d'asepsie locale se trouvent indiquées. La résection du poignet n'est guère admise chez l'enfant à cause des désordres qu'elle entraînerait et des ressources très sérieuses de réparation qui existent chez lui surtout dans une affection dont la marche est bien plus favorable que chez l'adulte.

ARTICLE XVIII

SYNOVITES TENDINEUSES CHRONIQUES

Sous ce titre nous ferons simple mention des synovites fongueuses ou à grains riziformes primitives des gaines tendineuses, laissant de côté l'envahissement fongueux des gaines autour des tumeurs blanches.

1° Etiologie, anatomie pathologique. — Les péroniers, les extenseurs du pied, sont envahis par la tuberculose, mais le siège d'élection est surtout la région du poignet où par ordre de fréquence, nous voyons les fléchisseurs et les extenseurs atteints.

A vrai dire, la synovite tendineuse chronique est rare chez l'enfant; on ne la voit jamais dans les premières années : il s'agit presque toujours d'enfants âgés de dix à douze ans et au-dessus.

L'anatomie pathologique est ici celle qu'on décrit dans l'âge adulte. La synoviale est recouverte de fongosités et distendue par elles et du liquide séreux ou puriformes, ou bien elle contient de la sérosité transparente et des grains riziformes libres et présente en même temps sur ses parois de petits corps pédiculés analogues aux grains libres qui flottent dans la sérosité synoviale. Dans un cas récent nous avons trouvé la gaine des fléchisseurs remplie de ces petits corps mobiles dont aucun ne dépassait une longueur de 2 millimètres. Ces lésions occupent non seulement le feuillet pariétal de la séreuse, mais aussi bien la surface des tendons qui à une période avancée de la maladie peuvent perdre leur structure

propre, leur consistance et se rompre. Ce degré d'altération dont il est difficile, à première vue, de se rendre bien compte, réclame de la part de l'opérateur les plus grandes précautions pour ne pas, durant l'acte opératoire, interrompre la continuité des tendons.

La nature tuberculeuse de la synovite chronique fongueuse et à grains riziformes n'est plus discutable, aussi réclame-t-elle un traitement chirurgical.

2° Symptômes, diagnostic. — Nous ne reviendrons pas sur les symptômes partout décrits de cette affection tuberculeuse, nous rappellerons seulement que si le diagnostic est en général facile, il demande à la région antérieure du poignet un peu plus d'attention pour prévoir l'étendue de l'intervention qu'on devra pratiquer sur deux synoviales voisines : celle du petit doigt commune aux fléchisseurs, et celle du pouce assez souvent isolée.

Au début la perte du mouvement, le gonflement et la fluctuation ne sont pas des symptômes constants. La fonction peut en apparence être conservée, mais il est fréquent de voir sur les doigts dont les tendons sont compromis, et qui se meuvent encore facilement, une faiblesse des mouvements très accusée. Ce signe peut avoir une certaine valeur.

3° Traitement. — Le traitement médical est une pure illusion. Dès que le diagnostic est fait, la lésion est assez avancée pour qu'il soit nécessaire d'opérer.

L'incision large de la gaine, pratiquée avec prudence pour ne pas aborder les tendons qu'il faut respecter, l'abrasion des fongosités et des grains pédiculés, le nettoyage de toute la gaine sur les points suspects avec la curette de Wolkmann, constituent les différents temps de l'opération qu'on termine par la suture en respectant les plans anatomiques pour bien restituer aux tendons leur lit séreux.

Cependant il arrive dans quelques circonstances que la séreuse, très envahie sur l'une de ses parties, forme là un vrai tuberculome. Le curettage fait alors place à l'extirpation

de cette partie ; mais il reste toujours assez de tissu séreux dans le voisinage pour reconstituer une certaine étendue de la gaine.

Le nettoyage des tendons est aussi nécessaire que celui de son enveloppe. Si d'aventure on venait à rompre l'un d'eux, il ne faudrait pas hésiter à en faire la suture immédiate ou bien, si elle n'était pas possible, à réunir le bout périphérique à l'un des tendons voisins.

