

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-

tence d'une ostéite épiphysaire, que cette ostéite avait eu pour conséquence la nécrose d'une certaine étendue du tissu frappé; et j'insistai sur cette nécrose elle-même pour bien vous faire comprendre sa pathogénie et, par suite, les indications qu'elle pouvait amener. Produite le plus souvent par l'ostéite intense, la nécrose est le résultat de l'hypernutrition qu'elle produit, mais, il ne faudrait pas croire qu'elle est la terminaison obligée de cette ostéite. Bien souvent, l'inflammation entraîne après elle d'autres altérations.

Dans le tissu osseux, le processus inflammatoire se passe comme dans les parties molles; et si vous relevez quelques différences, vous saisirez aussitôt qu'elles sont dues à la structure spéciale de l'os, plus serrée, plus compacte, et à la compression facilement subie par des vaisseaux de toute part étouffés par des éléments cellulaires multipliés à l'infini dans des canaux trop étroits. Restez toujours convaincus que la mort des parties enflammées n'est pas indispensable. Chaque jour, la clinique nous fait rencontrer des exemples à l'appui de cette vérité.

L'an dernier, plusieurs d'entre vous ont pu voir, au n° 25 de ma salle des femmes, une jeune fille qui, dans le cours d'une ostéite épiphysaire du fémur, avait eu, elle aussi, de graves désordres articulaires du côté du genou. Le fémur très tuméfié était douloureux, et le genou avait rapidement offert tous les signes d'une

inflammation violente : sur l'os et dans l'articulation, il y avait non seulement de l'empâtement, mais encore une sensation voisine de la fluctuation; et, cependant, la maladie s'est terminée par la résolution. Sans doute, chez cette enfant, l'ostéite, la périoste n'avaient pas eu la forme suppurative et nous avions surtout affaire à une de ces périostites albumineuses, décrites par Ollier, et dans lesquelles l'exsudat épanché peut subir plus tard un travail de résorption; mais nous ne devons pas oublier que la résolution est rare et qu'il est plus sage de craindre des complications, quand l'inflammation envahit les os.

Souvent l'ostéo-périoste peut se terminer par l'augmentation persistante du volume de l'os dont le périoste fait à peu près tous les frais. L'irritation lui fait avec activité produire de nouvelles couches de tissu qui s'ajoutent aux anciennes, l'exsudat n'est pas résorbé et l'os nouveau reste témoin indélébile d'une inflammation, moins violente que tenace.

Très souvent encore, la maladie apparaît avec de tels caractères de violence et d'étendue que toutes les parties intrinsèques de l'os sont atteintes : le périoste, la moelle osseuse et la moelle centrale deviennent le siège d'une violente poussée, et l'os est frappé de mort, il se nécrose. C'est la forme d'ostéite la plus grave, l'ostéite gangreneuse le plus souvent épiphysaire; sa marche est toujours très rapide.

Enfin, Messieurs, si l'inflammation des extrémités

osseuses donne lieu à tant d'accidents divers, dont les principaux se résument à une activité formatrice qui est l'hypérostose, la suppuration, la gangrène, il ne faut pas oublier que, dans quelques circonstances, elle peut aussi se terminer par la raréfaction du tissu. L'ostéite raréfiante, résultat fréquent d'un processus irritatif trop longtemps perpétué, a été bien étudiée par Gerdy qui nous la présente avec des canalicules osseux agrandis, un aspect poreux, une légèreté plus grande, et une diminution considérable de la résistance de l'os, diminution telle, que dans quelques circonstances, des fractures spontanées peuvent se produire.

Ollier a déjà cité de nombreux cas de fractures produites par cette altération profonde du tissu osseux à la suite des ostéites anciennes et M. Humbert a également fait connaître, il y a peu de temps, une autre observation semblable. Je tiens beaucoup, Messieurs, à fixer dans vos souvenirs ce dernier genre de lésion, parce que vous vous expliquerez bien un incident opératoire qui vous a frappés jeudi dernier, quand j'opérais le jeune garçon qui fait aujourd'hui l'objet de notre étude. Ceux d'entre vous, en effet, qui sont restés auprès de moi jusqu'à la fin de l'opération, savent que quand j'ai voulu, après avoir enlevé les séquestres, redresser le genou fléchi, un bruit sec, un bruit de fracture s'est fait entendre et qu'aussitôt une coudure s'est produite au-dessus du genou, précisé-

ment dans le point où j'avais agi avec la gouge et le maillet, c'est-à-dire dans la partie atteinte d'ostéite. Vous m'êtes cependant témoins que mes manœuvres n'étaient pas violentes et que j'employais une force qui n'était pas de nature à briser un fémur. Si l'os s'est rompu alors qu'il présentait un volume anormal, il fallait de toute nécessité qu'il fût altéré profondément dans sa texture, et certainement c'est la raréfaction établie sur une assez vaste étendue qui seule doit être incriminée. On admet que la contraction musculaire seule, qu'un choc léger agissant sur un os altéré peuvent produire une fracture : à plus forte raison, est-il naturel de penser qu'une force, agissant sur lui pour redresser une articulation fléchie, peut avoir le même résultat.

