

vitalité du tissu osseux à cette période de la vie, par sa médullisation facile et par la forme de tuberculose qui, chez l'enfant, ne donne pas lieu à ces séquestres durs, éburnés, que nous avons appelés séquestres de nécrose. Chez l'adolescent, chez l'adulte, semblable fait peut, à la rigueur, se produire.

2° *Abcès intra-osseux.* — Quand un tubercule enkysté central ne s'accroît pas et ne gagne pas la périphérie de l'os, la matière caséuse qui le remplit perd peu à peu ses qualités concrètes; elle se ramollit et se liquéfie. En même temps, la membrane qui l'enveloppe s'organise en tissu fibreux; le tissu osseux du voisinage se condense, et il se forme ainsi un abcès intra-osseux qui persistera parfois indéfiniment, sans révéler sa présence, ou en donnant lieu, longtemps après, aux phénomènes douloureux caractéristiques de cette lésion. On a trouvé ces abcès intra-osseux dans les vertèbres, dans les os longs et surtout dans le tibia. C'est encore une évolution heureuse d'un foyer tuberculeux.

3° *Formation d'un abcès froid.* — Dans l'immense majorité des cas, le tubercule arrive sous le périoste; là, les exsudats pathologiques s'accroissent, déterminent l'apparition d'une collection purulente, qui va suivre la marche ordinaire de ces abcès: envahissement progressif, inoculation tuberculeuse, de proche en proche, des parties molles, migration, ouverture à la peau, fistules, etc. (voy. *Abcès froids*).

4° *Ouverture dans une articulation.* — L'articulation voisine d'une épiphyse tuberculeuse peut être envahie par deux voies différentes.

Dans un premier cas, il s'agit d'un tubercule sous-chondral qui perfore le cartilage diarthrodial et verse son contenu dans l'article. Nélaton a signalé ce mode d'envahissement; il a vu une arthrite purulente aiguë éclater par ce mécanisme. Mais l'invasion de l'articulation ne se produit pas, en général, aussi brusquement. Elle est le plus souvent précédée d'une arthrite de voisinage; il se fait alors des cloisonnements qui opposent une barrière temporaire au processus tuberculeux, et l'articulation n'est prise que lentement, chroniquement.

Dans le second cas, c'est la synoviale articulaire qui est contagionnée, au niveau de ses insertions sur l'épiphyse. Un tubercule central ou sous-périostique s'ouvre au voisinage de cette insertion capsulaire; les produits tuberculeux gagnent la synoviale et on assiste à l'évolution d'une tumeur blanche.

5° *Généralisation.* — Enfin, la tuberculose osseuse, qui est souvent multiple, peut se généraliser aux poumons, aux méninges, etc., au même titre que toutes les autres tuberculoses locales.

Symptomatologie. — PREMIÈRE PÉRIODE. — *Douleur et gonflement.* — Le début de l'ostéite tuberculeuse est ordinairement insidieux, et, très souvent, les malades ne se présentent à l'observation du chirurgien qu'après la formation des abcès.

La douleur est, dans la majorité des cas, le premier signe par lequel le tubercule signale sa présence. Cette douleur, profonde, plus marquée la nuit que le jour, est accrue par la marche, les mouvements, les pressions. Comme intensité, elle est très variable. Elle peut même manquer complètement. A l'autopsie de sujets morts phtisiques, on a trouvé, en sciant les vertèbres, les épiphyses des os longs des membres, des tubercules centraux avec et sans séquestres, qu'on n'avait pas soupçonnés pendant la vie. C'est ainsi que l'invasion d'une articulation peut être le premier symptôme de l'ostéite tuberculeuse. Cette ostéo-arthrite fongueuse reste parfois à peu près complètement indolente, surtout

lorsque les fongosités sont molles, abondantes, entraînant une destruction rapide des parties constituantes de l'articulation.

