ment à l'inflammation. Tantôt alors le pus s'accumule au niveau de l'os affecté, chemine et vient, après un long trajet, former, loin du point de son origine, un abcès que l'on désigne sous le nom d'*abcès par congestion*. Si, au contraire, la formation du pus s'accompagne d'une inflammation vive, l'abcès ulcère rapidement le périoste et le tissu cellulaire, prend les caractères du phlegmon diffus et se fait jour du côté de la peau par plusieurs ouvertures.

La différence que présente, sous le rapport de la gravité, un abcès entretenu par une altération de l'os, et celui qui provient d'une inflammation des parties molles, a de tout temps engagé les chirurgiens à rechercher si le pus fourni dans l'une et l'autre circonstance présente les mêmes caractères. Ainsi l'on a dit que le pus des os avait une odeur particulière, une odeur fétide, fade, nauséabonde; d'autres ont prétendu qu'il tachait le linge en noir; mais tous ces signes sont bien vagues, on peut même dire trompeurs, car il n'est pas rare de voir le pus fourni par le tissu cellulaire tacher le linge en noir; il est souvent fétide. M. F. Darcet a prétendu, dans ces derniers temps, que le pus des os contient une proportion plus considérable de phosphate de chaux que le pus phlegmoneux produit par les parties molles. Suivant M. Darcet, celui-ci contient 1/300 de matière terreuse, et l'on n'en trouve que 1/200 ou même 1/170 dans celui des os. Ce signe serait sans doute précieux pour le diagnostic; mais ces recherches n'auraient-elles point été faites sur du pus contenant des débris osseux, comme cela s'observe dans certaines circonstances, ou bien encore sur la matière tuberculeuse tenue en suspension dans certains abcès par congestion? Il est donc à désirer que de nouvelles recherches viennent lever tous les doutes sur ce point. Quant aux caractères physiques de ce pus, ils sont absolument les mêmes que ceux du pus fourni par une plaie des parties molles, ainsi que nous l'avons constaté dans mainte circonstance. Suivant quelques auteurs, le pus des os est parsemé de globules huileux qu'on ne retrouve jamais dans celui des phlegmons sous-aponévrotiques. Suivant nous, il n'est point exact de dire que le pus du tissu osseux offre des caractères physiques particuliers. Nous dirons plus tard ce qui a pu donner lieu à cette croyance.

La marche de l'inflammation est généralement plus lente dans les os que dans les parties molles. Chez le plus grand nombre des malades, elle affecte une marche chronique. Aussi voit-on ordinairement les abcès se former et s'ouvrir sans donner naissance à une réaction violente. Cette lenteur de la marche et cette longue durée de la maladie constituent un caractère propre à l'ostéite. Elles sont extrêmement prononcées dans les abcès douloureux épiphysaires. C'est ainsi que sur onze sujets affectés d'abcès non traumatiques, M. Ed. Cruveilhier a trouvé que la durée moyenne était de dix à onze années. Toutefois, on

serait dans l'erreur si l'on pensait que l'ostéite présente toujours ce caractère de chronicité sur lequel ont tant insisté les auteurs. Parfois, en effet, elle suit une marche tellement rapide qu'elle détermine, du cinquième au quatorzième jour, la formation d'abcès dont l'ouverture spontanée et mieux artificielle permet au doigt ou au stylet de découvrir, au milieu des fongosités saignantes, la substance de l'os dénudée. Il est rare, après l'évacuation du pus, de voir le périoste décollé se souder de nouveau avec la surface de l'os enflammé: cette heureuse terminaison ne s'observe guère que chez les très-jeunes enfants. Plus souvent, on voit persister une nécrose, dont l'étendue varie avec l'extension de la maladie. L'élimination de cette portion d'os nécrosée exige parfois un processus très-long et donne lieu à des fistules qui peuvent persister longtemps après l'ouverture du foyer purulent. Lorsque l'ostéite a cette marche aiguë, on voit les symptômes généraux les plus graves, délire, céphalalgie, insomnie, se montrer et la maladie suivre une marche tellement active que l'on pourrait croire au premier abord à un véritable état typhoïde: d'autres fois on voit apparaître, du douzième au vingtième jour, de nouveaux symptômes annonçant que l'articulation la plus voisine est elle-même le siége d'une inflammation suppurative, inflammation qui, propagée à la synoviale, ne tarde pas à la rompre, et, dans un certain nombre de cas, si le chirurgien n'y met obstacle, à envahir le squelette et les parties molles jusqu'à la racine du membre.

