que très-souvent les bourgeons charnus qui s'élèvent sur le bord des ouvertures des abcès s'opposent au libre écoulement du pus. — Lorsque la suppuration ne veut pas tarir, que le gonflement persiste et que la crépitation se développe entre les os qui concourent à la formation des différentes articulations du poignet (signe qui prouve que le revêtement cartilagineux de ces os est détruit par la suppuration), lorsque en même temps le malade s'épuise de plus en plus, alors il n'y a plus guère à espérer une terminaison par ankylose de la main et la vie est tellement compromise qu'il y a lieu de pratiquer l'amputation de l'avant-bras. Si cette opération est faite à temps, la vie du malade peut encore être sauvée et ce dernier peut se rétablir en peu de temps.

Un mal moins dangereux consiste dans l'inflammation aiguë des bourses muqueuses sous-cutanées; celles qui sont affectées le plus souvent sont la bourse muqueuse rotulienne et celle qui existe derrière le coude; cet accident peut survenir spontanément ou à la suite d'une contusion. Les bourses ne communiquent ni avec l'articulation ni avec les gaînes tendineuses; elles se remplissent d'un sérum fibrineux, en même temps qu'il se manifeste des douleurs; la peau devient rouge et le tissu cellulaire environnant prend part à l'inflammation; cependant la suppuration est rare, si les malades sont soumis de bonne heure à un traitement. Ce dernier doit consister en frictions d'onguent mercuriel ou de teinture d'iode, fixation du membre et compression de la bourse tuméfiée par l'application d'une bande humide assez serrée. La ponction est inutile, et peut même devenir nuisible, parce qu'elle est souvent suivie d'une suppuration qui peut, de son côté, laisser à sa suite une fistule donnant lieu à un suintement permanent fort désagréable.

VINGT-DEUXIÈME LEÇON

DES INFLAMMATIONS AIGUES DES OS, DU PÉRIOSTE ET DES ARTICULATIONS.

Considérations anatomiques. — Périostite aiguë et ostéomyélite: Symptômes, terminaisons par résolution, suppuration, nécrose. Pronostic. Traitement. — Ostéite aiguë des os spongieux. — Inflammations articulaires aiguës. — Hydropisie aiguë (hydarthrose): Phénomènes. Traitement. — Arthrite aiguë suppurée: phénomènes, marche, traitement, anatomie pathologique. — Rhumatisme articulaire aigu. — Accès de goutte. — Inflammations articulaires métastatiques (blennorrhagiques, pyémiques, puerpérales).

MESSIEURS,

Le périoste et l'os ont entre eux des rapports physiologiques tellement intimes, que la maladie de l'un de ces deux organes entraîne presque toujours celle de l'autre; si malgré cela nous sommes forcés, pour répondre à un besoin pratique, d'étudier à part, au moins jusqu'à un certain point, les inflammations aiguës, et plus tard aussi les inflammations chroniques du périoste et des os, nous n'en reviendrons pas moins très-souvent sur le lien qui unit entre elles les affections de ces deux organes. Il faut que je fasse précéder cette étude de quelques prolégomènes anatomiques qui auront leur importance pour l'intelligence du processus que nous allons décrire. Quand on parle purement et simplement du périoste, on entend par là la membrane pauvre en vaisseaux, blanche, mince, d'un brillant pareil à celui des tendons, qui constitue l'enveloppe immédiate de l'os; à ce propos, je dois ajouter que ce n'est cependant là qu'une partie du périoste, et encore la partie qui, au point de vue pathologique, est d'une importance secondaire. Sur cette couche interne que nous venons de mentionner, est superposée, aux endroits où ne s'insèrent ni tendons, ni ligaments, une couche de tissu cellulaire lâche qui, également, doit être considérée comme faisant encore partie du périoste, et dans laquelle se répandent principalement les vaisseaux qui pénètrent dans l'intérieur de l'os. Cette couche externe du périoste est le siège le plus fréquent des processus inflammatoires primitifs, aussi bien aigus que chroniques; le tissu conjonctif lâche qui la compose est très-riche en cellules et en vaisseaux, et par cela même beaucoup plus apte au développement d'un travail inflammatoire que la partie tendineuse du périoste immédiatement adhérente à l'os, et qui est pauvre en vaisseaux et en cellules. Quant aux vaisseaux nourriciers, surtout des os longs, les épiphyses ont en général leurs vaisseaux propres, qui ne communiquent pas dans l'os lui-même avec les vaisseaux de la diaphyse tant que dure le cartilage épiphysaire; les diaphyses possèdent leurs artères nourricières à elles. Cette distribution vasculaire explique pourquoi, chez les jeunes gens, les maladies des diaphyses se transmettent rarement aux épiphyses, et vice versà. La capsule articulaire, considérée au point de vue génétique, n'est qu'une continuation du périoste et une certaine corrélation entre les maladies des articutations et les maladies du périoste se reconnaît fréquemment à la facilité avec laquelle les maladies de l'une de ces parties se transmettent à l'autre. Plus d'une fois nous aurons encore l'occasion de revenir sur ces conditions anatomiques dans le cours des considérations suivantes.

