

portion effilée ces os nécrosés présentent des lacunes annulaires par où passent des travées osseuses qui réunissent l'os périostique à l'os médullaire. Aussi croyons-nous qu'il serait utile d'exercer des tractions continues sur de semblables séquestres, afin d'assurer la résorption lente de ces brides transversales. Ce traitement devra être préféré à l'évidement toujours dangereux.

Nous ne mentionnerons que pour mémoire en terminant les essais de dissolution des séquestres tentés par DELPECH, POUJET, au moyen des acides dilués. Les acides chlorhydrique ou picrique seraient les moins mauvais; ces moyens théoriques agissent si lentement et semblent si dangereux pour la gaine du séquestre, qu'on ne peut concevoir leur application que dans des cas très restreints.

CHAPITRE VII

AFFECTIONS TUBERCULEUSES ET SYPHILITIQUES DES OS

§ 1^{er}. — Affections tuberculeuses des os

Bibliographie. — DELPECH, *Traité des mal. réputées chirurgicales*, t. III, 1816. — NICHET, in *Gaz. médicale*, 1835. — REID, *Ann. de la chir. franç. et étrangère*, 1843. — PARISE, *Arch. gén. de méd.*, 1843. — TAVIGNOT, *L'Expérience*, 1844. — DUPLAY, *Soc. de chir.*, 1875. — VOLKMANN, in *Sammlung klinischer Vorträge*, 1879. — LANNE-LONGUE, *Abcès froid et tuberculose osseuse*, 1884, et *Bull. de la Soc. de chir.*, 1879. — KIENER et POULET, in *Arch. de physiol.*, 1883. — OLLIER, *Lyon médical*, 1883. — KÖNIG, *Die Tuberculose der Knochen u. Gelenke*, Berlin, 1884. — E. VINCENT, *Encyclop. de chir.*, t. IV, 1884. — CHARVOT, *Gaz. hebd.*, 1879, et *Rev. de chir.*, 1884. Consultez les articles OS, OSTÉITE et CARIE des *Dictionnaires* et des *Traités de pathologie*.
Thèses de Paris. — 1836, NÉLATON. — 1880, LEROUX. — 1865, RANVIER. — 1881, MIDON. — 1882, RODIÉ, TALBÈRE. — 1883, DUBAR (Agrég.), CH. NÉLATON (agrég.).

Historique. — L'histoire du tubercule des os appartient à peu près complètement à notre siècle. Nous décrirons successivement trois périodes principales.

Première période. — Quelques chirurgiens attribuaient déjà, au siècle dernier, la carie de la colonne vertébrale à la présence des tubercules; mais le mot tubercule avait pour eux une signification si vague qu'il semble difficile de tenir compte de leurs idées. D'ailleurs, toutes les maladies des os étaient alors à peu près confondues, et quand LOUIS sépara la nécrose de la carie il apporta une classification provisoire bien insuffisante aujourd'hui.

C'est aux travaux de LAËNNEC sur le tubercule du poumon qu'il faut faire remonter l'origine des études sur le tubercule des os. DELPECH, NICHET, PARISE et bientôt NÉLATON (1836) recherchèrent et découvrirent dans les os malades la présence du même produit morbide. NÉLATON surtout, dans une thèse restée

classique, démontra péremptoirement l'existence du tubercule des os et poussa l'analogie entre le tissu osseux et le poumon au point de décrire, comme LAËNNEC, deux formes dans ce dernier organe, l'une enkystée, l'autre infiltrée. C'était tout un groupe de faits qu'il fallait séparer de la carie, considérée comme une inflammation suppurative et destructive du tissu osseux. RIED reprit quelques années plus tard l'étude de cette question, et attaqua dans ce qu'elles avaient de trop absolu les conclusions de NÉLATON qu'il accuse d'avoir forcé l'analogie entre le tubercule de l'os et du poumon; il pense de plus que l'existence de cavités kystiques autour du tubercule est un phénomène rare. A propos des rapports de la carie avec le tubercule des os, RIED avoue que « lorsqu'une caverne tuberculeuse s'est ouverte au dehors et complètement vidée, il n'y a plus moyen de la distinguer d'un foyer de carie parce que l'influence de l'air convertit la caverne primitivement tuberculeuse en une vraie cavité caséuse ».

Ainsi, dans cette première période, des travaux multiples établissent la dualité entre la carie et le tubercule des os. Il faut avouer que ces idées ne furent pas admises par la majorité.

