberculeuse ou syphilitique. Enfin si le séquestre a un plus grand volume, la durée est encore plus longue. D'après les auteurs, les abcès des os seraient susceptibles de s'enkyster; nous verrons bientôt ce qu'il faut en penser.

**Diagnostic.** — Il ne saurait être question que des suppurations qui débent insidieusement, car dans les cas traumatiques, l'exagération des symptômes locaux et généraux, la fluctuation sous-périostique mettront facilement sur la voie. Le diagnostic de la suppuration des épiphyses et des os courts est un des problèmes les plus ardu de la pathologie; bien souvent on n'a que des présomptions. Une douleur intense accompagnée de fièvre, d'un gonflement dur, persistant, dans un point limité de l'os, feront soupçonner la formation du pus; il est quelquefois possible, au niveau des apophyses, de sentir le périoste soulevé par le pus; mais lorsqu'il n'y a que de la douleur et du gonflement, le chirurgien ne peut que présumer l'existence d'un abcès. Aussi a-t-on, depuis quelques années, non seulement conseillé l'incision préventive mais encore la trépanation exploratrice; l'emploi d'un perforateur rendra également des services. Si ces essais ont échoué, il y a dans la science nombre de faits bien observés dans lesquels on a donné de cette façon issue à des collections.

**Pronostic.** — L'ostéite suppurée est toujours une affection grave: 1° parce que la cause en général spécifique retentit sur toute l'économie; 2° la suppuration peut devenir diffuse et amener les complications de l'ostéomyélite; 3° toute maladie qui met le tissu osseux en contact avec l'air extérieur crée

des chances d'infection générale; 4° l'affection a une évolution essentiellement longue et la terminaison par nécrose, l'une des plus favorables, est elle-même dangereuse; 5° le traitement rendu incertain par les indécisions du diagnostic est difficilement réglé.

**Traitement.** — LAUGIER a essayé de produire le dégorgeement de l'os au moyen d'une canule aspiratrice qu'il enfonçait dans le tissu spongieux enflammé; il espérait ainsi faire avorter l'ostéite suppurée. Ses essais n'ont pas été fructueux et sa pratique est peu recommandable. Les sangsues, les révulsifs locaux, les vésicatoires nous paraissent préférables; le repos, l'immobilité sont indispensables.

Dès qu'on perçoit la fluctuation d'une collection sous-périostique, il faut ouvrir largement; l'incision convient également bien dans les cas où l'on a lieu de soupçonner l'existence d'un foyer inflammatoire intra-osseux. Après avoir vidé les abcès, il sera bon de faire des lavages antiseptiques, d'explorer la surface de l'os pour chercher s'il n'y a pas quelques petits séquestres ou un pertuis conduisant dans une cavité voisine. Dans ces circonstances l'indication est d'agrandir la plaie et d'enlever les séquestres, s'ils sont mobiles; la cavité sera drainée et les fistules maintenues béantes.

Les cas réellement difficiles concernent les ostéites suppurées profondes; les dangers de l'expectation sont si grands, les complications si redoutables, qu'il faut même avec les signes d'une simple présomption, perforer l'os avec une tarière, la pyramide du trépan, ou appliquer une ou plusieurs couronnes.

### § 3. — Abcès des os

**Bibliographie.** — DAVID, *Mém. sur les abcès des os*, in *Prix de l'Acad. de chirurgie*, 1764, t. IV, p. 186. — BRODIE, *Med. Chir. Transact.*, t. XVII, 1832, et *Lecture illustrative in Pathology and Surgery*, 1846. — BENZ, *Journ. des connaissances médico-chir.*, t. 1<sup>er</sup>, p. 24, 1848. — STANBY, *Half Yearly Abstracts of the Med. Science*, t. XI, 1850. — LEE, *London Journal of Medicine*, t. IV, p. 7, 1852. — ERICHSEN, *The Lancet*, t. II, 1856. — BROCA, *Cyclopedia of Practical Surgery*, by Costello, t. III, p. 411. — C. BLACKMANN, *American Journal of the Med. Sciences*, t. LXVIII, 1869. — SAVORY, *The Lancet*, 1874, t. 1<sup>er</sup>, p. 791. — DUPLAY, *Tribune médicale*, 1875, et *Progrès médical*, 1878, p. 2. — GOSSELIN, *Bull. Acad. de médecine*, 1875. — LANNELONGUE et COMBY, *Arch. gén. de méd.*, 1879. — CHASSAIGNAC, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1879. — DURET, *Progrès médical*, 1879, p. 361. — *The Lancet*, 1878, t. II, p. 121, et 1882, p. 815. — TRÉLAT, HEURTEAUX, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1881. — *Revue de Hayem*, t. XIX, p. 229. Thèses de Paris. — 1865, E. CRUVEILHIER. — 1868, NAUD. — 1876, PERRET. — 1879, GOLAY (Bibliogr.). — 1880, GOUREAU, LAGRANGE. Consulter les articles OS, MOELLE, JAMBE des *Dictionnaires* et les *Classiques*.