Parlons d'abord de la périostite et de l'ostéomyélite aiguës, dont je vous ai déjà dit quelques mots à l'occasion de la suppuration osseuse, dans les fractures ouvertes. Cette maladie n'est généralement pas très-fréquente, on la rencontre de préférence chez les jeunes sujets, et dans sa forme essentielle, presque exclusivement sur les os longs. Le plus souvent elle s'observe au fémur, en second lieu au tibia, plus rarement à l'humérus et aux os de l'avant-bras. J'ai vu la maladie se présenter après de forts refroidissements, d'une manière soit primitive, soit secondaire, au niveau d'articulations devenues le siége d'une inflammation aiguë, enfin après de fortes contusions des os et après des commotions de ces derniers. Dans le dernier cas, il se forme probablement des extravasats dans la moelle de l'os, peut-être aussi des fractures interstitielles dans le tissu osseux; les premiers peuvent être très-bien résorbés, ils peuvent aussi subir la transformation caséeuse, et devenir une cause d'inflammation chronique des os. Cependant, j'ai observé plusieurs cas où, après une violente contusion sans plaie cutanée, il survenait une ostéomyélite suraiguë. L'inflammation aiguë des os peut avoir également une origine métastatique. Dans bien des cas, il n'est pas facile de constater si le périoste ou la moelle est seul atteint; le diagnostic ne ressort d'une manière évidente que de l'appréciation de la marche et des terminaisons. Les phénomènes qui appartiennent à la maladie en question sont les suivants : le mal débute par une fièvre violente, assez souvent par un frisson; les douleurs intenses se manifestent dans l'extrémité atteinte, et celle-ci ensie d'abord sans rubésaction de la peau. Le malade ne peut pas mouvoir le membre affecté à cause des vives douleurs qu'il y ressent; le moindre attouchement, le plus léger ébranlement, provoquent les plus fortes douleurs; la peau est tendue, ordinairement œdémateuse, et quelquesois les veines sous-cutanées, fortement dilatées, luisent à travers, signe qui prouve que le retour du sang veineux ne s'effectue qu'avec peine dans la profondeur. L'inflammation, ou bien n'intéresse qu'une partie de la longueur de l'os, ou ce dernier dans toute sa longueur. — De pareils phénomènes n'admettent d'autre diagnostic au premier abord que celui d'un processus inflammatoire aigu, violent et profond. Mais comme l'inflammation primitive du tissu cellulaire, périmusculaire et péritendineux, est très-rare et n'est pas non plus accompagnée de douleurs aussi énormes, on ne risquera guère de se tromper dans la plupart des cas, en supposant l'existence d'une périostite aigué, peutêtre combinée avec une ostéomyélite. Si avec un endolorissement pareil et des phénomènes fébriles également violents, ou avec une impossibilité complète, à

raison des douleurs, de faire fonctionner le membre, le gonflement fait presque entièrement défaut pendant plusieurs jours et ne se présente que tardivement, on est en droit d'admettre que le processus inflammatoire a son siège primitif dans la cavité médullaire de l'os et que le périoste y participe beaucoup moins. Voici à peu près l'état des parties malades, tel que nous devons nous le figurer dans cette période : les vaisseaux de la moelle et du périoste sont fortement dilatés et gorgés de sang; il y a peut-être çà et là une stase sanguine. La moelle est d'un bleu-rouge foncé au lieu d'avoir sa coloration ordinaire jaune clair; elle peut aussi présenter quelques extravasats dans son épaisseur; le périoste est devenu le siège d'une forte infiltration séreuse, en même temps vous y constatez à l'examen microscopique un grand nombre de cellules nouvellement formées, de même que dans la moelle; il y a donc déjà une infiltration plastique. - A cette période, une résolution complète est encore possible, et il n'est pas excessivement difficile de l'obtenir lorsqu'on s'y prend à temps pour traiter la maladie, surtout dans les cas caractérisés par une marche subaiguë. La fèvre diminue, le gonflement devient moindre, les douleurs cessent, et quinze jours après le commencement de la maladie le patient peut se trouver rétabli. Même dans les cas où le processus s'est avancé plus loin, il peut encore être enravé; dans ces circonstances, il est vrai qu'une partie du néoplasme inflammatoire s'ossifie à la surface de l'os, et de la sorte un épaississement de l'os atteint se produit, au moins pour un certain temps, et se trouve résorbé quelques mois plus tard.