Les symptômes et la marche de l'ostéite produite par les armes à feu offrent une telle analogie avec ceux de l'ostéomyélite spontanée que la seule inspection suffit souvent, aidée des antécédents, à reconnaître si la maladie est parvenue à la période d'inflammation phlegmoneuse ou de suppuration, et si elle tend à revêtir une forme aiguë ou chronique. Toutefois, J. Roux insiste sur ce fait capital que dans l'os les désordres s'étendent plus loin que dans les chairs. Un autre caractère non moins important et sur lequel Gerdy a surtout appelé l'attention, c'est cette tendance continuelle aux recrudescences qui amènent la formation d'abcès dans le tissu cellulaire ambiant. Ces abcès circonvoisins sont surtout communs sur les membres qui ont été autrefois fracturés par un coup de feu : bien que l'ostéite semble complétement guérie depuis longtemps, elle n'est qu'assoupie, et elle n'attend qu'une occasion, telle qu'un coup, des travaux pénibles, l'impression du froid, pour reparaître.

Étiologie. — L'inflammation des os peut être produite par des causes internes ou externes. Au nombre des premières nous signalerons le vice scrofuleux, la syphilis, le scorbut et les fièvres graves. Le jeune âge exerce une véritable influence. Toutefois, on peut considérer comme exceptionnels plusieurs cas d'ostéite congénitale des épiphyses observés par M. Péan, à la Maternité de Paris. J'ai moi-même rencontré quelques

exemples d'ostéite survenue pendant les premières semaines de la vie chez des enfants en apparence assez bien constitués. L'ostéite des épiphyses se montre surtout dans l'adolescence. A cet âge elle revêt deux formes qui ont été spécialement étudiées par M. Gosselin: l'une, à laquelle il donne le nom d'ostéite épiphysaire lente et non suppurée, serait caractérisée par une inflammation légère du parenchyme osseux activé dans sa nutrition par la soudure prochaine de l'épiphyse, surviendrait sous l'influence de la fatigue, suivrait une marche intermittente, et disparaîtrait après la seizième année; l'autre, que nous avons précédemment décrite (p. 10) et à laquelle il donne le nom d'ostéo-arthrite épiphysaire, en raison de l'arthrite dont elle s'accompagne, aurait une marche très-aiguë et produirait des symptômes presque invariablement mortels, d'où le nom de typhus des membres qui a été appliqué à cette variété d'affection. Tous les auteurs s'accordent à reconnaître que les os longs, tels que le fémur, le tibia, l'humérus et même les os de l'avant-bras, sont presque exclusivement le siége de l'ostéite aiguë non traumatique. Suivant quelques chirurgiens, cette affection serait plus commune dans les pays froids.

Les causes externes sont : toutes les violences extérieures, telles que contusions violentes, écrasement, fractures, dénudation, la présence de corps étrangers enfoncés dans le tissu osseux.

Si l'inflammation d'un os peut s'étendre aux parties molles voisines, elle peut aussi s'étendre des parties molles à l'os; que l'on examine attentivement le fémur d'un sujet qui a succombé à un phlegmon profond de la cuisse, et l'on trouvera, après avoir enlevé le périoste, que l'os présente déjà ces taches vasculaires que nous avons observées dans la première période de l'inflammation du tissu compacte. Il en est de même de certains érysipèles du cuir chevelu qui amènent des périostites du crâne et des méningites. Nous rappellerons ici ce que nous avons déjà dit à l'article *Abcès*, c'est-à-dire que le pus provenant d'une phlegmasie chronique peut rester longtemps en contact avec le périoste sans l'altérer; mais que, si le pus est produit par un phlegmon aigu, cette membrane est bientôt détruite, et le tissu osseux, mis à nu, ne tarde pas à être affecté.