Pouvais-je, Messieurs, laisser cette articulation dans une attitude aussi fâcheuse ? Assurément non. Les articulations qui, dans ce genre d'ostéite des extrémités, sont, elles aussi, plus ou moins atteintes par l'inflammation propagée, réclament une attention spéciale, si l'on veut faire des opérations utiles qui, tout en supprimant le foyer inflammatoire, rétablissent la fonction du membre.

Rappelez-vous, en effet, l'état pathologique de ce genou. La jambe fortement fléchie presque à angle droit, l'articulation douloureuse immobilisée par des muscles rétractés et amaigris. Ce n'est pas là une exception, un fait extraordinaire que je désire vous

présenter; il ne s'agit que d'une complication fréquente dans l'évolution de l'ostéite épiphysaire.

Il est du reste bien facile de comprendre comment une articulation aussi voisine d'un foyer violent d'inflammation peut en subir le retentissement. C'est le périoste qui, dans quelques circonstances, se charge de propager l'inflammation, et alors l'articulation est envahie de dehors en dedans, de la surface vers la profondeur. Ailleurs, elle s'étend à travers l'épiphyse elle-même, qui, sans cesse envahie de proche en proche, finit par déterminer dans la cavité articulaire des altérations d'intensité variable.

Chez ce jeune malade, je crois fort que c'est à ce dernier mode d'envahissement que nous avons eu affaire. J'en trouve la preuve dans le volume considérable du fémur, dans l'hypertrophie des condyles fémoraux saillants au-dessus du tibia, et pourvus d'une sensibilité exagérée que le doigt réveille quand il presse sur eux; dans cette même douleur toujours très vive dans toute la partie volumineuse de l'os, alors que déjà, dans l'articulation, la sensibilité s'émousse et qu'elle devient nulle quand on se rapproche du tibia.

Puisque nous en sommes arrivés à parler de l'arthrite consécutive aux ostéites épiphysaires, laissez-moi de suite vous dire qu'elle peut avoir différentes issues. Tantôt la synovite plastique, tantôt la synovite séreuse ou suppurée surviennent,

et vous conviendrez qu'il y a un haut intérêt pronostique à savoir à laquelle de ces issues on a ou bien on va avoir affaire.

Généralement une douleur peu intense, une marche moins aiguë, l'absence de réaction très vive et d'empatement autour de la jointure se trouvent en rapport avec l'arthrite séreuse ou plastique; la forme suppurée au contraire sera toujours à craindre quand l'inflammation osseuse est plus rapide, accompagnée de troubles généraux considérables et que l'articulation elle-même se tuméfie rapidement et présente les signes d'une vive réaction.

Mais, Messieurs, ne vous le dissimulez pas, alors même que l'arthrite ne serait pas purulente et n'aurait présenté qu'un simple épanchement séreux ou un exsudat plastique, la fonction peut être troublée, même abolie. Il se produit des adhérences capables de fixer le membre dans l'immobilité. C'était bien l'état de notre jeune malade, qui ne pouvait en aucune manière se servir de son genou rétracté, douloureux, desservi par des muscles en voie de s'altérer toujours davantage. — Cette triste situation a nécessité les manœuvres dont je vous ai parlé il y a un instant, manœuvres, du reste, qui n'ont pu obtenir un résultat complet. J'ai dû m'arrêter pour ne pas amener des désordres plus grands que ceux qui venaient de se produire subitement; mais déjà j'avais en partie redressé l'articulation, le membre était

presque droit et j'ai la conviction que, tel qu'il est, il pourra plus tard rendre encore de bons services.

Telles sont les particularités que je voulais, à propos de ce malade, Messieurs, soumettre à vos réflexions. Mais il me reste beaucoup à dire sur ces ostéites et pour ne toucher qu'un des faits les plus intéressants de la clinique, je veux encore vous rappeler une autre observation d'un haut intérêt. Je tiens, en effet, à vous faire remarquer combien ces accidents inflammatoires laissent souvent après eux, dans les os, des productions qui ne suivent pas l'influence heureuse de la résorption, et qu'il est bien rare même que des ostéites épiphysaires qui ont été assez légères pour ne pas nécessiter une intervention n'entraînent pas des lésions fâcheuses pour l'avenir.

On voit souvent l'os rester gros, atteint d'hypérostose très accusée près de l'extrémité et de moins en moins forte à mesure qu'on s'en éloigne; on voit aussi de la douleur persister, comme si l'inflammation, après s'être calmée, occupait encore son terrain de développement, s'y maintenant à l'état latent, toute prête à faire, à un moment donné, une nouvelle invasion.