Dans la plupart des cas, la marche de la périostite n'est pas si favorable, la maladie progresse toujours et se termine par suppuration. Les phénomènes extérieurs sont alors les suivants : la peau du membre fort enflé, tendu et douloureux, prend une coloration d'abord rougeâtre, ensuite brun rouge; l'œdème s'étend de plus en plus, les articulations voisines deviennent douloureuses et se tuméfient, la fièvre se maintient au même niveau; les frissons se répètent assez souvent. Le malade est fort épuisé, car il ne prend presque pas de nourriture et ses nuits se passent sans sommeil. Du douzième au quatorzième jour de la maladie, rarement beaucoup plus tôt, mais souvent bien plus tard, on sent enfin une fluctuation bien distincte, et l'on peut alors notablement soulager le malade en ménageant au pus un écoulement par une ou plusieurs ouvertures artificielles. La perforation spontanée, et surtout la fonte purulente des aponévroses, se fait parfois longtemps attendre, et ordinairement les ouvertures ainsi produites sont trop petites. Si vous introduisez par une de ces ouvertures artificielles le doigt dans le foyer purulent, vous arrivez à toucher l'os directement, et vous le trouvez dénudé de son périoste. L'étendue dans laquelle cette dénudation s'est produite dépend de l'extension de la périostite. Celle-ci peut intéresser toute la longueur de la diaphyse, et dans ces cas, les plus fâcheux de tous, les phénomènes sont très-intenses. Il se peut cependant qu'il n'y ait qu'une moitié ou un tiers du périoste d'atteint; en outre, il n'est pas constant que le mal s'étende sur toute la circonférence de l'os, la périostite peut n'intéresser par exemple que la partie antérieure, latérale ou postérieure; Il arrive surtout assez souvent que la périostite se limite aux points d'insertion

ou d'origine de muscles puissants. Dans ces sortes de cas, toute la série des phénomènes se distinguera par une bénignité beaucoup plus grande.

Dans la suite, la marche peut encore différer de deux manières; il est possible qu'après l'évacuation du pus les parties molles se réappliquent promptement sur l'os, et se ressoudent avec lui comme les parois d'un abcès aign. C'est ce que j'ai observé plusieurs fois dans les cas de périostite du fémur, sur des enfants de deux à trois ans. Une faible quantité de pus s'écoulait encore pendant un temps assez court; bientôt les ouvertures se refermaient, la tumeur se résolvait et la guérison devenait complète. D'après mon expérience, une terminaison pareille n'est possible que chez les très-jeunes enfants. Il arrive bien plus souvent que l'os, privé par la suppuration du périoste de la plus grande partie de ses vaisseaux nourriciers, meurt en partie ou en totalité; il résulte de là un état désigné du nom de nécrose ou gangrène osseuse. L'extension de cette nécrose dépend essentiellement de l'extension de la périostite; la diaphyse des os longs, morte en totalité ou partiellement, doit être éliminée de l'organisme comme un corps mort, absolument comme nous avons vu l'élimination se faire dans la gangrène des parties molles et dans la nécrose traumatique. Mais pour cela il faut un temps très-long; le processus de la nécrose, l'élimination de parties osseuses mortes, du séquestre avec tout ce qui l'accompagne, est donc toujours un processus chronique dont j'aurai encore à vous entretenir plus tard. En attendant que l'inflammation passe à cet état chronique, la suppuration aiguë persiste encore assez longtemps après la première ouverture du fover purulent. Bien des complications, la pyémie même, peuvent survenir; et tant que les malades ne sont pas exempts de sièvre, ils sont toujours en danger de succomber.

