

sible ; il suffisait de percuter sur lui près de l'extrémité surtout, pour réveiller d'atroces douleurs. Je dus, comme chez le précédent malade, intervenir avec le trépan, certain qu'il s'agissait bien encore d'une ostéite de l'adolescence calmée, maintenue, mais, de nouveau provoquée par un traumatisme.

J'incisai sur le point le plus douloureux et le plus saillant au-dessus de la malléole interne, je découvris une surface osseuse rouge recouverte d'une périoste épaissi mais friable : avec la couronne du trépan, je pénétrai dans un foyer inflammatoire où il n'y avait point de pus, mais où le tissu était raréfié, rouge et qui comprenait deux ou trois petits séquestres, reliquats certains de l'ostéo-myélite ancienne, restée latente pendant vingt-cinq à trente ans et reparue enfin après le traumatisme. Ce nouveau malade guérit bien et depuis il a repris sa vie active.

Vous voyez, Messieurs, d'après les exemples que je pourrais multiplier encore, que l'ostéite de l'adolescence est toujours grave dans ses conséquences, qu'elle peut sans cesse se reproduire sous l'influence des causes d'irritation qui peuvent agir sur l'ancien foyer. Les répétitions de l'inflammation osseuse ont vivement préoccupé les histologistes et singulièrement exercé la sagacité de ceux qui recherchent l'origine microbienne des diverses affections. On a invoqué ces réveils de l'ostéo-myélite pour la soutenir, et la manière approfondie dont on a cultivé les microbes recteillis

chez les malades qui en étaient atteints, a des caractères de certitude dans les résultats obtenus qui troublent, s'ils n'amènent pas la conviction.

Il est curieux de voir se reproduire ce microbe dans la culture, qu'il soit le micrococcus pyogène ou autre, et de le suivre indeloculé chez des animaux. Partout il reproduira de l'inflammation, mais cette inflammation sera d'autant plus vive que le microbe aura été déposé sur son terrain de prédilection, sur l'os lui-même. Les observations de Carré, celles de Sorin de Bâle, arrivent à de semblables résultats. Carré, après des inoculations qu'il s'est faites, a vu des abcès du tissu cellulaire, des furoncles survenir, comme si le microbe n'était pas un agent nuisible, propre au tissu osseux, mais bien capable de présider à toutes les phlegmasies. Le fait cependant que l'inflammation est plus vive quand il est inoculé sur l'os, plaide en faveur de sa spécificité. On croirait donc volontiers, que, déposé dans les tissus depuis l'enfance, il peut rester ainsi à l'état latent dans le périoste, la moelle, les candelalicules, jusqu'au jour où une cause d'irritation, un traumatisme interviennent pour déterminer sa multiplication. Ce microbisme latent, qui a eu comme défenseur le professeur Verneuil, est encore une question trop à l'étude et peu étayée sur des preuves, pour que nous l'admettions au nombre des vérités. Voyons plutôt, dans les observations que je vous citais, l'affirmation de ce fait

clinique que l'inflammation laisse après elle une épine toujours en éveil pour reproduire les accidents dont elle est le dernier vestige.

Il ne se passe pas autre chose, Messieurs, dans la pelvipéritonite; je ne parle pas de la péritonite puerpérale qui, elle, a des caractères infectieux spéciaux, mais de la pelvipéritonite simple, vulgaire, traumatique si vous voulez. Il est fort rare que les accidents inflammatoires disparaissent sans laisser quelque chose après eux. Ou bien il existera un point induré, ou bien de l'empâtement assez étendu occupera les ligaments larges; la malade est considérée comme guérie jusqu'au jour où un refroidissement, une fatigue, vont servir de prétexte à une poussée nouvelle, quelquefois assez grave.

Ce qui se passe là peut se passer ailleurs, même dans le tissu osseux, et pour l'expliquer vous n'avez pas besoin de recourir au microbe.

Revenons maintenant à l'observation de notre second malade; car c'est d'elle encore que je tiens à tirer des déductions intéressantes. Les manifestations tardives présentées par ce malade, non seulement me paraissent avoir eu pour cause une oséto-myélite ancienne, mais la cause vraiment déterminante, représentant elle-même le reliquat de l'ancienne ostéite me paraît avoir été un séquestre de date très ancienne. Ceux d'entre vous, en effet, qui ont suivi l'opération, savent que lorsque j'ai, avec la gouge et

le trépan, ouvert le foyer où du pus était infiltré, je suis immédiatement tombé sur un séquestre gros comme une noisette, enclavé dans le tissu enflammé, infiltré d'exsudats.

Je crois que ces corps étrangers, que ces séquestres, peuvent s'enkyster dans les os, s'y ménager, de la part des tissus sains, une tolérance analogue à celle que rencontrent souvent les balles au milieu des parties molles. Un séquestre peut ainsi rester inaperçu pendant de longues années, et ne manifester sa présence qu'au moment où l'inflammation qu'il est prêt à reproduire est de nouveau provoquée par une action extérieure.

En analysant les traits de l'observation, je crois que cet enkystement existait chez notre malade; en examinant le séquestre lui-même, j'arrive à la persuasion. En effet, ce fragment d'os nécrosé est trop irrégulier sur ses bords, trop poreux, d'une couleur foncée trop différente de la coloration normale des os, pour supposer qu'il est depuis peu de temps séparé de l'os sain. Tous ces caractères nous indiquent qu'il est devenu séquestre à une date ancienne et qu'il est resté, après le premier accident, pendant de longues années, isolé mais silencieux, au milieu des parties saines.