**Historique.** — DAVID avait, au siècle dernier, signalé l'existence de foyers purulents localisés dans les os et pour lesquels il avait proposé la trépanation. En 1836, BRODIE attira de nouveau l'attention sur cette question et décrivit quelques cas d'abcès des os. De nos jours des travaux multiples ont

ramené ce sujet à l'ordre du jour. E. CRUVEILHIER, dans sa thèse sur les abcès douloureux des épiphyses (1865), a rassemblé tous les faits connus. GOSSELIN, sous le nom d'ostéite à forme névralgique, décrit une affection qui simule l'abcès des os et s'y rattache par quelques caractères. Sous l'impulsion de ces travaux les observations se multiplièrent et GOLAY, dans sa thèse (1879), put réunir plus de cent cinquante cas (150) d'abcès des os qu'il désigne sous le nom d'*abcès douloureux des os*.

Les découvertes récentes sur les ostéites spécifiques, les recherches de VOLKMANN, LANNELONGUE, KIENER et POULET, KÆNIG, etc., ont permis de mieux comprendre le mode de formation, l'étiologie et la véritable nature de ces collections circonscrites du tissu osseux, qui méritent bien réellement une description spéciale. Les travaux de LANNELONGUE et COMBY, LAGRANGE, sur les abcès de l'ostéomyélite prolongée, de CHASSAIGNAC sur les abcès médullaires ont encore jeté un peu de lumière sur cette question assez obscure de la pathologie des os.

Nous exposerons l'histoire des abcès des os, telle qu'elle est écrite par les observateurs les plus compétents, en nous réservant de montrer, chemin faisant, comment on peut expliquer bon nombre de ces collections.

**Étiologie.** — GOLAY, l'auteur du travail le plus complet sur le sujet, range dans deux groupes les causes des abcès des os : 1° prédisposantes; 2° occasionnelles.

1° *Causes prédisposantes.* Age. — L'enfance et l'adolescence sont plus exposées aux abcès des os, mais cette affection n'est pas absolument rare dans l'âge adulte. L'activité physiologique des os, à cette période de la vie, semble une circonstance suffisante pour rendre compte de la prédisposition du sexe masculin; les professions fatigantes, le surmenage seraient également favorables au développement des abcès des os. L'influence de la constitution est niée par beaucoup de chirurgiens qui ont vu survenir la maladie sur des sujets robustes. GOLAY conclut « que la diathèse scrofuleuse (lisez tuberculeuse) ne doit pas entrer dans l'étiologie des abcès douloureux des os ».

LANNELONGUE, dans son mémoire sur la tuberculose des os, s'est montré assez disposé à rapporter à la tuberculose une partie des abcès des os décrits par E. CRUVEILHIER, GOLAY; et nous allons plus loin en déclarant que plus de la moitié des abcès des os sont des tubercules primitifs, chroniques, appartenant à la variété enkystée de NÉLATON. Quelques cas peuvent être rattachés à la syphilis, à l'arthritisme (GOSSELIN, NAUD) ou au rhumatisme.

En 1875, GOSSELIN a signalé les liens de ces abcès des os avec l'ostéite aiguë. Cette idée a été reprise plus récemment et LANNELONGUE, LAGRANGE, CHASSAIGNAC ont essayé de déterminer une variété d'abcès aigus liés à l'ostéomyélite. D'autres ont avec l'ostéomyélite chronique de LANNELONGUE des relations étiologiques qu'on ne saurait méconnaître.

2° *Causes occasionnelles.* — Il y a bien peu de cas où les traumatismes n'aient pas été invoqués pour expliquer l'apparition des abcès des os. Les contusions, les chutes, les entorses sont mentionnées dans nombre d'observations; mais il n'est pas toujours possible d'attacher une grande valeur aux lésions