

séquestres par des injections de liqueurs faiblement acides, c'est une question aujourd'hui encore peu étudiée.

L'époque à laquelle l'extraction des séquestres doit être pratiquée varie, selon nous, d'un an à quinze mois, à partir du moment où la nécrose a débuté. C'est alors que chez les adultes l'élimination est complète et le séquestre mobile. Chez les enfants, cette élimination se fait plus rapidement, et cette circonstance a conduit Mayor (de Genève) (1) à soutenir que deux ou trois mois suffisaient pour l'élimination du séquestre, et qu'immédiatement après cette élimination on pouvait procéder à son extraction. Mais si la séparation du séquestre s'est déjà faite, l'os nouveau n'a point encore acquis la force nécessaire pour soutenir le membre dans sa direction normale. C'est ce qu'on voit dans une des observations de Mayor : il enleva un séquestre qui comprenait, suivant une certaine étendue, l'épaisseur du corps du fémur. Le nouvel os était mou, et le membre pouvait être ployé dans toutes les directions; on fut alors obligé d'appliquer un appareil contentif, et le malade guérit avec un léger raccourcissement.

La pratique de Mayor ne saurait être généralisée : elle repose sur des faits exceptionnels d'élimination rapide; elle fait perdre le bénéfice d'une expulsion spontanée; enfin elle expose le malade à des déformations consécutives du membre par défaut de consistance de l'os nouveau.

Dans les cas où l'extraction d'un séquestre contenu dans un os nouveau a été faite dans les limites de temps indiquées par nous, il est encore prudent de conseiller au malade de faire peu d'exercice, avec le membre opéré, dans les jours qui suivront cette élimination. C'est qu'en effet l'os peut se courber, s'il ne se rompt pas tout à fait.

Quand l'os nouveau est très-volumineux, on n'obtient pas toujours, après l'élimination du séquestre, une cicatrisation rapide au fond de la gouttière osseuse qu'on a créée. Cette cicatrice se fait assez lentement, et peut même se rompre plusieurs fois aux moindres mouvements avant d'acquiescer toute la solidité désirable.

Si la nécrose est très-étendue ou multiple chez un individu déjà affaibli par la suppuration, on est quelquefois obligé d'avoir recours à l'amputation ou à la résection du membre : c'est quand il s'agit de séquestres perforants des articulations que l'amputation est surtout commandée.

ARTICLE VII

TUBERCULES DES OS

HISTORIQUE. — Le dépôt de matière tuberculeuse dans l'épaisseur des os a été connu de tout temps, mais c'est seulement depuis les travaux

(1) *Mémoire sur la nécrose* (Revue médico-chirurgicale de Paris, 1855).

de Nélaton que cette affection a été bien appréciée dans son ensemble et a pu prendre une place définitive dans les traités de chirurgie.

Hippocrate, dans son traité *De articulis*, et Galien, dans son commentaire sur ce traité, avaient déjà indiqué une des formes de l'affection tuberculeuse. Marc-Aurèle Séverin et Mercurialis insistèrent longuement sur ce point, et, en 1735, une thèse de Trangott Gerber, faite sous l'inspiration de Platner le père (1), signale à l'état de fait généralement admis la production des gibbosités par les tubercules vertébraux. C'est aussi dans le même sens qu'il faut interpréter une autre thèse du recueil des *Dissertations* de Platner, par Frédéric Haacke (2). Ces idées, tombées à peu près en oubli, furent reproduites successivement par Delpech (3), par Serres (de Montpellier), par Nichet (de Lyon) (4). Les recherches de ces différents auteurs avaient nettement établi l'existence d'une des formes les plus tranchées de l'affection tuberculeuse; elles avaient démontré que le mal vertébral de Pott n'était point une carie des vertèbres, mais qu'il reconnaissait pour cause ordinaire le dépôt de tubercules dans l'épaisseur du rachis.