Deuxième période. — VIRCHOW modifia la conception de LAËNNEC sur la tuberculose, et ne consentit à admettre comme réellement tuberculeuses, que les affections qui présentaient la granulation grise. Pour lui les inflammations caséuses ne sont nullement tuberculeuses. Les idées de VIRCHOW, assez généralement acceptées pendant vingt-cinq ans, n'ont pas peu contribué à faire regarder comme inflammatoires les suppurations caséuses des os, et on ne reconnut plus comme tubercules des os, que les granulations grises telles qu'on les trouve dans la granulie. Lorsqu'un peu plus tard, en 1868, RANVIER décrit le tubercule des os, il prend pour type les granulations grises des os spongieux des phthisiques; du tubercule de NÉLATON il n'est même plus question.

A cette époque BILLROTH (1863-1865), VOLKMANN, considérèrent, d'après leurs recherches histologiques, la carie comme une inflammation chronique, une ostéite caséuse, caractérisée par la destruction moléculaire des tissus, par sa tendance ulcéreuse. C'est alors qu'on définissait la carie, la gangrène moléculaire de l'os.

RANVIER émit sur la nature de la carie une théorie séduisante et plus précise; pour lui le fait capital de la carie consiste dans une nécrose partielle du réseau trabéculaire, produite par une dégénérescence graisseuse primitive des corpuscules osseux. L'inflammation, la suppuration, les fongosités résultent de la présence de ces parcelles nécrosées et n'ont d'autre but que leur élimination.

Pendant toute cette période l'influence fâcheuse de la conception de VIRCHOW tend de plus en plus à écarter les anatomo-pathologistes de la vérité. D'une part on restreint à tort le domaine de la tuberculose osseuse en rangeant la carie parmi les inflammations caséuses; d'autre part on donne à la carie des lésions spécifiques sans aucune valeur.

Si maintenant, quittant le domaine de la théorie, nous passons à la clinique, on s'aperçoit bien vite de l'embarras qu'éprouvent les auteurs dans leurs descrip-

tions de la carie. OLLIER se montre très réservé dans l'interprétation des faits, et tout en acceptant les idées de VIRCHOW sur la nécessité des granulations tuberculeuses grises pour caractériser l'ostéite tuberculeuse, celles de RANVIER sur la dégénérescence graisseuse des corpuscules qu'il croit secondaire, il avoue qu'il ne sait pas différencier cliniquement le tubercule des os de la carie. « Il est certain, dit-il, qu'en attachant cette importance aux granulations, on risque de rejeter en dehors de l'affection tuberculeuse des cas qui sont cliniquement tuberculeux... Pour le moment nous dirons seulement que les lésions osseuses qui accompagnent l'évolution de la granulation tuberculeuse sont tellement analogues à celles de la carie qu'il est impossible de les différencier si l'on ne constate pas la granulation. »

En 1878, GOSSELIN décrit sous le nom d'ostéite spontanée ou carie, et avec une exactitude plus grande, l'ostéite tuberculeuse. Ce chirurgien reconnaît l'identité des lésions décrites par NÉLATON avec celles de la carie, et c'est parce qu'il lui manque un moyen certain de déterminer leur nature qu'il continue, malgré ses doutes, à regarder l'affection comme une variété d'ostéite spontanée des scrofuleux.

Troisième période. — Depuis plusieurs années la science a fait de tels progrès sur la tuberculose, que la question doit être considérée actuellement comme définitivement tranchée. Les recherches de VILLEMEN, qui a le premier prouvé la spécificité de la tuberculose, les travaux de KÖSTER qui a reconnu la nature tuberculeuse des affections fongueuses, ont puissamment contribué à jeter la lumière sur le sujet qui nous occupe. La dualité des affections tuberculeuses et caséuses ne peut plus être soutenue aujourd'hui; l'unité de la scrofule et de la tuberculose nous paraît une vérité qui s'impose malgré les résistances malheureuses de quelques vétérans; ces données, qui seront l'honneur de notre époque, sont grosses de conséquences au sujet de la carie. En effet, RIED, OLLIER, GOSSELIN avaient raison, il n'y a pas plus de différence de structure que de différence clinique entre la carie scrofuleuse et l'ostéite tuberculeuse. Un examen plus attentif a permis de reconnaître dans cette maladie les lésions histologiques du tubercule. VOLKMANN, KENIG, FEURER en Allemagne, LANNELONGUE, KIENER et POULET en France, étudièrent presque simultanément la tuberculose osseuse, et ces derniers ont pu récemment conclure à l'identité absolue, sans réserves, de la carie et de l'ostéite tuberculeuse (1882). Ils ont de même démontré la nature tuberculeuse d'une affection étudiée cliniquement par GAUJOT, au Val-de-Grâce, sous le nom de périostite externe chronique, et qui n'est autre chose qu'une périostite tuberculeuse. En même temps que ces progrès dans l'anatomie pathologique, la thérapeutique, puissamment modifiée par l'emploi des méthodes antiseptiques, reçoit une vive impulsion.