Diagnostic. — L'ostéite aiguë superficielle nous paraît se confondre avec la périostite ; il n'y a donc point lieu d'établir entre elles un diagnostic différentiel. Nous verrons cependant à l'article *Périostite* que quelques auteurs ont cherché à établir ce diagnostic. — Nous ne nous arrêterons pas davantage à faire le diagnostic de l'ostéite aiguë profonde avec l'ostéomyélite, attendu que pour nous ces deux affections sont habituellement confondues : on verra plus loin que nous réservons le nom d'ostéomyélite aux inflammations de la moelle des os.

L'ostéite des épiphyses peut faire croire, lorsqu'elle est au début, à une arthrite aiguë ou chronique. L'erreur est facile à commettre

quand l'articulation est profondément située. C'est ainsi que M. Réné Marjolin montrait, à la Société de chirurgie, une pièce remarquable, dans laquelle une inflammation limitée au grand trochanter avait simulé à s'y méprendre une coxalgie. Toutefois, si l'articulation est entourée d'une couche de tissus peu épaisse, on pourra, dans la majorité des cas, à cause du siége de la douleur et du gonflement dans l'épiphyse, ainsi qu'en raison de la liberté des mouvements conservée dans l'article, penser que l'on est en présence d'une ostéite simple. Le diagnostic est rendu plus obscur encore par la présence de certaines complications qui surviennent, surtout pendant le cours de l'ostéite épiphysaire, telles que l'arthrite purulente et la nécrose de l'épiphyse. On sait, dans le premier cas, que le pus s'accumule dans la jointure et qu'il peut rompre ensuite la synoviale. « Deux phénomènes, » dit M. Chassaignac, « peuvent alors éclairer le diagnostic : le premier consiste dans l'état des tissus circonvoisins de l'articulation qui prennent un caractère particulier d'induration et de compacité, comme si le périoste lui-même et les ligaments devenaient malades. Le deuxième consiste dans une espèce de flot très-mobile qui apparaît dans les muscles aussitôt que la rupture de la synoviale y a permis l'effusion du liquide articulaire. Quant à la nécrose des têtes articulaires qui succède parfois à l'ostéite, elle est excessivement difficile à reconnaître pendant la vie du malade. Ce n'est qu'au moment où la tête se détache et où la région se déforme que le diagnostic peut être subitement éclairé pour ceux qui ont suivi pas à pas la marche de l'affection et qui prennent le soin d'analyser scrupuleusement chacun des symptômes afin de préciser, aussi exactement que possible, les nouveaux rapports qu'affectent entre elles les surfaces articulaires.

Certaines variétés d'ostéite aiguë occupant des os profondément situés peuvent faire croire à un phlegmon diffus et *vice versâ*.

Le siége de l'œdème autour de l'os enflammé, ses limites brusques, et surtout sa dureté spéciale, permettront habituellement de distinguer l'ostéite du phlegmon. Les symptômes différentiels seront encore mieux établis aussitôt que les incisions devenues nécessaires permettront d'explorer plus librement les organes malades.

L'ostéite peut encore être confondue avec un engorgement chronique des tissus qui entourent un os: en effet, nous avons vu combien il est facile de croire à la tuméfaction des os, lors même que ceux-ci ont leur volume normal, quand les parties voisines sont engorgées. L'étude des autres symptômes permettra de lever les doutes. Quant à déterminer si une ostéite est de nature syphilitique, scrofuleuse, etc.; les antécédents, le siége de la maladie, la constitution du sujet, suffiront ordinairement pour décider cette question.