La question en était là, lorsque Nélaton (5) commença ses recherches. Cet habile chirurgien lui donna tout de suite de grands développements, en montrant que l'affection tuberculeuse se présente sous deux formes bien distinctes : l'une où la matière tuberculeuse se trouve rassemblée en un ou plusieurs foyers dans l'épaisseur des os, et l'autre où cette matière est infiltrée dans les mailles du tissu spongieux. De là les *tubercules enkystés* et l'*infiltration tuberculeuse*. Après ces travaux de Nélaton, il faut encore citer ceux de Reid (d'Erlangen), *Ueber Knochentuberkeln* (*Med. Correspond. Baiersch Aerzte*, 1842), de Parise, *Tubercules des os*, etc. (*Archiv. de médecine*, 1843), et de Lebert, *Traité des maladies scrofuleuses et tuberculeuses* (Paris, 1849).

La doctrine de Nélaton sur les formes de la tuberculisation osseuse a suscité toutefois quelques contradicteurs, parmi lesquels il faut citer Gerdy et Malespine. Nous examinerons plus loin la valeur de leurs objections. En attendant, nous suivrons la division indiquée par Nélaton en *tubercules enkystés* et *infiltration tuberculeuse*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — 1° *Tubercules enkystés*. — Pour bien connaître les *tubercules enkystés*, il faut étudier tour à tour la matière tuberculeuse et la cavité osseuse qui la renferme.

La matière tuberculeuse se dépose de préférence dans le tissu cellulaire

(1) Zacharias Platner, *Dissert. de thoracibus*, décade XXIX, juillet 1734, respondente Trangott Gerber.

(2) *De iis qui a tuberculis gibbosi fiunt. Prolusio in Platner opuscula*. Lipsia, 1749.

(3) *Traité des maladies réputées chirurgicales*. Paris, 1816; — et *Orthomorphie*. Paris, 1828.

(4) *Mémoire sur la nature et le traitement du mal vertébral de Pott* (*Gazette médicale*, 1835).

(5) *Recherches sur l'affection tuberculeuse* (thèse inaugurale). Paris, 1836.

des os, et elle y creuse une cavité de diamètre variable. C'est une substance d'un blanc jaunâtre, assez semblable au mastic de vitrier, et gardant, comme lui, l'empreinte des doigts qui la compriment. Cette masse est assez homogène et ne renferme point en général de fragments osseux; elle n'est pas disposée en couches concentriques et régulières, mais elle est formée de grumeaux rapprochés les uns des autres et qu'on peut séparer en délayant dans l'eau la matière tuberculeuse.

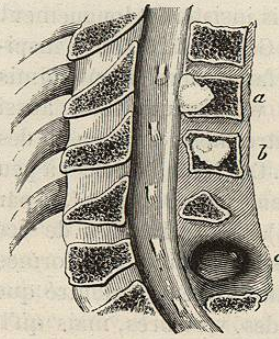


FIG. 138. — Coupe d'une colonne vertébrale tuberculeuse. a, tubercule ayant usé la face postérieure du corps d'une vertèbre et près de s'ouvrir dans le canal vertébral; b, tubercule au centre du corps d'une vertèbre; c, excavation tuberculeuse vide.

La cavité qui renferme ces tubercules est creusée dans l'épaisseur du tissu osseux et doublée d'une sorte de kyste.

Ce kyste, quelquefois très-mince, a pu échapper à quelques observateurs, mais il existe dans la grande majorité des cas, et est formé d'une exsudation plastique siégeant aux limites du tissu osseux et de la matière tuberculeuse. Son épaisseur varie, mais en général ne dépasse guère un millimètre; sa consistance, d'abord assez molle,

devient peu à peu plus grande, et l'on finit par trouver là une couche opaque et assez résistante.