Maintenant nous pouvons mieux apprécier l'œuvre de NÉLATON qui a vu une bonne partie de la vérité; s'il avait eu à sa disposition les moyens de distinguer histologiquement le tubercule, depuis quarante-cinq ans le mot carie eût été, comme aujourd'hui, synonyme de l'ostéite tuberculeuse.

Définition. — D'accord avec les idées actuelles, nous disons : la carie est une altération du tissu spongieux des os, déterminée par le microbe tuberculeux, et qui consiste dans une série de phénomènes destructeurs et inflammatoires.

Étiologie. — Qu'il s'agisse de l'os ou du périoste, les lésions tuberculeuses se produisent dans les mêmes conditions; nous ne connaissons pas encore assez les allurès du bacille tuberculeux pour expliquer par quelle voie et quel mécanisme il pénètre dans l'organisme. Cependant les considérations étiologiques qui étaient invoquées jadis ont conservé leur valeur, non plus comme causes déterminantes, mais comme causes prédisposantes.

L'ostéite tuberculeuse est plus fréquente dans la jeunesse qu'aux autres âges de la vie; autrefois on admettait que les enfants scrofuleux devenaient plus tard tuberculeux, et tout récemment encore OLLIER écrivait : « La scrofule sera le premier anneau d'une chaîne pathologique qui conduira à la tuberculose pulmonaire »; on a été jusqu'à dire avec un peu d'effort d'imagination que le tubercule était l'accident quaternaire de la scrofule. Ce n'est pas ainsi, selon nous, qu'il faut envisager l'influence de l'âge dans la production des lésions tuberculeuses. Chez l'enfant le pouvoir d'absorption des germes est beaucoup plus considérable, et le bacille de la tuberculose ne fait pas exception. Les éruptions multiples des enfants lymphatiques et le rôle exagéré du système des vaisseaux blancs chez eux expliquent suffisamment la fréquence des manifestations tuberculeuses. Il faut se hâter d'ajouter que de toutes les périodes de la vie, c'est également celle à laquelle les efforts de la nature sont le plus efficaces pour annihiler les effets du poison et l'éliminer. Le jour où l'on ne considérera plus la tuberculose comme une affection qui a son centre dans les organes thoraciques et qui leur est intimement liée comme premier ou dernier terme, ces questions étiologiques seront beaucoup mieux comprises et surtout plus facilement acceptées.

La tuberculose comme la scrofule dont nous ne la distinguons pas est une maladie éminemment contagieuse et infectieuse; les expériences de VILLEMEN, contredites, puis universellement admises, ne laissent plus aucun doute sur ces deux points. Il y a des conditions de réceptivité spéciales qui favorisent la pénétration et l'évolution du microbe tuberculeux. Comme ces conditions sont les mêmes que celles de la phthisie et de toutes les manifestations de la tuberculose, nous nous bornerons à les énumérer succinctement ici. Toutes les causes qui débilitent l'organisme augmentent les chances d'infection et favorisent le développement des foyers tuberculeux. La misère physiologique toujours liée au paupérisme, l'habitation dans les grandes villes, dans les locaux insalubres, dans les lieux bas et humides où l'air et la lumière ne pénètrent pas, une nourriture malsaine et insuffisante, le froid humide, les maladies antérieures prédisposent aux lésions tuberculeuses du squelette. Faut-il admettre l'hérédité? question bien difficile à trancher; elle a été résolue affirmativement pour la phthisie pulmonaire, mais il est possible qu'on hérite surtout d'une faiblesse organique qui expose davantage à la contagion. C'est de cette manière, pensons-nous, que les maladies constitutionnelles des parents, qu'on appelle les diathèses, agissent sur la santé de leurs enfants, atteints plus fréquemment que d'autres de lésions tuberculeuses des os.