Les abcès douloureux des épiphyses présentent une physionomie

spéciale qui permet de reconnaître leur existence. Assurément il ne serait pas permis aujourd'hui, comme cela eut lieu chez cette femme dont parle Brodie, de les confondre avec les points douloureux de l'hystérie, ni avec les douleurs ostéocopes de la syphilis, ainsi que cela fut observé par Mac Farlane, ni même avec une exostose circonscrite comme cela arriva dans le fait cité par J. L. Petit. Mais, le diagnostic présente d'assez grandes difficultés quand il s'agit de les distinguer de la nécrose épiphysaire, du tubercule et des kystes des os. Nous verrons plus loin à l'aide de quels symptômes on peut arriver à les différencier. M. Ed. Cruveilhier est allé plus loin, il a cherché à distinguer les abcès de l'épiphyse de ceux qui se développent dans le canal médullaire. Suivant lui, les premiers, outre leur siége différent, leur cause non traumatique et les douleurs qui les caractérisent, auraient encore un volume moindre, une forme plus régulière, une marche plus lente, et donneraient beaucoup plus rarement naissance à des fistules. Le diagnostic de l'ostéite, au point de vue de sa nature, est ordinairement facile : cependant il ne faut pas oublier qu'un malade ayant des antécédents syphilitiques peut présenter des altérations osseuses dues à la scrofule, et que d'autre part les scrofuleux voient leurs manifestations s'aggraver avec extrême rapidité sous l'influence de la diathèse syphilitique. M. Bazin a justement insisté sur cette double considération ; c'est au traitement qu'il faut recourir, dans des cas semblables, pour éclairer le diagnostic. Enfin nous verrons plus loin comment il est possible, dans les cas où la maladie est produite par les coups de feu, c'est-à-dire si l'ostéite est simple ou si elle est entretenue par la présence d'un projectile (voy. *Plaies des os*).

Le pronostic de l'ostéite se trouve implicitement compris dans ce que nous avons dit de sa marche et de ses terminaisons.

Traitement. — Si l'ostéite est produite par une des causes générales que nous avons signalées, le traitement doit avoir pour but de détruire cette cause. Ainsi on administrera un traitement antisyphilitique, antiscrofuleux, antiscorbutique, suivant le cas. Si l'inflammation de l'os a été produite par une cause externe, un traitement antiphlogistique, saignées générales, locales, applications émollientes, est indiqué ; si l'ostéite est entretenue par la présence d'une collection purulente, superficiellement placée, il faut donner issue au pus par une ouverture convenable ; pratiquer, s'il est nécessaire, une ou plusieurs contre-ouvertures, laisser à demeure un séton élastique perforé au moyen duquel on établira des courants de liquides antiseptiques, tels que le vin de quinquina, l'eau iodée, le coaltar saponiné, ou une solution de permanganate de potasse ; on pourra même injecter des liquides acidulés pour le décapage des séquestres minces et superficiels. S'il y a un abcès dans l'intérieur de la diaphyse ou de l'épiphyse, on pourra découvrir le foyer

au moyen du trépan. Ce moyen vanté par les anciens et en particulier par Brodie, Morwen-Smith et Broca, nous a donné deux fois les meilleurs résultats. Si l'inflammation de l'os est spontanée et se généralise trop rapidement, il conviendra de pratiquer l'amputation du membre au-dessus de la région occupée par la maladie. Cette ressource sera surtout utile dans certains cas d'ostéite produite par les armes à feu. Elle permettra, dit J. Roux, même après plusieurs mois ou plusieurs années, de substituer à une suppuration dangereuse et indéfinie une suppuration et des douleurs définies. Par contre, le chirurgien ne doit pas oublier que si, à la suite d'une ostéite superficielle, on trouve le tissu osseux dénudé, ce tissu ne doit pas nécessairement se mortifier, comme on le croyait autrefois ; il peut se recouvrir de bourgeons charnus, qui forment une cicatrice solide, mais adhérente à la surface de l'os.

B. *Ostéomyélite*. Nous désignons sous ce nom l'inflammation du tissu médullaire des os. Toutefois, comme il serait difficile de séparer l'inflammation de la moelle contenue dans les épiphyses de l'inflammation du tissu spongieux, nous renverrons, pour ce qui la concerne, à l'article ostéite épiphysaire (voy. p. 10), et nous appliquerons l'étude qui va suivre à l'inflammation de la moelle contenue dans le canal central des os longs.