La surface interne de ce kyste est inégale, tomenteuse, et recouverte d'un léger dépôt de matière tuberculeuse. Sa face externe, d'apparence celluleuse, est souvent recouverte d'un réseau vasculaire provenant du tissu osseux voisin et établissant entre ces deux parties de notables adhérences; toutefois il est toujours facile de séparer le kyste celluleux de la cavité osseuse. Si l'on déchire ce kyste, on le trouve formé d'éléments fibroïdes mêlés assez régulièrement les uns aux autres.

La cavité osseuse est creusée comme par un emporte-pièce dans l'épaisseur des os. On la trouve tantôt assez régulièrement arrondie, tantôt pourvue de prolongements. Sa surface interne est en général assez lisse, et parfois seulement hérissée d'aiguilles osseuses qui se dirigent vers le centre de la cavité. Le siége de certains tubercules enkystés explique pourquoi la cavité n'est pas toujours complètement osseuse. Ainsi, quand le tubercule a perforé l'os, la cavité est en partie fermée par le périoste épaissi. Si la lésion siége à l'union de la diaphyse avec l'épiphyse d'un os long, la lame cartilagineuse interposée aux deux parties de l'os se trouve perforée, et l'on voit au milieu de la cavité un cercle cartilagineux sans adhérence avec le kyste celluleux du tubercule.

Quant au tissu osseux, il n'a point subi, aux limites mêmes de la cavité, de changement notable dans la disposition des aréoles ni dans l'épaisseur des trabécules osseuses. On remarque seulement parfois une légère injection qui s'étend à 1 ou 2 millimètres. Ainsi, les fibres osseuses partiel-

lement coupées par le dépôt tuberculeux n'ont point changé de structure, et il devient facile de comprendre que la cavité est due à la perte de substance, et non au refoulement de l'os.

Ce n'est pas seulement le tissu osseux qui est altéré par la matière tuberculeuse; si la lésion siége au niveau de quelques fibro-cartilages, ceux-ci se trouvent détruits à la façon de l'os. Nélaton a vu un cas où existait une excavation creusée aux dépens de la troisième et de la quatrième vertèbre lombaire; le fibro-cartilage qui sépare ces deux vertèbres correspondait au milieu de la hauteur de l'excavation; les deux tiers postérieurs de ce fibro-cartilage avaient entièrement disparu, tandis que le tiers antérieur était parfaitement intact et représenté par la coupe nette des fibres. Cette excavation était remplie de matière tuberculeuse à l'état cru.

Nous avons vu précédemment que la moindre cause d'irritation dans le périoste y développe une congestion suivie d'un exsudat plastique qui peu à peu devient osseux; les tubercules agissent de la même façon. Ainsi, au niveau d'un tubercule développé dans un os long, le périoste s'épaissit, se vascularise, et donne lieu à un dépôt de couches osseuses nouvelles qui se surajoutent à l'os ancien. L'os ne tarde point à participer à cette vascularisation du périoste, et peut se creuser de canalicules vasculaires plus évidents. C'est seulement sur les points recouverts de périoste qu'on observe ces phénomènes, et ce fait doit être pris en sérieuse considération quand il s'agit de tubercules situés dans les extrémités articulaires des os. Dans ce cas l'exsudation périostale n'arrête plus la marche du noyau tuberculeux, qui se ramollit et peut s'ouvrir dans la cavité articulaire. Le cartilage diarthrodial se décolle facilement de l'os, et ne fournit point, comme le périoste, ces couches osseuses qui augmentent l'épaisseur de l'os qui reste à traverser.

En comparant ces dépôts tuberculeux jaunâtres à ce qu'on observe dans l'affection tuberculeuse du poulmon, on a dû se demander si, à l'état naissant, le tubercule offre les mêmes caractères. Nélaton, qui a étudié avec un soin minutieux ce point de la question, est parvenu à constater que les tubercules des os, comme ceux des poulmons, reconnaissent souvent pour point de départ la granulation grise, si bien décrite par Laennec et Louis. Pour bien saisir cet élément naissant du tubercule, il faut dépouiller l'os de son périoste, y rechercher les taches sanguines ou les soulèvements anormaux, et là fouiller le tissu osseux avec un fort scalpel ou avec une gouge; on arrive, en sculptant ainsi l'os, à mettre à nu la granulation grise.