Les plus mauvais cas exposent certainement à des raideurs, même à des récidives, mais cette opération pratiquée au début des lésions et très complètement, donne les plus beaux succès. Dans deux cas récents (fléchisseurs, extenseurs) nous avons obtenu après un curettage complet la *restitutio ad integrum*.

ARTICLE XIX

OSTÉOMYÉLITE DE LA CLAVICULE

L'ostéomyélite de la clavicule n'offre un intérêt spécial que par les accidents qu'elle entraîne du côté des régions voisines.

1° Description clinique. — La clavicule atteinte d'ostéomyélite présente facilement de grands décollements périostiques de l'extrémité interne où la lésion débute, le plus souvent, sur une partie plus ou moins considérable du corps de l'os.

L'articulation sterno-claviculaire est directement menacée et l'arthrite purulente n'est pas rare. On peut ainsi observer une lésion complexe partout à la fois sur la clavicule, sur l'articulation sterno-claviculaire et sur le sternum.

Les lames celluleuses et aponévrotiques qui entourent cet os et le séparent des grandes régions voisines en constituant des plans superposés, peuvent être envahies par le pus et, à une période avancée de la maladie, recevoir les séquestres qui s'isolent alors au milieu d'elles après s'être séparés du corps ou de l'extrémité de la clavicule. Des observations ont

été signalées de ces fragments osseux migrateurs qui, en dépit de la réparation osseuse, entretenaient d'interminables suppurations. D'autre part, il n'est pas impossible que la suppuration franchisse les plans celluleux ou fibreux et attaque la région thoracique.

2° Traitement. — La situation de la clavicule en rapport avec des régions importantes accessibles au pus, le médiastin, le creux sus claviculaire; son contact immédiat avec le sternum sont des indications pour le traitement.

L'ouverture du périoste et la trépanation de la clavicule, d'une exécution facile, seront pratiqués dès les premiers symptômes confirmateurs de l'inflammation.

Le décollement total du périoste et l'envahissement de l'articulation sterno-claviculaire peuvent réclamer la résection de l'extrémité interne de cet os et d'une partie de son corps. Promptement exécutée, cette résection serait suivie de la régénération osseuse et elle a l'avantage de permettre une antisepsie complète du foyer et de protéger le médiastin et le cou.

Nous pensons cependant que l'envahissement de l'articulation constitue la seule raison pressante pour légitimer la résection, qui ne paraît autrement pas plus nécessaire ici qu'elle n'est dans les autres régions osseuses où il vaut mieux recourir à des moyens plus conservateurs et cependant tout aussi efficaces.

ARTICLE XX

OSTÉOMYÉLITE DE L'HUMÉRUS

L'ostéomyélite de l'humérus, comme fréquence, arrive bien après celle des os du membre inférieur et c'est l'extrémité supérieure qui presque invariablement est atteinte.

1° Description clinique. — Les traumatismes directs, les tractions sur le membre supérieur, les causes générales enfin

interviennent ici comme elles le font dans toutes les autres régions.

Les tout jeunes enfants n'en sont pas exempts, mais on ne rencontre guère cette affection avant trois ou quatre ans. A partir de cette époque, elle est plus fréquente ; les travaux exagérés auxquels se livrent les jeunes ouvriers mal nourris, affaiblis et déjà malades, expliquent cette particularité. Un garçon de dix-huit ans, tonnelier de son état, veut lutter de résistance au travail avec un de ses camarades, et durant tout un jour, pour tenir son pari, reste à l'atelier pour fournir un plus grand nombre de pièces. Ce travail exige un effort soutenu des membres supérieurs. Le soir, il est pris de douleurs atroces

Fig. 152.
Ostéomyélite de l'humérus (séquestres multiples).

dans l'épaule et le bras droit ; la fièvre apparaît vive dans la nuit ; du gonflement survient, qui s'étend à tout le bras. Il s'agit bien d'une ostéomyélite aiguë : une incision externe ouvre un large abcès sous-périosté qui engaine la totalité de l'os. Les exemples analogues à celui-ci ne sont pas rares.

Il semble du reste que l'ostéomyélite humérale ait une intensité en rapport avec les causes qui la produisent ; elle est en général plus grave chez les adolescents que chez les plus petits.