On trouve dans les auteurs du siècle dernier un certain nombre d'observations qui nous offrent des exemples de cette affection ; mais ces faits se trouvent disséminés dans les recueils d'observations, et décrits sous des noms différents qui ont empêché de les rapprocher, de les comparer, et par conséquent de tracer une description dogmatique. C'est ainsi que J. L. Petit en parle dans un chapitre consacré à l'histoire des exostoses, et la présente comme un des effets de ces tumeurs qui, au lieu de faire saillie à la surface de l'os, se développent vers le canal médullaire. Duverney, dans un chapitre où il traite de la fracture en long des grands os, qu'on nomme *fente*, en rapporte trois observations, dont une surtout ne laisse aucun doute. D'autres auteurs la désignent sous le nom de *commotion de la moelle*, etc., etc. Quoi qu'il en soit de ces diverses dénominations, le fait de l'inflammation du tissu médullaire, qui occupe la diaphyse des os longs, est maintenant établi par un bon nombre d'observations. M. Valette, M. Velpeau, Gerdy, A. Bérard, Blandin, disent l'avoir constatée plusieurs fois ; M. Reynaud en a fait l'objet d'un mémoire spécial (*Archives générales de médecine*, t. XXVI, 1831), et depuis que nous avons attiré l'attention sur ce point, il n'est pas de chirurgien qui n'ait eu l'occasion de l'observer.

Quelques-uns même, considérant que l'ostéite, surtout à l'état aigu, s'accompagne d'un certain degré d'inflammation médullaire ont pensé que cette dernière pourrait bien habituellement précéder l'ostéite. Telle est la manière de voir de M. Ch. Robin. Telle paraît être également celle de MM. Chassaignac et J. Roux qui, sous le nom d'ostéomyélite, décri-

vent un grand nombre des phénomènes qui se rattachent à l'ostéite aiguë. — Les faits nombreux que nous avons recueillis ne nous permettent pas d'accepter cette opinion. Il nous a paru, en effet, que c'est l'ostéite qui, dans tous ces cas, offre le plus d'importance, et qu'elle précède l'ostéomyélite aussi bien que la périostite.

Anatomie et physiologie pathologique. — C'est M. Reynaud, le premier, qui nous a donné sur ce point les notions les plus précises. Il résulte de ses recherches, qui ont été faites sur des sujets morts peu de temps après avoir subi une amputation, que la moelle affectée d'inflammation présente d'abord une couleur rouge plus foncée que dans l'état normal, unie à une augmentation de densité; plus tard, cette couleur devient plus foncée et tire sur le rouge brun; bientôt on découvre quelques points purulents, d'abord disséminés, puis ensuite rassemblés dans un foyer; il existe alors un véritable abcès qui a détruit le tissu médullaire dans une étendue plus ou moins considérable. Dans certains cas, M. Reynaud a cru reconnaître une véritable gangrène de la moelle, qui répandait une odeur fétide tout à fait caractéristique. Quelquefois on trouve, à son extrémité libre, une couche de bourgeons charnus, une véritable membrane pyogénique, qui bouche l'orifice du canal médullaire, et se continue avec la membrane granuleuse qui tapisse toute la surface de la plaie de l'amputation. Le périoste, qui enveloppe l'extrémité de l'os, se décolle dans une étendue qui correspond, en général, très-exactement à celle du foyer purulent intérieur; et, à moins que le malade ne succombe promptement, la portion osseuse intermédiaire, privée des vaisseaux que lui fournissait l'organe médullaire, privée de ceux qui lui venaient du périoste, ne tarde pas à se nécroser. Si le tissu osseux s'enflamme dans le voisinage du foyer inflammatoire, et si l'affection dure quelque temps, il se fait, dans le voisinage de la partie nécrosée, des dépôts osseux de nouvelle formation. Suivant Gerdy, tout l'os prend un volume considérable: il s'hypertrophie, lorsque la moelle s'enflamme, et qu'elle est emprisonnée dans un os qui n'a point été divisé comme dans une amputation.

En résumé, le tissu médullaire, sous l'influence de l'inflammation, s'infiltre de lymphe et de pus; et, suivant que cette inflammation suit une marche chronique ou rapide, on voit, dans le premier cas, une portion plus ou moins étendue du canal médullaire et de la diaphyse se remplir de couches osseuses nouvelles, plus ou moins éburnées, qui tantôt se laissent éroder par le liquide purulent jusqu'à imiter de véritables trépanations spontanées, qui tantôt, au contraire, opposent au pus et aux séquestres une barrière presque insurmontable; dans le second cas, l'inflammation se propage activement à l'os, au périoste et aux parties circonvoisines, et donne naissance aux diverses complications que l'ostéite aiguë entraîne à sa suite (voy. *Ostéite aiguë*, p. 12).