Il faut maintenant revenir à la moelle osseuse, dont nous n'avons jusqu'ici vu l'inflammation qu'à sa première période. Encore ici, l'inflammation peut se terminer par suppuration. Si l'ostéomyélite est diffuse ou totale, toute la moelle peut entrer en suppuration. Cette suppuration peut même devenir ichoreuse, et de là peut résulter une septicémie. S'il existe à la fois une ostéomyélite purulente étendue et une périostite purulente, la mort de la diaphyse osseuse est certaine. Si la suppuration de la moelle n'est que partielle, ou si elle n'arrive point, de telle sorte qu'il n'y ait qu'une périostite purulente, alors la circulation du sang peut se maintenir dans la plus grande partie de l'os qui peut continuer de vivre. Il arrive assez souvent que dans ces cas l'os reste pendant un certain temps en quelque sorte suspendu entre la vie et la mort, la circulation, réduite à de bien faibles proportions, ne pouvant plus nourrir le tissu osseux que très-imparfaitement. - Il n'est guère possible d'admettre l'existence d'une ostéomyélite suppurée aiguë, sans participation aucune du périoste; il n'est pas rare que l'ostéomyélite se complique d'une ostéophlébite, qui peul donner lieu à une fonte ichoreuse ou puriforme des thrombus, et qui entraîne avec une facilité toute particulière des abcès métastatiques, ainsi que cela est prouvé par l'expérience. Une autre complication, assez commune quoique non constante de l'ostéomyélite, est la fonte purulente des cartilages épiphysaires, chez les individus qui les possèdent encore, c'est-à-dire à peu près

insqu'à l'âge de vingt-quatre ans. Le fait n'est pas difficile à expliquer : en estet, le travail de suppuration peut se propager au cartilage épiphysaire, soit par la moelle, soit à partir du périoste; une fois que ce cartilage est entré en suppuration, la continuité de l'os est interrompue et il se produit à l'endroit correspondant une mobilité comme dans les fractures; des déplacements peuvent même s'effectuer sous l'influence de la contraction musculaire. Dans les cas les plus communs, une seule épiphyse se détache, la supérieure ou l'inférieure; dans les cas les plus rares la disjonction est double. Jusqu'à présent, je n'ai vu qu'une seule fois cette double séparation au tibia; mais plusieurs fois l'ai vu la séparation de l'épiphyse de l'extrémité inférieure du fémur, une fois celle de l'épiphyse supérieure du même os, enfin j'ai vu une fois cette séparation à l'extrémité inférieure de l'humérus, et deux fois à l'extrémité supérieure. Pai aussi vu un cas de ramollissement épiphysaire avec déplacement de l'extrémité supérieure du fémur, comme si cet os avait été luxé, et cela sans aucune suppuration. Déjà nous avons fait remarquer que l'inflammation des articulations voisines s'ajoute assez souvent à la périostite. Ces inflammations articulaires ont, en général, une marche subaiguë. Le liquide séreux qui s'amasse alors en quantité modérée dans l'articulation, se résorbe ordinairement avec la cessation de l'état aigu de l'affection osseuse; cependant le gonflement de l'articulation persiste très-souvent, et il n'est pas rare qu'il y ait par la suite une roideur permanente. Plusieurs fois j'ai vu une périostite et une ostéomyélite aiguës du fémur s'ajouter à un rhumatisme articulaire aigu du genou; enfin je dois ajouter que cette ostéomyélite peut se rencontrer sur plusieurs os à

Dans un cas donné, il est impossible de juger sûrement jusqu'à quel point le périoste et l'os prennent part au processus inflammatoire ; il s'agit, pour avoir à cet égard des renseignements, de voir s'il se développera plus tard une nécrose et quelle sera son étendue. Cependant ce point de repère est encore insuffisant, attendu que la périostite peut se terminer par suppuration, tandis que le processus inflammatoire dans l'os même se termine par résolution ou n'entraîne qu'un peu de néoplasie osseuse interstitielle. Évidemment, le processus peut avoir un double point de départ : 1° dans la couche de tissu cellulaire lâche du périoste, laquelle entre en suppuration; si le processus ne va pas plus loin, on arrive bien avec le doigt explorateur, une fois l'abcès ouvert, jusqu'à la surface Osseuse, mais on la trouve recouverte par la partie tendineuse du périoste; si cette dernière couche suppure également, comme cela arrive assez fréquemment, alors l'os est découvert, et la suppuration peut se continuer dans son intérieur. Ainsi l'ostéomyélite s'ajoute à la périostite. Si l'on ne veut point envisager la couche cellulaire lâche comme faisant partie du périoste, et ne la considérer que comme une partie du tissu cellulaire intermusculaire (hypothèse peu admissible, vu que cette couche contient surtout les vaisseaux osseux entrants et sortants), alors il n'y a pas, à vrai dire, de périostite aiguë, car la Parlie tendineuse du périoste s'enflamme primitivement, tout aussi peu que les aponévroses et les tendons; 2º l'inflammation débute dans l'os et s'étend de là au périoste et au tissu cellulaire; l'ostéomyélite est alors le mal primitif, la