Au niveau du point douloureux, on ne tarde pas à voir se produire une tuméfaction, qui augmente insensiblement. Elle est due, soit à une périostite de voisinage, soit à l'ouverture d'un tubercule central sous le périoste. Cette membrane participe alors au processus pathologique, elle est envahie par les follicules tuberculeux. Quand l'os est superficiel, comme certains os courts: phalanges, métacarpiens, etc., etc., le gonflement dur, bien circonscrit, s'étend rapidement à la totalité de cette portion du squelette, et donne lieu à des déformations caractéristiques. Si l'os malade est situé profondément, la tuméfaction ne pourra parfois être reconnue, elle sera souvent difficile à apprécier. S'agit-il d'une ostéite épiphysaire, les premiers symptômes seront ceux d'une arthrite fongueuse, d'un abcès ossifluent.

DEUXIÈME PÉRIODE. — *Suppuration.* — Au bout d'un certain temps, la tuméfaction se ramollit et son centre devient fluctuant. A partir de ce moment, on assiste à la formation d'un abcès ossifluent. Ces abcès sont sessiles ou migrants. Les premiers évoluent sur place; les seconds glissent à travers les tissus, ils vont s'ouvrir parfois très loin de leur lieu d'origine; leur marche, variable avec chaque région, dépend de la disposition des plans aponévrotiques, des muscles, gaines vasculo-nerveuses qui leur servent de conducteurs.

La membrane qui les enveloppe, farcie de nodules, de follicules et de bacilles, contribue à l'extension de l'abcès, en inoculant, de proche en proche, le tubercule à tous les tissus qu'elle touche. Par sa face interne, souvent irrégulière, cloisonnée et qui subit constamment la dégénérescence caséuse et purulente, elle alimente le contenu de la poche.

Ce dernier est habituellement constitué par du pus séreux, grumeleux, mal lié. On y trouve, au microscope, des masses d'éléments granulo-graisseux, des globules rouges, en quantité variable. Les bacilles y sont rares, leur habitat de prédilection étant les couches les plus externes de la membrane pyogénique. Ces abcès tuberculeux contiennent un pus plus ou moins caractéristique, au milieu duquel baignent des grumeaux caséux et parfois de tout petits séquestres, sous forme de lamelles, ou de poussière osseuse. Si la poche est superficielle, si elle a été soumise à des pressions, à des tiraillements, de petites hémorragies, provenant des vaisseaux de la paroi, peuvent donner au pus une coloration brunâtre, lie de vin plus ou moins foncée. Le volume de ces abcès varie avec leur ancienneté, avec leur siège et la forme de la tuberculose. Parfois, ils ne renferment que des fongosités, constituant une variété d'abcès fongueux, *d'abcès sans pus*, que le clinicien doit supposer, lorsque la tumeur est petite. Rien n'est variable comme la quantité et l'aspect des fongosités qui tapissent la paroi de ces abcès. Le plus ordinairement molles, blafardes, d'aspect misérable, analogues à de la chair d'huître avariée, elles forment une couche épaisse, qui se détache facilement sous le doigt et la curette. Leur siège de prédilection est le fascia celluleux sous-cutané, les couches lamelleuses inter-musculaires et les couches parostales, qui offrent les mêmes caractères de laxité. Après avoir émergé du tissu osseux primitivement atteint, par une perforation du périoste, qui permet à peine l'exploration, avec un gros stylet, du foyer malade, les fongosités envahissent les couches celluleuses parostales, et lorsqu'elles arrivent dans le tissu celluleux qui sépare l'aponévrose d'enveloppe du membre, par exemple, du tissu adipeux sous-cutané, elles forment une nouvelle poche fongueuse, dont les

dimensions peuvent être considérables. A la cuisse, des ostéites du trochanter donnent ainsi naissance à d'immenses abcès tuberculeux, allant de la hanche au genou, en suivant la couche superficielle de l'aponévrose du *fascia lata*.

La peau se laisse distendre facilement par les abcès ossifluents et plusieurs litres de pus peuvent s'y accumuler. Au bout d'un temps plus ou moins long, cependant, elle finit par rougir en un point, elle s'amincit, se perfore et l'abcès se vide au dehors. A ce moment, si l'antisepsie du foyer de ces vastes abcès n'est pas pratiquée avec soin, il peut se produire des infections secondaires. La fièvre s'allume et les malades succombent parfois rapidement aux progrès de la septicémie. Sinon, on passe à la troisième période.