Symptomatologie. — Voici, suivant M. Reynaud, qui est loin cependant de les donner comme constants, les signes qui feront reconnaître l'ostéomyélite à la suite d'une amputation. Empâtement général du membre sans rougeur extérieure et sans traces d'inflammation dans la continuité des parties molles qui entrent dans la composition du moignon; issue par la pression d'une quantité de pus très-liquide, plus considérable que ne le comporte l'étendue de la plaie; douleurs très-vives et profondes, qui apparaissent après le premier pansement : il indique en outre un état général spécial, avec coloration jaune de la peau du membre amputé, et de tout le corps, odeur aigrelette de l'haleine, fièvre intense. On voit que la plupart de ces symptômes sont bien vagues, et que plusieurs d'entre eux peuvent se montrer dans le cas d'inflammation simple du moignon. A ces signes, il faut en joindre un qui est le plus certain de tous, c'est l'issue de la moelle, qui vient faire une saillie à l'extrémité de l'os amputé. Dans le cas où le membre est entier, les malades éprouvent des symptômes différents, suivant que la maladie est aiguë ou chronique. Dans le premier cas, les symptômes locaux et généraux sont ceux de l'ostéite aiguë qui accompagnent l'ostéomyélite; dans le second, on voit provenir une douleur fixe, accompagnée d'un léger empâtement dans le point occupé par l'inflammation médullaire, et peu à peu on voit apparaître l'ensemble des symptômes qui caractérisent l'ostéite chronique. Celle-ci, en effet, se produit, soit que le pus et les séquestres s'enkystent à l'intérieur du canal médullaire, soit qu'ils déterminent, pour s'échapper à l'extérieur, ou pour tomber dans l'articulation voisine, un travail de suppuration et d'ulcération.

L'ostéomyélite a généralement une marche assez rapide; elle peut se terminer par résolution, par suppuration ou par gangrène.

Étiologie. — Outre les amputations, il faut citer les fractures compliquées de plaies, les contusions violentes, la présence de corps étrangers introduits dans le canal médullaire, toutes les dilacérations de la moelle. Pour bien observer l'influence de ces différentes sortes de traumatisme, M. Flourens a fait une série d'expériences remarquables qu'il a communiquées, en 1841, à l'Académie des sciences. Pour conserver l'os entier, cet habile physiologiste faisait passer par un trou les agents de destruction. M. J. Roux a également étudié, avec un très-grand soin, le mode d'action des projectiles arrêtés dans le canal médullaire des os longs. Quant à M. Reynaud, il est porté à croire que l'action de la scie sur cet organe est une des causes de l'inflammation si fréquemment observée après les amputations de cuisse. L'ostéomyélite pourrait, dit-on, se développer spontanément; mais il est probable que l'on aura souvent pris pour des abcès des tubercules ramollis contenus dans le canal de l'os.

Traitement. — L'usage des antiphlogistiques locaux serait sans doute

convenable, si l'on avait des signes certains pour reconnaître cette affection. Dans le cas où l'on soupçonnerait l'existence d'un abcès ou d'un séquestre enfermé dans le canal médullaire, l'emploi d'une couronne de trépan serait indiqué pour donner issue au pus; mais la difficulté d'établir le diagnostic engagera presque toujours un praticien prudent à faire une analyse très-attentive des symptômes, avant de pratiquer cette opération.

C. *Périostite.* — Ce nom sert à désigner l'inflammation du périoste.

Anatomie pathologique. — Suivant quelques chirurgiens, le périoste, doué d'une grande vascularité, serait le siége d'inflammations spontanées et traumatiques assez fréquentes. A vrai dire, il n'est pas rare de le trouver hypérémié, épaissi, plus ou moins décollé, ramolli ou ulcéré, parfois même infiltré de pus et recouvert ou soulevé par une collection purulente; mais nous ferons observer : 1° que nous n'avons jamais trouvé, quoi qu'en disent les auteurs, d'exemples de périostite simple et primitive; 2° que dans tous les cas où le périoste était enflammé, l'os lui-même l'était dans une plus grande étendue; 3° que l'ostéite jouait toujours le principal rôle et méritait spécialement d'être prise en considération.