Un fait qui tend à démontrer la part qui revient à la contagion dans la production de ces maladies et à prouver leur nature microbique, est l'immunité relative de certains pays. Ainsi MACNAMARA, FAYRER nous disent qu'au Ben-

gale les affections tuberculeuses des os sont extrêmement rares, et des hommes ayant une grande pratique comptent les cas qu'ils ont rencontrés. Or, cette notion se trouve encore vérifiée par la fréquence de la tuberculose chez les nègres qui viennent habiter nos contrées.

On a dit que la caserne militaire constituait un milieu favorable au développement de la tuberculose en général et des lésions osseuses ou périostiques en particulier. Effectivement, les lésions tuberculeuses des os ou des jointures forment au moins un tiers des contingents des salles de chirurgie des hôpitaux militaires; c'est dans un semblable milieu que GAUJOT, CHONÉ, BOUSQUET, CHARVOT, KIENER et POULET ont observé et décrit les lésions pathologiques de la périostite et de l'ostéite tuberculeuse. La vie en commun, l'encombrement, les fatigues des exercices, l'habitation dans les villes et les casernes, une nourriture uniforme et parfois défectueuse, sont autant de raisons qui expliquent comment des soldats jeunes et vigoureux contractent le germe tuberculeux.

De tout temps le traumatisme a été invoqué comme cause première des lésions osseuses tuberculeuses. Souvent cette origine est réelle, et les expériences sur les animaux démontrent même qu'en faisant une contusion à une articulation chez un animal inoculé avec du tubercule, on peut provoquer le développement d'une tumeur blanche (SCHULLER, KOENIG). Vous n'entrerez pas dans une famille où il existe un enfant tuberculeux, atteint de coxalgie, de carie de la colonne vertébrale, du tibia, etc., sans qu'on s'empresse de vous avertir que le mal est la conséquence d'une chute, d'un coup, d'une entorse, d'un effort, etc. La même chose se produit dans la vie militaire, d'autant plus que la nécessité d'un certificat d'origine pour obtenir une gratification ou une pension rend les soldats très soucieux de rattacher leur mal à quelque circonstance du service. Cependant on a trop exagéré l'importance du traumatisme, c'est l'avis de ceux qui ont beaucoup pratiqué. GYBNEY, en Amérique, a réuni près de huit cents (800) cas de lésions tuberculeuses des os ou des jointures, et l'analyse minutieuse des faits lui a démontré que la plupart des malades appartenaient à des familles de phtisiques. GROSS (de Philadelphie) partage également cette manière de voir. D'ailleurs, l'influence du traumatisme qui pouvait satisfaire les esprits à une époque où la nature de la carie était encore ténébreuse, s'allie mal avec la théorie microbique et n'intervient probablement que comme cause adjuvante. Et puis, comme le dit MACNAMARA, les enfants se heurtent et tombent constamment; cependant les contusions sont rarement le point de départ du tubercule.

Division. — Pour faciliter la description, nous étudierons successivement la périostite et l'ostéite tuberculeuses, d'autant plus que ces deux affections ne sont pas nécessairement liées l'une à l'autre.

1° PÉRIOSTITE TUBERCULEUSE

Les lésions tuberculeuses du périoste sont de deux sortes : les unes primitives, la périostite constituant une manifestation isolée de la tuberculose; les autres résultent de la propagation de l'ostéite tuberculeuse au périoste. Nous

aurons surtout en vue les premières, car l'histoire de ces dernières se rattache étroitement à celle de la carie.

La périostite tuberculeuse, désignée jusqu'à ces dernières années sous le nom de périostite externe chronique, était mal connue des anciens. BONNET l'avait entrevue, elle fut depuis signalée par LEPLAT à la paroi thoracique, mais c'est certainement BILLROTH qui a le premier bien observé le siège, la disposition et l'évolution de cette affection. Enfin notre maître GAUJOT, dès 1871, enseignait dans ses cliniques l'évolution, la nature spéciale et le traitement de ces périostites externes dont il a fait une étude complète. Ses idées sont reproduites dans les travaux de ses élèves, CHONÉ, BOUSQUET, CHARVOT, MIDON. Aucun de ces auteurs n'avait entrevu la nature véritable de cette maladie, et ce n'est qu'incidemment, dans une note publiée dans le travail de CHARVOT (1879), qu'on trouve mention de la nature tuberculeuse de l'affection étudiée par KIENER et l'un de nous. DUPLAY l'a décrite sous le nom d'abcès sus-périostique.