TROISIÈME PÉRIODE. — *Fistules*. — La suppuration, d'abord très abondante, diminue, mais sans se tarir jamais complètement. L'orifice cutané ne se ferme pas, il devient fongueux, parfois il est le point de départ de plus ou moins vastes ulcérations tuberculeuses de la peau, dans quelques cas à forme végétante, et il laisse s'écouler continuellement un peu de pus qui présente les caractères signalés plus haut. De temps en temps, un petit séquestre se présente à l'ouverture et tombe au dehors. Tous les malades porteurs de semblables fistules racontent qu'ils ont vu sortir de leur plaie de petits morceaux d'os. Ces séquestres sont parfois plus considérables; et, dans le *spina ventosa*, c'est une phalange entière qui peut être ainsi éliminée. En introduisant un stylet dans le trajet de la fistule, on arrive, dans les cas d'abcès sessiles, sur une surface osseuse dénudée qui donne à l'explorateur une sensation caractéristique. Tantôt le stylet heurte une surface dure, irrégulière, anfractueuse; tantôt il enfonce dans un tissu osseux mou, raréfié, brisant facilement les lamelles du réseau trabéculaire. Ce dernier symptôme, la crépitation fine due à la déchirure des lamelles osseuses par le stylet, a, de tout temps, été regardé comme le signe pathognomonique de la carie.

Tels sont les symptômes locaux qu'offre, le plus généralement, la tuberculose osseuse. De ces symptômes, il en est qui sont plus spécialement attachés à l'une ou l'autre des formes que nous avons décrites.

La douleur en un point fixe, accompagnée de tuméfaction dure, résistante, doit surtout éveiller l'idée d'un tubercule enkysté central.

La présence d'un abcès volumineux est ordinairement le propre de l'infiltration tuberculeuse. On rencontre volontiers cette forme dans les vertèbres atteintes de mal de Pott, qui donne lieu aux vastes collections purulentes des fosses iliaques et du triangle de Scarpa. Quand l'abcès est ouvert, l'expulsion des séquestres vient parfois lever tous les doutes.

Les fongosités abondantes caractérisent plus spécialement la carie. En même temps l'os est mou, raréfié, et le stylet fait percevoir la sensation de craquement et de brisure signalée précédemment. L'exploration avec le stylet de la lésion osseuse, du trajet fistuleux, est chez quelques malades très douloureuse; parfois il existe une véritable hyperesthésie des bourgeons fongueux; nous l'avons observée surtout dans des cavités tuberculeuses occupant les extrémités de certains os longs: ostéite cavitaire de l'extrémité inférieure du radius, des extrémités du tibia, etc.

Quant au *spina ventosa*, son siège, ses allures tout à fait spéciales, le feront facilement reconnaître. Il en sera de même de la carie sèche, alors que l'atrophie souvent considérable des masses musculaires voisines facilitera le diagnostic.

Il ne faut pas oublier que les formes de la tuberculose osseuse se combinent fréquemment. On doit être très réservé, lorsqu'il s'agit de diagnostiquer,

d'après les seuls signes cliniques, la forme en présence de laquelle on se trouve. Le diagnostic ne peut être fait que par l'examen anatomo-pathologique des pièces. Dans ces dernières années, l'attention a été plus particulièrement appelée sur la périostite tuberculeuse, qui n'est le plus souvent qu'une ostéo-périostite et dont la description se confond, dès lors, avec celle de l'ostéite. Dans un assez grand nombre d'observations cependant, la lésion n'occupe pas primitivement les couches superficielles de l'os et la couche médullaire du périoste; l'abcès, les fongosités, se sont développés dans les couches parostales, d'où le nom de *périostite externe*. Cette dernière variété de périostite, dont l'existence a été nettement établie par Gaujot et ses élèves, se rencontre surtout au niveau de la paroi thoracique, sur le trajet d'une ou plusieurs côtes, soit sur la continuité de l'os, soit au niveau du sternum, des articulations chondro-costales, etc.; leur étude appartient donc plus volontiers à la description des lésions de la cage thoracique. Même dans ce lieu d'élection, on trouve le plus ordinairement un point osseux malade; si le doigt, si le stylet, ne le reconnaissent pas dans la presque totalité des cas, il faut tenir compte de la profondeur de la lésion, des difficultés de cette recherche. Sur d'autres parties du squelette, sur les os longs, les os plats, etc., nous n'avons pas rencontré la tuberculose parostale sans altération du squelette, qui doit être alors considérée comme le point de départ de l'affection. L'orifice du trajet fistuleux conduisant sur l'os est le plus souvent de très petites dimensions; d'où la nécessité d'une exploration attentive, qui, quoique négative, ne permettra pas de rejeter complètement l'idée d'une lésion osseuse primitive.