Ces granulations sont petites, d'une demi-ligne d'épaisseur environ, d'un blanc opalin, et souvent réunies en groupes; elles sont entourées d'une mince coque osseuse, assez transparente pour qu'on puisse les distinguer à travers. On rencontre parfois au centre de ces granulations grises un petit point opaque jaunâtre. Enfin, des vaisseaux rampent tout autour de ces granulations. Il y a dès lors la plus parfaite analogie entre les granulations grises des os et celles des poulmons.

Un certain nombre de granulations peuvent se réunir par la disparition des lamelles osseuses intermédiaires, et de là résulte un véritable tubercule enkysté.

Mais les recherches les plus exactes sur ce point ne nous permettent pas d'admettre constamment cette succession de phénomènes. En effet, on voit fréquemment des tubercules jaunâtres d'un petit volume, et l'on ne rencontre que rarement les granulations grises. On est aussi forcé d'admettre que, dans un bon nombre de cas, les tubercules des os débutent, comme ceux des poumons, par le dépôt primitif de la matière jaunâtre que nous avons précédemment décrite.

Les tubercules enkystés des os, lorsqu'ils sont arrivés à un certain point de leur développement, subissent des changements qu'il faut maintenant faire connaître.

La matière épaisse, grumeleuse, des tubercules, se ramollit peu à peu, soit du centre à la circonférence, soit sur divers points à la fois. Si ce ramollissement coïncide avec l'amincissement et la perforation de l'os, on voit la matière tuberculeuse versée dans les interstices cellulaires des parties molles gagner peu à peu la périphérie du corps, puis parvenir sous la peau, qui se perfore, et laisse s'écouler au dehors une matière caséuse et grumeleuse mêlée à une certaine quantité de liquide séreux. Après l'évacuation de cette matière, la fistule donne lieu, pendant un temps variable, à l'écoulement d'un pus séreux sécrété par la face interne du kyste.

Plusieurs terminaisons de cette lésion sont possibles. Dans quelques cas, le kyste, qui double la cavité tuberculeuse, se vascularise, s'épaissit, bourgeonne, et finit par combler la cavité osseuse. Plus tard, cette vascularité disparaît, et ce tissu ressemble au tissu fibreux inodulaire. C'est dans les tubercules superficiels qui peuvent être facilement expulsés au dehors qu'on observe cette heureuse terminaison. Mais si les conditions anatomiques ne sont pas favorables à ce résultat, on voit la matière tuberculeuse s'accumuler dans des poches cellulaires en forme de sangsues, dont une extrémité circonscrit l'excavation morbide, tandis que l'autre pend arrondie et renflée. Ces poches tuberculeuses, dans les tubercules du rachis, peuvent devenir considérables et s'étendre de la région dorsale au petit trochanter. Dans ce long trajet, il peut se manifester des rétrécissements de la poche morbide, qui parfois même s'isole de la lésion osseuse, à laquelle elle ne tient que par un cordon cellulaire, vestige de l'ancien canal de communication. La résorption de ces dépôts est un fait aujourd'hui bien constaté et qui est sans doute moins rare qu'on ne l'avait cru jadis. Dans ce cas, la sérosité se résorbe, et il ne reste plus qu'une matière épaisse, poisseuse, qui persiste encore pendant très-longtemps. A ces terminaisons heureuses, il faut opposer celles par ostéite ou carie et par le développement de nouveaux tubercules à côté des premiers.

