

symptômes de la fièvre typhoïde, est l'exacte expression de cette maladie. Chez plusieurs malades même, il se présente avec un type beaucoup plus accentué, si bien que les exemples d'erreurs cliniques, commises par des observateurs peu expérimentés, sont nombreux chaque jour.

Je ne saurais trop vous dire à quel ordre de cause ces phénomènes spéciaux peuvent être attribués.

Croirons-nous avec M. Gosselin qu'ils résultent d'un poison spécial, développé sur la moelle, altéré et répandu dans l'économie tout entière, qu'ils sont liés à la multiplication d'un microbe toujours prêt à évoluer quand le tissu médullaire est frappé d'inflammation ?

Je me plais à voir là des vues de l'esprit que rien ne justifie suffisamment ; une inconnue reste toujours après de telles suppositions et l'avenir seul pourra, après des études longuement et patiemment faites, nous éclairer sur elle. Disons plus simplement que l'intensité de l'inflammation entraîne une réaction générale ataxique ou ataxo-adrinique, et vous n'oublierez pas que cette dernière a suivi exactement la marche du processus inflammatoire, naissant avec lui et disparaissant quand il a perdu sa violence.

Une dernière question, Messieurs : Quel a été le siège du travail inflammatoire dans l'épiphyse elle-même ?

Je ne crois pas que, même chez les adolescents, il soit juste de limiter ce travail toujours au même

tissu. Si les éléments de la moelle, les médullocelles prolifèrent invariablement, la poussée inflammatoire peut se faire du côté du périoste ou bien dans la trame compacte de l'os lui-même. Il en résulte des variétés cliniquement distinctes et dans tous les cas justifiées par l'anatomie pathologique. C'est pour cela que je n'accepte pas l'étiquette d'osteo-myélite. Je la repousse, parce qu'elle préjuge toujours une question et affirme un fait qui peut ne pas exister. Sans doute, la moelle est atteinte, mais dans quelles proportions ? Est-ce la moelle sous-périostée, est-ce la moelle osseuse, et si ces deux parties sont frappées, n'arrive-t-il pas souvent que la moelle centrale est épargnée ? Non, je préfère de beaucoup l'épithète d'ostéite-épiphytaire qui n'engage à rien et laisse le champ libre à la description, à l'interprétation clinique.

Notre jeune malade a donc été atteint d'une *ostéite épiphysaire* qui a abouti à la prolifération du tissu, à des collections de pus, à des trajets fistuleux largement établis en dernier terme par la raréfaction qui est la conséquence ordinaire de l'ostéite et de la nécrose. Mais, je veux terminer en vous disant que cette raréfaction, que le stylet vous fait retrouver sous forme de canaux, de pertuis creusés dans l'os, n'est pas toujours liée à de la nécrose. Elle peut exister sans lui. Souvent vous rencontrerez sur un os malade, ancien théâtre d'inflammations aiguës, de ces canaux qui n'aboutissent pas à une partie nécrosée ; ils sont seulement

remplis par des bourgeons charnus, saignants et mous, de mauvaise nature, qui, aussi bien que des séquestres entretiennent la suppuration et les trajets qu'ils occupent. Chez notre malade, vous supposez l'existence de séquestres multiples, mais le stylet ne vous les fait pas retrouver d'une façon certaine.

Or, ne l'oubliez pas, quand dans votre pratique vous rencontrerez des cas d'ostéite ancienne avec suppuration, et que vous vous verrez obligés de prendre une décision, qu'il s'agisse de séquestres ou simplement d'altérations fangeuses, vous avez le droit et le devoir d'agir, d'intervenir de la même manière dans les deux cas.

C'est pour cela que je me propose de remplir une indication pressante. J'irai, me guidant sur les pertuis où le stylet s'enfonce, à la recherche de l'os malade ; j'ouvrirai les trajets, détruirai les bourgeons charnus, les fongosités ; si sur mon chemin je vois des séquestres, je les enlèverai par les procédés d'évidement que vous connaissez ; sinon, je me contenterai de ruginer toutes les parties suspectes et, quoi qu'il arrive, j'aurai fait un travail utile dont la conséquence sera, soyez en sûrs, la réparation de l'os malade et la disparition d'un foyer qui ne tarderait pas à compromettre la vie en altérant les fonctions viscérales.



DEUXIÈME LEÇON

Ostéite Epiphysaire.

(Suite).

Suite de la physiologie pathologique et de l'anatomie pathologique. — Ostéite suppurative. — Ostéo-périostite albumineuse. — Ostéite gangréneuse. — Ostéite raréfiante et fractures spontanées.

Observation d'ostéo-myélite. — Altérations musculaires et articulaires. — Arthrites consécutives. — Variétés.

Conséquences éloignées de l'ostéo-myélite. — Récidives. — Retour des accidents après de longues périodes de repos.

Origine microbienne.

Traitement.

MESSIEURS,

Dans la dernière leçon, je vous ai rapporté l'histoire clinique d'un jeune homme atteint d'une lésion grave du fémur droit, qui réclamait une opération que j'ai pratiquée jeudi dernier.

Je suis loin d'avoir terminé la discussion qu'entraîne cet intéressant sujet : aussi, y reviendrai-je aujourd'hui.

Vous vous rappelez que nous avons conclu à l'exis-