Nous avons vu, en étudiant l'anatomie pathologique, l'évolution des lésions tuberculeuses au sein du tissu osseux. Les terminaisons de la maladie résultent de cet exposé. Elle peut guérir spontanément, persister plus ou moins longtemps avec les mêmes caractères, ou enfin emporter le malade:

1° *Guérison spontanée*. — La guérison se produit, soit par la cicatrisation, soit par la transformation en un abcès intra-osseux bien supporté. Elle peut survenir encore après ouverture à l'extérieur, avec élimination du pus et des portions nécrosées.

2° *Persistance des fistules*. — On voit des sujets porteurs de fistules osseuses depuis plusieurs années et qui continuent cependant à vivre avec un état de santé relativement bon. Mais, il est rare qu'un jour ou l'autre, une affection osseuse, ainsi abandonnée à elle-même, ne soit pas le point de départ de quelque complication grave.

3° *Mort*. — Elle est fréquemment le résultat de l'envahissement d'une grande articulation et de la tumeur blanche qui en est la conséquence. Dans d'autres circonstances, un abcès ossifluent s'ouvre dans une cavité splanchnique: canal médullaire, plèvre, etc., ou bien il détermine l'ouverture d'un gros vaisseau: carie des vertèbres cervicales, du rocher, etc.

La persistance de longues suppurations est fréquemment l'origine d'une dégénérescence amyloïde des viscères, sans parler des complications accidentelles, telles que: érysipèle, septicémie, infection purulente, etc.

Mais, le plus souvent, la mort est la conséquence d'une généralisation de l'infection tuberculeuse, soit aux poumons, soit aux méninges, soit au péritoine.

La marche de l'ostéite tuberculeuse est ordinairement lente et continue. A ce point de vue, il est un facteur qui joue un rôle vraiment prépondérant: c'est l'état général du sujet.

La tuberculose osseuse est, en effet, primitive ou secondaire. Primitive, elle constitue le premier et le seul point d'attaque de l'agent infectieux. L'organisme non encore épuisé résiste mieux; il fait souvent, à lui seul, les frais de la guérison. Tout au moins, la maladie marche lentement, n'engendrant que des lésions circonscrites. En un mot, c'est une tuberculose locale, comme le lupus, l'adénite tuberculeuse, etc. Le *spina ventosa*, certains tubercules enkystés (tubercules primitifs et chroniques de Kiener et Poulet) peuvent être pris comme des types de cette forme lente et circonscrite.

Si, au contraire, la lésion osseuse est secondaire, si le sujet présente ailleurs d'autres manifestations tuberculeuses, la marche est toute différente. Le terrain, mal préparé à la lutte par une nutrition défectueuse, cède rapidement devant la pullulation des bacilles. Il ne donne lieu à aucune réaction défensive: point d'ostéite condensante autour des foyers infectieux, point de tendance à l'enkystement ou à l'élimination des produits pathologiques. Dans ces tissus raréfiés et débilisés, la maladie prend une marche envahissante, elle se montre sous les allures d'une carie à fongosités exubérantes, ou d'une tuberculose infiltrante, progressive, détruisant rapidement des portions étendues du squelette. On peut dire que la lésion osseuse n'est, dans ces cas, qu'une étape de la généralisation, à tout l'organisme, du processus morbide.