Anatomie pathologique. — GAUJOT pensait que l'affection débutait dans les couches les plus externes du périoste; l'analyse microscopique démontre au contraire que les couches profondes s'altèrent les premières; elles sont aussi les plus favorables au développement du tubercule. Tantôt le tubercule, dans les premières périodes, se présente sous la forme de masses caséuses aplaties, tantôt de masses plus sphériques quand ce sont les pelotons adipeux qui sont envahis. On ne constate au début qu'un tissu inflammatoire et un réseau vasculaire très riche; si l'on incise à ce moment la tumeur, elle offre un aspect lardacé, gélatineux; il n'y a pas encore de pus. Bientôt apparaissent des follicules, des cellules géantes et d'une façon générale toute la série des transformations des vaisseaux qui caractérisent le tubercule. La simplicité de structure du périoste rend l'étude des lésions tuberculeuses extrêmement facile, et le calibre assez fort des capillaires permet de suivre les altérations de leur paroi depuis la simple endartérite jusqu'à l'oblitération complète. Dans ce dernier cas, les cellules endothéliales centrales se fusionnent pour former les cellules géantes. Les follicules réunis constituent des nodules plus volumineux qui subissent insensiblement la transformation caséuse, puis finissent par former des abcès. BILLROTH avait déjà remarqué leur indépendance de l'os, au moins dans les périodes initiales de la maladie; GAUJOT insiste beaucoup sur cette particularité qui montre bien le siège spécial de ces collections; leur paroi est tapissée par un tissu fongueux, turgescant, analogue aux gommages décrites par BRISSAUD, JOSIAS et aux abcès froids étudiés par LANNELONGUE.

La présence d'un semblable travail retentit à la longue sur les couches les plus profondes du périoste et détermine une irritation de la couche ostéogénique; il en résulte la formation de productions osseuses sous-périostiques; ailleurs, si l'irritation est plus vive, si les couches profondes du périoste ont perdu leur vitalité, l'os est légèrement atteint d'ostéite raréfiante. Aussi n'est-ce que tard et encore pas dans tous les cas, que le stylet introduit dans les trajets fistuleux arrive sur l'os.

GAUJOT décrit quatre périodes. Pendant la première se produisent le gonfle-

ment, l'épaississement et la vascularisation du périoste. Dans la seconde on trouve le périoste lardacé; la tumeur s'abcède dans le cours de la troisième et les fongosités se développent dans la dernière.

Siège des périostites. — Toutes les parties du squelette peuvent être atteintes de périostite tuberculeuse, mais c'est surtout au niveau des épiphyses des os longs qu'on la rencontre le plus fréquemment. Le membre inférieur semble, d'après les relevés de MIBON (Th. de Paris, 1881), plus prédisposé à la périostite tuberculeuse que le membre supérieur. Ainsi sur cinquante-quatre cas réunis dans ce travail, l'affection siégeait vingt fois sur le fémur, douze fois au tibia et sept fois seulement sur l'humérus. On l'observe également sur les parois thoraciques au niveau des côtes: 1° à la partie antéro-supérieure du tronc au voisinage des articulations costo-sternales; 2° à la partie postérieure du tronc au niveau de l'angle de la côte; 3° sur les parties latérales. Enfin la périostite n'est pas rare au niveau du métatarse et du métarcarpe. Ces périostites peuvent être multiples et même symétriques.

Symptômes. — Nous passerons successivement en revue les symptômes de chaque période.

Première période. — La douleur et le gonflement, survenant ordinairement assez longtemps après elle, sont les seuls symptômes de la première période. Rien n'est plus insidieux que le début de la périostite tuberculeuse; le malade se plaint d'une douleur localisée, fixe, ne se calmant pas par le repos et que la pression, les fatigues exagèrent; quant au gonflement, il ne devient souvent apparent que plusieurs mois plus tard, mais il peut aussi se montrer plus tôt. Lorsque l'os est superficiel, on observe alors une tumeur régulière, elliptique, à grand axe parallèle à celui de l'os, rénitente, dure, nettement circonscrite; cette tumeur n'a aucune mobilité et la peau qui a conservé ses caractères normaux glisse aisément sur elle; elle adhère à l'os. Si l'os siége profondément, tous les signes objectifs plus obscurs ne sont perceptibles qu'autant que le gonflement est bien marqué. Durant cette phase la périostite continue à se développer insensiblement.