M. Lannelongue, de Paris, a, dans son travail sur l'ostéite, rapporté l'histoire d'une jeune fille, autrefois atteinte d'ostéo-myélite de l'extrémité inférieure du

fémur, qui resta ensuite pendant quarante ans sans éprouver autre chose que de petites poussées douloureuses insignifiantes. Mais, après quarante ans écoulés ainsi, elle eut tout à coup une explosion rapide d'accidents inflammatoires qui réclamèrent bientôt l'intervention du trépan. On découvrit trois esquilles d'un certain volume dans le foyer de l'ostéite.

Je crois, Messieurs, que cette observation a, dans le sens que je viens de vous indiquer, un très haut intérêt.

J'en ai maintenant assez dit pour affirmer ma manière de voir et il me semble inutile d'insister encore. C'est à la question du traitement qu'il faut donner notre attention.

Tout dans le traitement de l'ostéo-myélite ne se borne pas à l'extraction du séquestre quand il s'est formé. Je dois vous dire ce que votre devoir exige que vous fassiez depuis le début jusqu'à la fin de cette grave maladie, car il est très certain que selon l'attitude du chirurgien appelé par le malade, l'affection pourra présenter, par la suite, une issue plus ou moins favorable.

Quand l'ostéite se développe chez un adolescent avec un caractère quelconque, légère ou grave, comme il vous est difficile de prévoir aussi vite ce qu'elle deviendra, quelles seront ses conséquences sur l'avenir des jointures voisines, il faut toujours immobiliser le membre. Quelques topiques tels que l'onguent napolitain et des émoullients joints à l'immobilité centri-

buent peut-être à calmer la douleur et à modérer l'inflammation, et vous restez là, l'arme au bras, surveillant de près l'état général et l'état local.

Quelle liaison entre ces deux états! Vous savez qu'invariablement les signes généraux sont unis à l'intensité de l'inflammation qui, légère, n'entraîne qu'un peu de fièvre et, profonde, ira jusqu'à produire des accidents atoxo-adiynamiques d'une extrême gravité. Quand donc vous verrez, averti déjà par l'état général, se produire une tuméfaction notable, diffuse, avec empatement profond et douleur accentuée, alors, Messieurs, vous devrez intervenir localement pour enrayer bien vite cette inflammation. Mais, si les phénomènes locaux sont peu violents, si la fièvre est peu vive et que tout vous retrace une affection limitée peu considérable, il ne faudra pas vous hâter. Il peut, en effet, y avoir résolution, ou simplement ostéite productive par addition de couches osseuses nouvelles.

Si une intervention trop active, trop rapide, peut être inutile, en revanche, il est bien des circonstances où la main est forcée et où il serait coupable de ne pas agir.

En règle générale, il faut inciser de bonne heure, inciser jusqu'au périoste compris, et, s'il est nécessaire, pénétrer à travers l'os jusqu'au foyer. Agir promptement et très profondément avec le trépan, est, pour M. Lannelongue de Paris, une règle générale. Je ne partage pas complètement cette manière

de voir. Je vous conseillerai, Messieurs, d'inciser d'abord le périoste et, ce premier pas franchi, d'attendre quelques heures, quelques jours au besoin. L'incision du périoste peut suffire, et les accidents se calmeront vite après elle; mais si les phénomènes locaux ne cèdent pas, si surtout l'état général se maintient mauvais, avec fièvre ardente et troubles nerveux, ataxiques ou ataxo-adiynamiques, vous savez aussitôt que vous n'êtes pas allé assez loin et que vous devez sans hésiter recourir à la trépanation.

Par ce dernier moyen, et, dans tous les cas, par une intervention rapide, vous enrayez le développement de l'ostéite, qui, sans une action prompte et décisive, prendra presque sûrement la forme gangreneuse. Qu'advierait-il, en effet, après l'inflammation grave dans un tissu à trame serrée, compacte comme celle de l'os, sinon la mort de ce même tissu ?

Donc, Messieurs, vous agirez et vous agirez vite, certains qu'aucun autre moyen n'est à votre disposition, et que votre hésitation peut être fatale au patient.

Les deux malades qui font l'objet de ces deux leçons sont sortis guéris de l'hôpital. — Le premier, plus intéressant à cause de la fracture qui se produisit pendant l'opération, s'est représenté ces derniers jours (juin 1887) complètement cicatrisé, sa fracture consolidée, et pouvant se servir utilement de son membre qui est dans une rectitude parfaite. Le genou, lui-même, possède quelques légers mouvements de flexion et d'extension.

## TROISIÈME LEÇON

### Sur un cas de tétanos aigu traumatique

Observation d'un malade récemment admis dans les salles. — Examen clinique.

Signes classiques du tétanos aigu traumatique, comparés à ceux qui se trouvent consignés dans l'observation.

Faits révélés par l'autopsie. — Névrite. — Propagation vers les centres démontrée par les pièces recueillies.

Nature du tétanos.

MESSIEURS,

Lundi dernier, il y a par conséquent six jours, entré dans mon service un homme de trente-sept ans. La plaie qu'il présentait au niveau du pouce de la main gauche a été, vous le savez, l'origine d'accidents inflammatoires et nerveux d'une grande gravité, et je tiens tout particulièrement à vous dire ce que nous devons penser des complications qui ont, dans un si court espace de temps, entraîné la mort.

Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, cet homme se blessa pendant son travail avec une pointe rouillée qui pénétra profondément dans les parties