Cette tuberculisation enkystée des os a donc pour caractère essentiel de creuser dans les os des excavations, sans qu'il persiste quelque résidu osseux ou fibro-cartilagineux. Un tel résultat ne peut être obtenu qu'à

l'aide d'une sorte d'usure de la substance osseuse, par le dépôt des tubercules; ce serait là quelque chose d'analogue à la destruction du tissu osseux par la pression d'une tumeur.

2° *Infiltration tuberculeuse.* — Nichet signala le premier, dans son mémoire, l'infiltration d'une matière caséuse dans les cellules du tissu spongieux, mais il n'aperçut ni les caractères distinctifs de cette lésion, ni les conséquences secondaires de son action sur les os. C'est à Nélaton que revient l'honneur d'avoir le premier bien compris et bien décrit cette forme de tuberculisation des os.

L'infiltration tuberculeuse se présente ici, comme dans les poumons, sous deux aspects : 1° *l'infiltration grise demi-transparente*; 2° *l'infiltration jaune ou opaque*. L'infiltration demi-transparente est caractérisée par de petites taches de couleur grise opaline, quelquefois d'une teinte rosée. Ces taches sont formées par le dépôt, dans les cellules du tissu osseux, d'une matière translucide qui possède les caractères déjà énoncés, et qui adhère assez intimement aux aréoles osseuses, pour qu'on ne puisse pas l'en chasser à l'aide d'un jet d'eau assez fort. De petits vaisseaux circulent autour de ces dépôts tuberculeux et pénètrent même dans leur intérieur. Quant au tissu osseux, il n'a point subi de changements, et ne diffère pas de ce qu'il est à l'état normal. Nélaton appuie son assertion sur ce sujet d'observations faites par Parise et par Reid.

Dans les dépôts de l'infiltration demi-transparente, on aperçoit souvent un point jaunâtre central. C'est le premier degré du changement de l'infiltration grise en infiltration puriforme; mais cette dernière forme de la tuberculisation des os peut aussi se montrer d'emblée, et l'on voit alors les cellules infiltrées d'une matière jaunâtre, opaque, assez ferme au début, mais qui plus tard se ramollit. A ce premier degré, l'eau ne chasse point la matière tuberculeuse infiltrée dans les aréoles; mais lorsque cette matière a subi un certain ramollissement, le liquide disparaît assez facilement par un jet d'eau. On ne découvre là rien de vasculaire, ni autour ni dans l'épaisseur de ces dépôts tuberculeux jaunes. La trame osseuse, qui, dans le cas précédent, n'avait éprouvé aucune altération, subit ici un changement manifeste. Les lamelles et les trabécules du tissu spongieux s'hypertrophient et prennent une consistance éburnée. De là vient que les aréoles se rétrécissent, et ce rétrécissement peut aller jusqu'à l'oblitération.

Cette véritable éburnation du tissu osseux avait déjà été signalée avant que Nélaton en fit un des caractères propres à l'infiltration tuberculeuse. Nichet, qui admet dans ce cas une diminution de consistance, a confondu les lésions de la carie avec celles propres à l'infiltration tuberculeuse. Cette raréfaction de l'os ne pourrait exister, selon Nélaton, que si l'infiltration s'était faite dans un os préalablement raréfié par l'ostéite. Mais l'infiltration tuberculeuse ne commence pas toujours par être grise avant de devenir jaunâtre; quelquefois ces lésions débutent par une infiltration jaune opaque.

La conséquence fatale de l'infiltration tuberculeuse, c'est la nécrose de la partie de l'os envahie par le mal. On trouve assez souvent le séquestre à divers degrés d'élimination et conservant les caractères d'hypertrophie interstitielle que nous avons déjà signalée plus haut. Cette mortification de l'os semble due à la compression, puis à l'oblitération des vaisseaux à la suite du dépôt tuberculeux.

Lorsque le séquestre est formé, on observe pour son expulsion tous les phénomènes que nous avons déjà décrits à l'article NÉCROSE; mais cette expulsion se fait parfois attendre. En effet, dans quelques cas, l'infiltration tuberculeuse s'étend chaque jour, et le cercle éliminatoire qui commençait à se former, se trouve successivement reculé.