Sémiologie. — Après ce que nous venons de dire, il est aisé de comprendre que les symptômes de la périostite se confondent avec ceux de l'ostéite aiguë et de l'ostéite chronique superficielles, si bien qu'il devient inutile, au point de vue pratique, de chercher entre ces affections des symptômes différentiels. Cependant, pour montrer les efforts qui ont été faits dans cette voie, nous reproduisons le tableau suivant, emprunté au livre de M. Chassaignac, et dans lequel l'auteur s'efforce de distinguer la périostite de l'ostéite aiguë et du phlegmon diffus.

ABCÈS SOUS-PÉRIOSTIQUE.	OSTÉOMYÉLITE.	PHLEGMON DIFFUS.
La fluctuation précède l'empâtement.	Le contraire.	Œdème moins dur que dans l'ostéomyélite.
	Œdème douloureux terminé brusquement par un rebord saillant et dur, juste à la hauteur où l'os cesse d'être malade.	Ne se termine pas brusquement.
Ne s'accompagne pas d'ostéomyélite ni d'infiltration de tout le membre.	Se propage d'un os à l'autre à travers les articulations par marche ascendante vers la racine des membres.	N'a pas de globules huileux dans le pus.
Reste en général borné à la section du membre sur lequel il est apparu.		
N'attaque d'autres parties du membre que par attaques successives, distinctes.		
Épargne les articulations.	Ne respecte pas les articulations.	Les incisions montrent que la nappe purulente siége dans le tissu cellulaire.

Les propositions générales que nous avons formulées au sujet de la périostite permettent de comprendre que son traitement se trouve implicitement compris dans celui de l'ostéite.

ARTICLE II.

DE LA CARIE.

Le nom de *carie* était donné autrefois à plusieurs maladies du tissu osseux; on pourrait même dire qu'il servait à désigner presque toutes les maladies organiques de ce tissu. C'est ainsi que, même au siècle dernier, la nécrose, les diverses espèces d'exostoses, le cancer, l'affection tuberculeuse des os, la destruction de ces organes par certaines tumeurs, telles que les anévrysmes, les fongus de la dure-mère, etc., étaient encore décrits, en France par Duverney, et J. L. Petit, en Angleterre par Monro, sous le nom de *carie*. Mais une étude plus attentive de ces maladies, et surtout les progrès qu'a faits depuis un demi-siècle l'anatomie pathologique, nous ont permis de voir les différences capitales qui existent entre ces diverses affections, et de donner pour plusieurs d'entre elles une description spéciale qui fît ressortir ce que chacune présente de particulier.

Cependant, il faut le dire, quoique beaucoup plus restreint dans son acception, le mot de carie n'est point encore maintenant employé par tous les auteurs pour désigner une seule et même affection; on trouve encore, dans les ouvrages les plus modernes, la carie confondue avec l'ostéite simple terminée par la suppuration, et avec une des variétés de l'affection tuberculeuse. Nous aurons donc soin, dans cet article, d'indiquer les différences qui existent entre les deux premières affections que je viens de citer, c'est-à-dire la carie et l'ostéite suppurée. Quant aux caractères propres à l'affection tuberculeuse, ils seront suffisamment exposés dans l'histoire particulière de cette maladie.

Nous croyons pouvoir définir la carie, une affection caractérisée par : 1° l'augmentation de vascularité; 2° la raréfaction; 3° le ramollissement; 4° la suppuration du tissu osseux. Cette définition n'est certainement pas à l'abri de tout reproche, car la plupart des caractères que je viens de donner se retrouvent dans l'ostéite terminée par suppuration; mais, dans la carie, ces altérations du tissu sont portées à un degré bien plus avancé, et c'est précisément ce qui donne à la maladie une physionomie particulière.

Anatomie pathologique. — Quelques auteurs ont avancé que la carie est une affection propre au tissu spongieux des os; mais on sait maintenant qu'elle attaque également le tissu compacte. Cependant il faut