périostite le mal secondaire, et le pus se rencontre non-seulement dans l'os mais encore à la surface de celui-ci, immédiatement au-dessous de la partie tendineuse du périoste; cette couche est soulevée par le pus autant que son élasticité le permet, ensuite perforée, le pus se répand dans le tissu cellulaire y provoque une nouvelle suppuration, et ainsi se fait jour au dehors. Roser prétend que dans ces cas la graisse médullaire liquide pénètre de la cavilé de l'os dans les canalicules de Havers, sous l'influence de la forte pression artérielle dans l'intérieur du canal médullaire, et qu'ainsi cette graisse arrive, en traversant la substance corticale, jusqu'à la surface de l'os, d'où il résulterail qu'un pus venant ainsi de la profondeur, de dessous le périoste et entremêlé de gouttelettes adipeuses, permettrait d'établir le diagnostic de l'ostéomyélite. En outre, Roser a trouvé dans quelques cas un remarquable allongement de l'os et une certaine laxité de l'articulation la plus rapprochée du mal, après l'évolution d'une ostéomyélite. Il attribue ce double état à un accroissement dans le développement en longueur des ligaments articulaires et des cartilages épiphysaires. Nous terminons ici provisoirement la description de la périostite et de l'ostéomyélite aiguës, mais nous aurons encore souvent l'occasion d'y revenir.

Quant au pronostic, il faut distinguer le danger que court l'existence de l'os et celui que court la vie elle-même. Si la maladie entraîne une nécrose partielle ou totale de l'os, elle traînera beaucoup en longueur et pourra durer bien des mois et même des années. Une périostite aiguë combinée avec une ostéomyélite aiguë, surtout lorsque cette double affection se manifeste au fémur, et encore plus lorsqu'elle se montre aux deux côtés à la fois, est toujours très-dangereuse pour la vie, à cause de la pyémie, qui peut si facilement venir aggraver cet état; chez les enfants, la suppuration profuse est à elle seule une source de danger; ce dernier s'accroît encore à mesure que l'affection reste plus longtemps à l'étal aigu, et qu'elle se propage plus loin.

On réussit d'autant mieux dans le traitement de cette maladie, que l'on est appelé plus promptement; un des moyens les plus énergiques à employer consiste à badigeonner tout le membre avec de la teinture d'iode concentrée. On applique ce remède jusqu'au moment où il produit de fortes ampoules. Il faut naturellement que la malade reste couché, ce que l'on n'a du reste guère besoin de lui recommander, dans la plupart des cas, à cause des fortes douleurs qui, par elles-mêmes, le condamnent déjà au repos. Depuis que j'ai fait usage de ce traitement par la teinture d'iode, d'après le conseil de Demme, je suis tellement satisfait des résultats que j'en ai obtenus, que j'ai presque entièrement mis de côté l'appareil antiphlogistique : ventouses, sangsues, frictions mercurielles. Lorsque les ampoules qui résultent de l'application de la teinture d'iode se sont desséchées, on revient de nouveau à l'emploi du remède. Une dérivation sur le canal intestinal par les purgatifs salins seconde le traitement local comme dans toutes les inflammations aiguës. Quelques chirurgiens vantent beaucoup l'application de la glace dès le début de la maladie. Si, malgré ces moyens, la suppuration se fait et que l'on s'en aperçoive par une fluctuation manifeste, on pratique plusieurs ouvertures aux endroits les plus minces de la peau, autant