Tout le monde s'accorde à reconnaître la nature tuberculeuse des lésions que nous avons décrites sous le nom de *tubercules enkystés*, mais cet accord ne persiste plus quand il s'agit de l'infiltration tuberculeuse. Quelques chirurgiens ont admis que cette infiltration n'était qu'une ostéite terminée par suppuration. Nélaton, qui a combattu cette doctrine, s'est d'abord appuyé sur l'absence des granulations grises dans l'ostéite; puis, s'arrêtant davantage à l'infiltration jaune, il a comparé minutieusement avec l'inflammation des os la maladie qu'il a décrite. Dans l'infiltration tuberculeuse, on voit une tache d'un jaune opaque dans toute son étendue, tache bien circonscrite et ne renfermant pas de vaisseaux; dans l'ostéite, au contraire, c'est une coloration d'un jaune verdâtre, disséminée irrégulièrement dans les cellules du tissu osseux, à côté d'autres cellules remplies d'une substance rouge ou violacée. On ne voit pas dans l'infiltration tuberculeuse, comme dans l'ostéite, des zones de coloration décroissante. Un jet d'eau lancé sur le tubercule infiltré ne le fait point disparaître, tandis qu'il vide de pus les cellules du tissu osseux. A l'œil nu déjà on ne peut pas confondre la matière jaune, granuleuse, presque sèche, du tubercule, avec le liquide purulent. Mais restent les caractères microscopiques, qui établissent encore entre les deux produits une distinction importante. J'ai pu m'assurer dans quelques cas que la matière jaune infiltrée dans les aréoles du tissu osseux n'était formée que de globules tuberculeux. Lebert et Verneuil ont eu aussi l'occasion de faire de semblables observations.

Les remarques qui précèdent répondent à un travail de Malespine, publié en 1842 dans la *Revue médicale*, et où l'on trouve une explication des faits observés par Nélaton, mais à un point de vue différent de ce qui avait été indiqué par ce chirurgien.

Malespine, qui n'a pu découvrir les granulations grises dans les os, ne voit là que des degrés différents de l'ostéite, caractérisés par la vascularisation de l'os, la suppuration, la nécrose de la partie centrale, la séparation du séquestre, qui finirait par se dissoudre peu à peu dans la cavité qui le renferme. Malespine dit en effet avoir trouvé dans des cavités osseuses des séquestres plus petits que les cavités qui les renferment, et en voie de dissolution. Les caractères distinctifs que nous avons relatés plus

haut, servent à indiquer une différence tranchée entre l'infiltration tuberculeuse et certaines formes d'ostéite condensante; quant à l'assertion de Malespine sur la dissolution d'un séquestre, elle est erronée. Les séquestres ne se dissolvent pas, mais la cavité qui les entoure subit un travail de résorption qui l'élargit et fait croire à une véritable dissolution du séquestre.

L'histoire de l'infiltration tuberculeuse des os n'est point encore achevée, même après les recherches de Nélaton; mais, quelque interprétation qu'on veuille donner aux faits observés par ce professeur, on sera forcé de reconnaître, dans ce qu'il a signalé, une lésion du tissu osseux spéciale et bien distincte de l'ostéite simple. Quant à nous, rien ne nous autorise jusqu'alors à nier qu'il s'agisse ici d'une affection tuberculeuse.