La douleur provoquée par la pression, par les mouvements, en un point déterminé du squelette, a une grande valeur; elle seule, dans les tuberculoses profondes, au début du mal de Pott par exemple, peut donner l'éveil. L'altération de l'état général qui accompagne presque toujours l'apparition d'un foyer tuberculeux, et qui parfois aussi le devance, est un autre élément important de diagnostic.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'ostéite tuberculeuse est ordinairement facile. La douleur à la pression sur un point fixe du squelette, la fluctuation, la marche lente, insidieuse, de la maladie, surtout les antécédents héréditaires ou personnels du malade, son âge et fréquemment la présence d'autres manifestations tuberculeuses, sont les principaux éléments du diagnostic.

C'est au début, alors que la douleur est le seul symptôme accusé par le malade, qu'on peut être embarrassé. La localisation de la douleur, la pâleur, l'amaigrissement du sujet, son mauvais état général, permettront de soupçonner un foyer tuberculeux central, encore inabordable aux procédés d'investigation physique. Pour diagnostiquer les douleurs ostéocopes de la syphilis, on a les exaspérations nocturnes, les antécédents du malade et le traitement par l'iode.

Quand la tuméfaction est apparue, le diagnostic avec l'ostéo-sarcome est souvent fort délicat. On se fondera sur un ensemble de signes que nous ne pouvons qu'indiquer: marche rapide et continue de l'ostéo-sarcome, douleurs parfois aiguës et persistantes, malgré le repos et l'immobilité; développement rapide du gonflement et caractère spécial qu'ont les masses organiques à repousser les tissus et à les écarter, absence de suppuration, résistance absolue aux moyens thérapeutiques employés, intégrité des mouvements articulaires et absence de position vicieuse, quand la lésion siège sur une épiphyse.

La forme du gonflement de l'os sera en faveur d'une lésion inflammatoire, lorsque la tuméfaction osseuse sera relativement régulière, lorsque l'hyperostose sera progressivement décroissante, à partir du foyer pathologique. Un néoplasme, au contraire, donne toujours plus ou moins lieu à une véritable tumeur

qui a peu de retentissement sur le reste de l'os atteint, d'où la limitation plus nette de la lésion, l'absence d'hypertrophie à distance. Il est certaines formes d'ostéo-sarcomes mous (variété encéphaloïde), vasculaires, dont le diagnostic a donné lieu à de nombreuses erreurs; on croyait ouvrir un abcès d'origine osseuse et l'on se trouvait en présence d'un cancer.

La confusion ne saurait être évitée que par la ponction exploratrice ou l'incision qui, suivant la nature de la maladie, sera le premier temps d'une amputation ou peut-être d'une opération conservatrice.

Les lésions tuberculeuses du squelette ne s'accompagnent pas d'une élévation notable de la température locale. Dans les ostéo-sarcomes, au contraire, comme l'a indiqué Verneuil, à propos des néoplasmes en général, la température est plus élevée; nous l'avons vue dépasser de 1 à 5 degrés celle des téguments du côté opposé et nous considérons cette hyperthermie locale, ainsi que la dilatation du réseau veineux sous-cutané, comme des signes précieux de diagnostic.

L'abcès ossifluent sera différencié du lipome, de la hernie musculaire, de l'anévrisme.

À la période fistuleuse, on ne peut guère hésiter, comme diagnostic, qu'entre l'ostéite tuberculeuse et l'ostéomyélite infectieuse, due au staphylococcus pyogenes aureus. Les phénomènes aigus du début, le siège des lésions sur la région juxta-épiphysaire et sur la diaphyse, les troubles bien plus accentués de la croissance du membre, quand l'affection remonte à l'enfance ou à l'adolescence, les séquestres diaphysaires étendus, etc., serviront à distinguer l'ostéomyélite infectieuse. L'ostéomyélite syphilitique est caractérisée par les vermineux de l'os atteint, la couleur jaune d'or des produits gommeux éliminés, la rareté de la suppuration et des nécroses étendues, enfin par les fractures spontanées.

Quant au diagnostic de la variété du tubercule, nous avons vu dans quelles limites étroites on pouvait le poser. À part le *spina ventosa*, le diagnostic restera le plus souvent hésitant.