Ceci, Messieurs, nous rappelle notre deuxième malade qui représente une de ces ostéites latentes établie à la suite d'une première poussée inflammatoire.

Cet homme a quarante-six ans, il est usé, mais sans décrépitude; à l'âge de vingt ans, il reçut sur la partie antero-supérieure du tibia gauche un coup de pied de cheval qui brisa l'os. Après cette contusion violente, appliquée sur l'extrémité de l'os, la fracture se consolida pourtant, mais ce ne fut pas sans que deux ou trois esquilles fussent entraînées par la suppuration.

Au bout de trois mois, le malade quittait l'hôpital en bon état et il ne ressentait rien qui pût l'empêcher de reprendre sa vie, ses travaux habituels.

Or, pendant vingt-six ans, cet homme jouit d'une santé excellente; pas le moindre engourdissement, pas la plus légère douleur ne vinrent l'inquiéter. Il faut arriver à cette dernière année pour retrouver le blessé atteint, dans la même région, par un nouveau coup de pied, sans fracture, mais amenant bien vite de l'inflammation, une collection purulente et enfin un trajet fistuleux.

C'est dans le tiers supérieur de l'os que les lésions se montrent avec la plus grande netteté. Le stylet, pénétrant par un orifice assez large, arrive aussitôt sur un os épaissi, dénudé et tombe ensuite dans un foyer purulent, fongueux, saignant, où il y a un séquestre. Le tibia est très volumineux et la tuméfaction commence de suite aux plateaux du tibia pour s'étendre jusqu'à la partie moyenne de l'os. Dans sa masse, il offre un aspect cylindrique, mais il est peu sensible :

la pression seule réveille de la douleur assez vive, dans le voisinage du trajet fistuleux et du foyer qui communique avec lui. Or, le malade nous a affirmé que, depuis le premier accident dont il avait été victime à l'âge de vingt ans, son tibia était toujours resté volumineux. Il y avait donc hyperostose.

Eh bien, Messieurs, toutes les fois que vous verrez de l'hyperostose persistante chez un adolescent à la suite d'une ostéite épiphysaire, dites-vous bien qu'il y a un reliquat inflammatoire qui ne demande qu'une occasion pour produire une inflammation nouvelle et peut-être une nécrose. Toutes les affections inflammatoires des os s'enchaînent, entraînées les unes par les autres et bien souvent, dans ces ostéites graves, l'ostéite juxta-épiphysaire est l'accident qui domine l'étiologie générale; ce sont les accidents éloignés de l'ostéite épiphysaire qui persistent pour donner plus tard de nouvelles manifestations. On en rencontre de nombreux exemples.

Rappelez-vous ce malade qui, l'an dernier, occupa longtemps le n° 10 de ma salle 17. Il avait eu, à l'âge de quinze ans, une ostéite de l'extrémité inférieure du tibia qui s'était rapidement terminée par suppuration, et avait cicatrisé après élimination d'un séquestre. Il guérit bien, mais, pendant vingt ans, il conserva son tibia volumineux, sans douleur, jusqu'au jour où il entra dans mon service pour une entorse en apparence peu grave du pied correspondant. Sous l'influence de cette

entorse, il se développa une inflammation de plus en plus violente aux deux extrémités du tibia malade autrefois et resté volumineux; des douleurs apparurent, douleurs térébrantes qui s'exagéraient la nuit et irradiaient dans les parties voisines; l'ostéite était nette, l'indication était des plus précises, je me décidai aussitôt à trépaner. J'appliquai deux couronnes l'une au tiers supérieur, l'autre au tiers inférieur, et dans ces deux points je découvris une collection purulente. Le malade guérit sans complications.

Je vous citerai encore l'exemple d'un de mes confrères, âgé de quarante-sept ans, qui, à l'âge de treize ans, avait eu également des accidents d'ostéite du côté de la partie inférieure du tibia. Ces accidents n'avaient point eu pour conséquence la nécrose, ils avaient simplement amené de la tuméfaction, de la douleur et avaient ensuite disparu sans laisser de traces douloureuses. Pendant toutes ses études et plus tard, l'exercice pénible de la profession médicale à la campagne, ce médecin n'avait pas souffert, bien que, l'os fût resté gros près des malléoles. Mais, voici que l'an dernier, en montant dans son cabriolet, il se heurte au marche-pied. C'est la partie malade qui a porté sur l'obstacle: elle devient bientôt douloureuse, à la douleur succède la fièvre, puis la souffrance s'exagère et l'état général devient mauvais; l'appétit s'en va, les forces s'épuisent et la maigreur s'affirme tous les jours. L'os était devenu très gros, très sen-