que possible, de telle manière que le pus puisse se vider sans que l'on ait besoin de presser; en général, l'extrémité dégonfle très-rapidement; ce qui peut arriver ensuite de plus heureux, c'est que la fièvre cesse promptement et que la maladie passe à l'état chronique. La fièvre persiste-t-elle, la suppuration continuet-elle d'être profuse, les douleurs restent-elles toujours les mêmes, alors on tache de remédier à ces inconvénients par l'application des vessies de glace, à l'aide desquelles on cherche également à atténuer les inflammations articulaires qui peuvent se présenter. Un moyen dont j'ai su tirer un très-grand parti est l'application d'un appareil plâtré dans lequel je pratique des fenêtres ; lorsqu'il se produit un décollement des épiphyses, la fixation du membre dans une position immobile devient nécessaire, ne serait-ce que pour rendre le pansement journalier moins douloureux. Beaucoup de chirurgiens s'écartent de cette médication qui se fonde sur une série d'expériences heureuses. Quelques-uns recommandent de faire dès le commencement des incisions larges et profondes, allant jusque sur l'os, et de faire autant que possible aussi de grandes incisions après le commencement de la suppuration. Des lésions aussi étendues ne conviennent nullement pour les fébricitants; je suis persuadé que dans des conditions pareilles on ne peut qu'aggraver le mal par un traitement aussi héroïque, et que par là on augmente surtout la prédisposition à la pyémie. Une assertion encore beaucoup plus erronée, selon moi, prétend qu'en cas d'ostéomyélite aiguë il faut amputer immédiatement, à cause de l'impossibilité d'éviter la terminaison par pyémie. C'est là, dans tous les cas, un principe entièrement faux, et l'amputation n'est pas indiquée dans ces cas : 1º parce que le diagnostic de l'ostéomyélite n'est pas d'une certitude absolue au commencement, et que l'on pourrait avoir affaire aussi à une simple périostite aiguë; 2º parce que le pronostic de l'amputation des membres, lorsqu'elle est pratiquée pour des processus aigus intéressant les os, sera toujours des plus douteux. — En cas de périostite aiguë du tibia avec ostéomyélite concomitante je ne me déciderais à pratiquer l'ampulation qu'autant que la suppuration s'étendrait fort loin et qu'il s'y ajouterait me suppuration aiguë de l'articulation du genou. Si la même maladie gagnait la cuisse et suivait une marche grave, je ne verrais guère, dans l'amputation au tiers supérieur de la cuisse, qui est déjà assez dangereuse par elle-même, ni à plus forte raison dans la désarticulation, le moyen de sauver le malade. On peut beaucoup oser lorsqu'on soumet à un traitement convenable ces malades, qui sont presque tous de jeunes sujets. Une jeune fille, atteinte d'ostéomyélite et de périostite du tibia, avait eu seize frissons dans l'espace de douze jours, ce qui ne l'empêcha pas de guérir et d'en être quitte pour la nécrose d'une partie du tibia et l'ankylose de l'articulation du pied.

Je veux encore ajouter ici quelques courtes remarques sur la périostite suppurée de la troisième phalange des doigts, peut-être la plus fréquente de toutes.
Comme les inflammations des doigts sont désignées en général sous le nom
commun de panaris, on donne à cette périostite de la troisième phalange le
nom de panaris du périoste (panaritium periostale). Cette affection est
très-douloureuse comme toutes les périostites; ordinairement, il ne faut pas
moins de huit à dix jours au pus pour se frayer une issue au dehors. La termi-

naison par la nécrose partielle ou totale de ce petit os est très-commune et ne peut être prévenue par une incision faite de bonne heure, bien que l'on soit souvent conduit à la faire pour apaiser les douleurs brûlantes, si pénibles, et les battements douloureux, en partie par l'évacuation sanguine locale, et en partie par la division du périoste. Comme on ne peut presque jamais empêcher dans ces cas la terminaison par suppuration, on cherche à la favoriser par des cataplasmes, par des manuluves, etc., pour précipiter autant que possible la marche de l'affection.