Pronostic. — La tuberculose osseuse n'est jamais exempte de gravité. L'invasion possible d'une grande articulation, de la cavité pleurale, du péritoine, etc., le voisinage d'un organe splanchnique important (cerveau, moelle, etc.), enfin la possibilité de la diffusion, constituent autant de complications redoutables.

La gravité du pronostic varie, cependant, suivant plusieurs circonstances.

L'âge du malade est à prendre en grande considération.

C'est ainsi que les enfants résistent beaucoup mieux que les adultes. Si des complications viscérales ne surviennent pas, des tuberculoses osseuses graves par leur siège, par leur multiplicité, peuvent, sous l'influence d'un traitement général, guérir complètement. La tuberculose des vieillards est ordinairement maligne.

Le siège de la lésion a aussi son influence. Les affections tuberculeuses du rachis, du bassin, par exemple, sont plus sévères que celles du membre supérieur: l'infection possible du péritoine et des organes pelviens, la difficulté d'aborder et de drainer convenablement les foyers, assombrissent le pronostic.

Enfin, l'état général antérieur du malade est certainement le facteur le plus important. Une tuberculose primitive, bien circonscrite évoluant chez un sujet sain d'ailleurs, placé dans de bonnes conditions hygiéniques et d'un état social qui permet d'entreprendre un traitement régulier et énergique, offre de grandes chances de guérison. C'est dans ces cas, d'ailleurs, que la guérison survient spon-

tanément. La tuberculose secondaire diffuse des pauvres gens, revêt, au contraire, des allures beaucoup plus graves.

De nombreuses distinctions doivent être établies cliniquement, au point de vue de la malignité locale de telle ou telle tuberculose osseuse. Il est certains sujets, par exemple, chez lesquels les récidives sont désespérantes et finissent par nécessiter le sacrifice d'un membre; chez d'autres, au contraire, la guérison est obtenue après une seule intervention conservatrice. Entre ces deux variétés, il existe des degrés, dans l'intensité, la ténacité de l'affection locale.

Ces différences sont individuelles, et c'est dans le terrain plus ou moins propice à la culture du bacille tuberculeux qu'il faut en chercher la cause, en même temps aussi que dans les portions du squelette frappé. — La tuberculose vertébrale, iliaque, est particulièrement grave, en dehors de l'enfance et de la première adolescence.

Le plus bel exemple que nous puissions citer de tuberculose maligne, avec réinoculation sur place, récidivante, est celui d'une jeune religieuse de l'hôpital de Beaujeu, chez laquelle la lésion primitive était une coracoïdite tuberculeuse de l'épaule gauche.

Dans l'espace de quatre ans, sans compter de nombreuses interventions chirurgicales avec anesthésie, ayant pour but la destruction, sur place, du foyer pathologique, par le curettage, par des cautérisations avec le fer rouge, etc., nous avons enlevé l'apophyse coracoïde, puis, dans d'autres opérations, plus ou moins éloignées les unes des autres et nécessitées par la diffusion des lésions, nous avons pratiqué la résection de la tête humérale, la désarticulation du bras, la résection de toute la clavicule correspondante, puis, l'omoplate ayant été envahie à son tour, l'ablation de cet os. Un an après, la malade, enfin guérie de sa tuberculose locale, mourait d'une méningo-encéphalite tuberculeuse. — Que de fois nous avons vu des ostéites iliaques, costales, etc., se terminer par la mort, malgré de larges ablations des tissus malades, et malgré tous les soins possibles.

Traitement. — Le traitement de la tuberculose osseuse comporte le traitement général du sujet et le traitement local des lésions elles-mêmes. L'un et l'autre ont une grande importance, ils doivent, toutes les fois que la chose est possible, se compléter.

Traitement général. — On ne connaît pas encore le remède spécifique de la tuberculose. On ne peut donc espérer qu'une chose : favoriser les moyens de défense naturelle de l'organisme contre le bacille tuberculeux, en améliorant l'état général du malade.