L'affection tuberculeuse des os se montre de préférence dans le tissu spongieux. Nélaton fait sur ce point une curieuse distinction. Quand on examine le tissu spongieux dans les différents os du corps, on en découvre deux variétés: 1° le tissu celluleux jaune, adipeux, qu'on rencontre aux extrémités des os longs et des os courts des membres; 2° le tissu celluleux rouge et vasculaire qui se voit dans les os du tronc et en particulier dans les vertèbres. L'affection tuberculeuse choisit de préférence le tissu spongieux rouge. Ainsi, chez les adultes, c'est dans les vertèbres remplies de ce tissu rouge que les tubercules se montrent surtout, et chez les enfants cette affection attaque à la fois les os des membres et les os du tronc qui sont également remplis du tissu celluleux rouge. Les tubercules siègent en général dans l'intérieur de l'os et rarement à sa surface. Nélaton a cru remarquer que, dans des os non encore arrivés à leur complet développement, c'était surtout dans le noyau épiphysaire que les tubercules se montraient. D'ailleurs, dans les os longs, certaines extrémités semblent de préférence atteintes. Ainsi au fémur, ce sera l'extrémité inférieure, et au tibia l'extrémité supérieure; à l'humérus et aux os de l'avant-bras, c'est vers l'articulation huméro-cubitale que le dépôt tuberculeux se fait de préférence.

L'affection tuberculeuse des os se voit principalement dans l'enfance et dans la jeunesse; bien moins fréquente à l'âge adulte, elle devient rare dans la vieillesse.

SYMPTOMATOLOGIE. — Il est impossible avec nos connaissances actuelles d'assigner au développement des tubercules des os des symptômes particuliers. Nous rencontrons là ceux de l'ostéite et de la carie. Ainsi, dans la forme enkystée des tubercules, le malade accuse d'abord des douleurs sourdes, profondes, sur un point limité de l'os; plus tard, il se forme des abcès qui s'ouvrent au dehors et versent une matière grumeleuse, mêlée à du pus ordinaire. Des trajets fistuleux persistent ainsi jusqu'au moment où la cavité tuberculeuse de l'os se comble par bourgeonnement de son kyste celluleux. C'est au siège de ces tubercules qu'il faut rapporter toute leur gravité. Ainsi, quand ces masses tuberculeuses viennent à pénétrer dans une articulation, il se fait brusquement une arthrite très-vive dont

les conséquences sont des plus graves. Quand on a à traiter une infiltration tuberculeuse, on observe à peu près les mêmes phénomènes au début; mais il ne faut plus s'attendre à une guérison comme dans les tubercules enkystés. Cet état est rendu plus grave par la présence de séquestres qui ne sortent que difficilement et peuvent même, dans le cas où l'élimination ne se fait pas, entretenir une suppuration qui épuise et fait succomber le malade.

Les signes que nous venons de rappeler sont aussi ceux de l'ostéite, de la carie, de la nécrose. Aussi le *diagnostic* est-il entouré des plus grandes difficultés. On pourra être mis sur la voie de la nature tuberculeuse de l'affection : 1° par les caractères de la matière grumeleuse, jaunâtre, expulsée avec le pus; 2° par la constitution éburnée des séquestres; 3° enfin par les renseignements que fournit l'état général du sujet.

Le *pronostic* de cette affection repose en partie sur le siège de la lésion. Mais si le sujet est déjà épuisé par des suppurations prolongées, la probabilité d'une cicatrisation des cavernes tuberculeuses est peu probable. Enfin, la forme enkystée est de beaucoup moins grave que l'infiltration tuberculeuse.

TRAITEMENT. — Le traitement de l'affection tuberculeuse des os comprend des moyens généraux et des moyens locaux.

Les moyens généraux sont ceux que nous avons déjà souvent indiqués parmi les reconstituants : huile de foie de morue ou huile iodée, ferrugineux, bains salés ou sulfureux, tisanes amères, viandes rôties, vins généreux, air salubre, etc. Nous nous bornons à ces simples indications.