Débutant par l'extrémité supérieure, elle concentre ses effets sur la partie correspondante de la diaphyse et peut menacer l'articulation de l'épaule qui n'est, il est vrai, que rarement envahie. Le canal médullaire est quelquefois atteint dans une grande étendue et nous avons, à plusieurs reprises, opéré des enfants de quatre à huit ans qui présentaient des séquestres jusqu'au voisinage de l'épiphyse inférieure. Ces séquestres n'offrent presque jamais le volume de ceux qu'on extrait sur le fémur et sur le tibia ; ils sont disposés en chaînette le long du canal médullaire et engainés dans une couche

d'os nouveau. Les très gros séquestres seront ceux qui proviendront d'une ostéomyélite chez des sujets plus âgés.

2° **Traitement.** — Le traitement ne saurait différer de ce qu'il est pour les autres os, pour le fémur, le tibia. Les règles que nous indiquerons bientôt pour le tibia d'après notre expérience personnelle et l'enseignement si sage et si précis d'Ollier, seront appliquées à l'ostéomyélite de l'humérus et il sera d'autant plus prudent d'y recourir que la croissance de l'os est tenue sous la dépendance du cartilage épiphysaire supérieur. La résection appliquée sur ce point, dans le jeune âge, a toujours un résultat fâcheux quand la croissance n'est pas terminée ou quand elle est peu avancée.

ARTICLE XXI

OSTÉOMYÉLITE DU CUBITUS ET DU RADIUS

Le cubitus est relativement à l'abri de l'ostéomyélite. Au contraire, le radius à son extrémité inférieure et quelquefois aussi à son extrémité supérieure présente des atteintes de cette affection. Les violences auxquelles il est soumis dans les chutes, dans les grands efforts exécutés par la main, rendent compte de cette localisation.

1° **Description clinique.** — Sans nous occuper des accidents aigus (qui n'ont rien de spécial), très évidents chez les enfants âgés, qu'il faut chercher chez les nouveau-nés assez fréquemment atteints d'ostéomyélite du membre supérieur, nous fixerons notre attention sur un seul point : la nécessité de surveiller la croissance du membre et la direction de la main. La main en effet subira, par arrêt de la croissance du radius, une poussée latérale de la part du cubitus tout à fait analogue à celle dont il sera bientôt question pour le pied à propos de l'ostéomyélite du tibia. Une main bote accidentelle sera créée de toutes pièces, comparable au pied bot accidentel par ostéite.

2° Traitement. — Si sur le tibia il est indispensable de ménager l'épiphyse et plus tard de reséquer le péroné dans quelques cas, même obligation s'imposera ici, la direction de la main ne pouvant être maintenue que par la conservation de l'épiphyse radiale ou la résection du cubitus qui devrait être pratiquée en pleine diaphyse au-dessus de l'extrémité inférieure de l'os, quand l'ostéomyélite est éteinte et qu'il ne reste plus qu'à rétablir la fonction qu'elle a profondément troublée.

CHAPITRE III

MEMBRE INFÉRIEUR

Comme dans le chapitre précédent nous avons essayé de grouper les questions qui présentent des caractères communs soit comme affections congénitales, soit encore comme lésions traumatiques, soit comme maladies inflammatoires ou spécifiques, et nous avons pas à pas suivi les régions du membre inférieur.

ARTICLE PREMIER

ABCÈS AIGUS SIMPLES DE LA RÉGION FESSIÈRE

Les abcès chauds de la région fessière sont assez fréquents chez l'enfant de deux à six ans.

1° Anatomie pathologique. — Leur anatomie pathologique est celle d'une volumineuse collection développée dans le tissu cellulaire superficiel ou profond. Dans le dernier cas, le muscle grand fessier est soulevé par l'abcès qui de la crête iliaque à la région ischiatique forme une masse dense et fluctuante. Les collections profondes paraissent être les plus fréquentes.

Le pus de ces abcès chauds est épais, crémeux et ordinairement mélangé à une certaine quantité de caillots sanguins; quelquefois, à cause de la présence du sang, il présente une coloration brunâtre analogue à celle des bosses sanguines suppurées.

L'évolution assez rapide de ces abcès fessiers n'entraîne guère de destruction étendue du tissu conjonctif voisin et le liquide une fois évacué, la poche revient sur elle-même et cicatrise avec rapidité.