Les précautions hygiéniques tiennent la première place dans cette thérapeutique. Il faudra, tout d'abord, soumettre le malade à une alimentation reconstituante, composée principalement de viande, de lait bouilli, de vins généreux. Les amers, vin de quinquina, vin de gentiane, etc., seront employés pour stimuler l'appétit et permettre une alimentation aussi abondante que possible.

Une autre indication, non moins importante, est de placer les tuberculeux dans un milieu sain, dépourvu de tout germe infectieux. A ce point de vue, le séjour à l'hôpital est éminemment défavorable. Aussi les malades ne doivent-ils y séjourner que le temps strictement nécessaire aux opérations réclamées par leur état. Dans l'intervalle, ils seront envoyés à la campagne, au grand air et, s'il est possible, dans les stations de montagnes.

On sait quel rôle important joue l'aération dans la thérapeutique de la phtisie pulmonaire; la tuberculose osseuse comporte les mêmes principes de traitement.

Le séjour au bord de la mer rend, dans certains cas, des services signalés. C'est surtout chez les enfants scrofuleux que l'air marin agit d'une façon efficace. Les petits malades, placés dans ces conditions, engraisseront rapidement, leur état général s'améliore, et il n'est pas rare de voir se tarir des suppurations déjà anciennes, et les lésions locales guérir spontanément.

A ces moyens hygiéniques, on ajoutera les préparations médicamenteuses employées ordinairement contre la tuberculose. L'huile de foie de morue, les préparations créosotées, viennent en première ligne. L'iode, l'arsenic, le fer, rendront aussi des services, sous forme d'iodure de potassium, d'iodure de fer, de liqueur de Fowler. Enfin, le vin phosphaté, les solutions de biphosphate de chaux, sont également utilisables dans les diverses formes de tuberculose osseuse.

Mais, nous le répétons, le spécifique de la tuberculose n'existe pas. Ces différents moyens ne peuvent être considérés que comme des adjuvants, indispensables, il est vrai, du traitement local. *Le grand air, le soleil, une excellente alimentation*, forment le trépied thérapeutique de toutes les manifestations de cette maladie, et nous ne pouvons, au sujet des lésions bacillaires du squelette, entrer dans de plus grands développements, que l'on trouvera décrits longuement dans les traités spéciaux, à propos du traitement général de la tuberculose.

Traitement local. — Le traitement local comporte un grand nombre de moyens, de procédés thérapeutiques, d'une valeur inégale, mais dont l'efficacité, dans quelques cas, justifie un exposé rapide.

Aujourd'hui, en effet, cette question des lésions tuberculeuses du squelette a complètement changé de face, avec l'emploi des méthodes antiseptiques. En donnant aux chirurgiens une sécurité jusqu'alors inconnue, l'antisepsie leur impose une intervention hâtive, aussi rapprochée que possible du début de l'affection. Elle les place dans l'obligation de recourir, toutes les fois que la chose est possible, opératoirement parlant, à une intervention directe, avec l'instrument tranchant, avec le fer rouge. Il faut savoir ne pas perdre un temps précieux, et laisser de côté toute la série des moyens, cependant recommandables, pour attaquer de front les lésions du squelette. Au début surtout, on délimitera aisément avec l'œil et le doigt les tissus pathologiques, qu'il sera dès lors facile de détruire, de modifier profondément.

Les moyens thérapeutiques que nous allons passer en revue, avant de parler des opérations sanglantes qui constituent le véritable traitement curatif, sont incertains dans leur action, souvent inefficaces, mais ils comptent à leur actif des succès, et parfois, dans des tuberculoses profondes, inaccessibles au chirurgien, ils constituent le seul traitement qu'on puisse employer. Dans tous les cas, ce sont des moyens adjuvants qu'on ne saurait négliger, soit qu'ils favorisent la résolution, soit qu'après une opération curative, ils préviennent les récidives.

Au premier rang se placent le *repos et l'immobilisation*, dont Bonnet avait fait la base du traitement des affections ostéo-articulaires. On les obtient par divers procédés, suivant le siège de la lésion osseuse, suivant son voisinage articulaire. Pour les membres, on utilisera les gouttières, les appareils plâtrés ou silicatés, le repos au lit avec ou sans extension; pour le tronc, la gouttière Bonnet, le