Les moyens locaux seront plus utilement étudiés quand nous ferons l'histoire particulière de la tuberculisation dans les différents os. On peut dire ici, d'une façon générale, que lorsqu'un abcès tuberculeux s'est formé, il faut donner issue à la matière à l'aide d'une ponction oblique et sous-cutanée, si l'on est au voisinage de quelque cavité splanchnique ou articulaire, et d'une incision directe, s'il s'agit d'un os long et superficiel comme le tibia. Lorsque le pus s'écoule au dehors, on peut laver la poche purulente plusieurs fois par semaine, puis tous les jours à l'aide d'une injection iodée de force variable. On cherche en même temps si quelque séquestre ne peut pas être expulsé au dehors.

Il n'est pas rare de voir guérir de la sorte un bon nombre d'affections tuberculeuses, des os, mais dans tous les cas il faut user longtemps de ces moyens avant de recourir à quelque chose de plus grave. On devra être très-réservé sur les amputations des membres pour des affections tuberculeuses, qui souvent à la longue guérissent toutes seules.

Quand on jugera qu'il faut enlever l'os malade, on devra encore rechercher si une résection ne conviendrait pas mieux qu'une amputation. Dans la tuberculisation des extrémités articulaires, les portions d'os ne sont point en général malades dans une grande étendue. Aussi la résection peut-elle être dans quelques cas avantageusement substituée aux amputa-

tions. Mais quand il s'agit d'une tuberculisation de quelques os du tarse, l'amputation est préférable à des résections qui m'ont paru presque toujours suivies de regrettables résultats.

ARTICLE VIII

ABCÈS OSSIFLUENTS. — ABCÈS PAR CONGESTION

Nous avons, dans les articles précédents, étudié les différentes lésions des os qui s'accompagnent d'une suppuration plus ou moins abondante. Ainsi, nous avons vu que des dépôts purulents peuvent se former rapidement sous le périoste, tandis que d'autres se développent lentement à l'intérieur de l'os et y restent enkystés. Ce n'est point de ces deux sortes d'abcès que nous voulons parler ici, mais de ceux qui, nés d'altérations osseuses superficielles ou profondes, tendent à fuser plus ou moins loin du point malade.

D'anciens chirurgiens désignaient sous le nom d'*abcès par congestion*, toutes les collections purulentes qui n'étaient pas précédées d'un travail phlegmasique local. C'est ce que nous étudions maintenant sous le nom d'abcès froid. Boyer désigna plus particulièrement sous le titre d'*abcès par congestion* ceux produits par la carie des vertèbres ou d'une grande articulation, comme celle du fémur avec le bassin. C'est en effet dans ces régions que prend plus particulièrement naissance cette sorte d'abcès, dont la description a surtout été faite d'après ce qu'on observe à la suite de diverses lésions des vertèbres.

Il ne faut pas restreindre ainsi le cadre des abcès par congestion, et mieux vaut les étudier dans leur expression la plus générale, et désigner avec Gerdy sous le nom d'*abcès ossifluents*, tous les abcès qui viennent d'un os. Parmi ces abcès, les uns se trouvent directement en rapport avec la partie altérée de l'os : ce sont les *abcès sessiles*; et les autres, plus ou moins éloignés de la lésion osseuse, ne reçoivent que par une sorte de migration le pus qu'ils renferment : ce sont les *abcès migrants* ou *par congestion proprement dite*. On observe encore, au voisinage d'os malades, certains abcès qui ne communiquent pas avec eux; on doit les désigner sous le nom d'*abcès par propagation* de la phlegmasie, d'*abcès de voisinage*.

HISTORIQUE. — Ces abcès ont été connus de tout temps et désignés sous des noms variés; mais c'est seulement vers la fin du XVIII^e siècle qu'on commence bien à distinguer ce que nous étudions ici sous le nom d'abcès par congestion. David (de Rouen), dans sa *Dissertation sur les effets du mouvement et du repos dans les maladies chirurgicales*, 1779, fit bien connaître l'origine de quelques-uns de ces abcès. Plus tard, Benjamin Bell étudia avec soin les abcès lombaires par congestion (*System of surgery*, 1787, t. V, p. 419), et Abernethy (*On the lumbar abscesses*, *Surgic. Works*,