Deuxième période. — La suppuration de la poche caractérise la seconde période. Au bout d'un temps variable entre six mois et un an, la douleur diminue; peu à peu la tumeur se ramollit à son centre, tandis que ses bords restent indurés et forment un bourrelet qui offre la dureté de l'os. A cet état la périostite peut rester stationnaire et on a même, dans certains cas, constaté sa résolution. Si la collection doit suppurer, fait le plus commun, la peau progressivement envahie par le produit morbide, s'amincit, prend une teinte rouge violacé, devient un peu plus chaude; à ce degré, la fluctuation est facile à constater. Abandonnée à elle-même, la collection s'ouvre à l'extérieur à travers la peau ulcérée et vide son contenu constitué par du pus grumeleux, caséux, identique à celui des abcès froids. La tumeur ainsi vidée ne s'affaisse pas complètement; elle se déprime à son centre tandis que ses bords conservent leur induration. Pendant quelques jours la suppuration continue avec les mêmes caractères; puis à mesure que les parties caséuses de la paroi sont éliminées, il se forme dans la poche des fongosités qui sécrètent alors un liquide clair, filant. Le stylet introduit par les ouvertures fistuleuses, conduit

sur une membrane tomenteuse, lardacée, facilement saignante, et l'os n'est pas dénudé.

C'est à cette période qu'on observe souvent sur d'autres parties de l'os des poussées successives à évolution plus rapide que celle de la première période. Mentionnons encore, comme une éventualité assez commune à ce moment, l'envahissement des gaines tendineuses et des articulations. Enfin l'état général qui jusque-là avait semblé indifférent, se modifie quelque peu; les malades sont lymphatiques, pâles, anémiés, bouffis, et les grandes fonctions languissent un peu.

Troisième période. — Dans la troisième période la cavité tuberculeuse remplie de fongosités s'ouvre à l'extérieur par une fistule dont l'orifice se termine fréquemment en cul de poule par des bourgeons charnus fongueux et tuberculeux. Toute la peau de la région, qui a une grande tendance à l'ulcération, prend un aspect violacé; l'induration des parties molles au voisinage de l'abcès persiste et même augmente lorsque le périoste forme des ostéophytes qui recouvrent la surface externe de l'os. Le processus ulcéreux continue son action et fournit tantôt du pus caséux, tantôt un liquide muqueux provenant de la fonte des fongosités. Cette période a une durée indéterminée et il n'est pas rare d'observer des poussées successives, des adénopathies éloignées, la dénudation de l'os, des complications de voisinage et surtout une aggravation de l'état général.

Quatrième période. — Si le malade n'est pas emporté par quelque complication liée à l'affection, si l'état général reste satisfaisant, la période de suppuration peut aboutir à la réparation. Dans ce cas, à mesure que les produits caséux et fongueux sont éliminés, les bourgeons charnus changent de nature et perdent leurs caractères tuberculeux. Peu à peu la poche se rétrécit, la fistule se tarit, la cicatrisation se fait. En raison de la perte de substance, du siège de la maladie, les cicatrices rouges sont déprimées et adhérentes à l'os.

Complications. Terminaisons. — Les synovites tendineuses et les synovites fongueuses articulaires s'observent assez fréquemment dans le cours de la périostite tuberculeuse; il n'y a pas lieu de les décrire ici. Dans d'autres circonstances, les articulations voisines sont le siège d'épanchements légers, de roideurs parfois rebelles, de contractures. L'atrophie des masses musculaires du membre est souvent le résultat de l'immobilité et de la longue durée de la maladie qui peut exiger plusieurs années pour accomplir son évolution. Nous avons dit jusqu'à la troisième période la résolution spontanée était possible; la guérison après suppuration du foyer tuberculeux constitue la terminaison la plus ordinaire. Quelques malades succombent à des affections intercurrentes, à la phthisie pulmonaire, et même à l'infection générale ou granulie.

Diagnostic. — Au début les douleurs persistantes doivent éveiller l'attention du médecin; leur siège bien localisé, leur exacerbation par la fatigue, la pression, sont également des symptômes qui permettent de les distinguer des névralgies simples; celles-ci ont des points fixes classiques. En tous cas l'apparition du gonflement lève les doutes à cet égard. Les douleurs ostéoscopes de la syphilis sont principalement nocturnes; d'ailleurs les commémoratifs, l'exis-