Nous n'avons parlé jusqu'à présent que de l'inflammation aiguë du périoste et de la moelle des os longs, et nous avons passé sous silence l'inflammation des os spongieux. Dans l'exposé fait jusqu'à présent, nous ne nous sommes pas non plus occupés de l'inflammation de la substance osseuse elle-même. Y a-t-il une ostéite aiguë, c'est-à-dire une inflammation aiguë du tissu osseux? Je crois pouvoir répondre par la négative, parce que je pars de cette supposition que la dilatation vasculaire, la prolifération cellulaire et l'imbibition séreuse du tissu constituent, en se combinant entre elles, quoique à des degrés variés, l'essence même du processus inflammatoire aigu. Toutes ces conditions sont exclues du tissu osseux compacte (par exemple de la couche corticale des os longs). Les vaisseaux capillaires sont si étroitement logés dans les canalicules de Havers, au moins en beaucoup d'endroits, qu'ils ne peuvent pas se dilater convenablement; les cellules osseuses situées dans les lacunes étoilées du tissu osseux ne peuvent pas augmenter tant que leur enveloppe rigide n'a pas cédé, autrement dit, ne s'est pas ramollie; on conçoit la possibilité d'une imbibilion séreuse plus ou moins forte du tissu osseux, cependant, la faculté de se gonfler ne peut être bien considérable dans le tissu osseux essentiellement rigide de sa nature. Si l'on veut généraliser l'idée de l'inflammation à un tel point que l'on considère comme telle chaque trouble quantitatif et qualitatif de la nutrition, nous refusons de nous associer à cette manière particulière de voir. Tout tissu devenu le siége d'une inflammation se modifie dans ses propriétés physiques et chimiques; cela se fait rapidement dans les tissus mous, en cas d'inflammation aiguë : le tissu conjonctif surtout se transforme très-promptement en une substance gélatineuse, riche en albumine; le tissu de la cornée et le tissu cartilagineux peuvent également se modifier avec une rapidité très-grande dans leurs propriétés. Ce changement ne peut s'opérer dans le tissu osseux pour des raisons toutes chimiques; il faut du temps pour dissoudre les sels calcaires de l'os et pour faire fondre comme d'autres tissus le cartilage osseux qui reste. Il est donc impossible que l'inflammation du tissu compact des os marche rapidement, quelle que soit d'ailleurs la violence du processus, et il lui faudra toujours un temps plus ou moins long pour son évolution. — Ce que nous venons de dire ne se rapporte cependant qu'à la substance compacte; dans les os spongieux, il est très-possible qu'il y ait une inslammation aigué, c'est-àdire une inflammation de la moelle qui s'y trouve ensermée, et qui possède les mêmes qualités que la moelle des os longs, avec cette seule différence qu'elle n'est pas aussi accumulée que cette dernière, mais distribuée dans les mailles

de l'os; chaque espace médullaire contient un grand nombre de capillaires. du tissu conjonctif, des cellules adipeuses et des nerfs; c'est dans ces espaces que commence à se produire l'inflammation aiguë de l'os spongieux, laquelle se transmet ensuite petit à petit au tissu osseux proprement dit. Ce que l'on est convenu d'appeler ostéite aiguë d'un os spongieux n'est donc au commencement qu'une ostéomyélite. Il est infiniment rare que cette dernière se montre spontanément dans cet état d'acuité, c'est ordinairement une affection chronique, quelquefois subaiguë. Par contre, il y a une ostéomyélite traumatique aiguë des os spongieux, sur laquelle nous ferons ici quelques observations, quoique nous ayons déjà dit antérieurement, à l'occasion de la suppuration osseuse, ce que cette maladie offre d'essentiel.

Supposez une plaie par amputation, immédiatement au-dessous du genou; le tibia est scié dans sa partie spongieuse; l'inflammation traumatique se fera dans la moelle située entre les mailles du tissu osseux, elle sera caractérisée par un développement vasculaire et une néoplasie cellulaire, de là résultera une formation de granulations, qui végéteront au-dessus de la moelle et représenteront bientôt une surface formée par des granulations confluentes qui plus tard se cicatrisent à la manière ordinaire. Mais, par la suite, vous trouverez, si l'occasion vous est fournie d'observer un pareil moignon, qu'à l'extrémité les espaces médullaires sont remplis de substance osseuse, et que la couche la plus externe de l'os spongieux est transformée en substance osseuse compacte; la cicatrice dans l'os s'est donc ossifiée encore après coup. C'est là l'issue normale, non-seulement de l'ostéite traumatique, mais encore de l'ostéite spontanée; la cicatrice de l'os s'ossifie elle-même. Il peut aussi arriver une fonte purulente ou ichoreuse de la moelle des os spongieux, aussi bien que des os longs; l'ostéophlébite peut encore survenir ici avec ses conséquences. Quant aux suites de la dénudation de l'os privé de son périoste par l'effet d'une lésion traumatique, c'est-à-dire au développement des granulations à la surface du tissu osseux compact, et quant à la nécrose superficielle qui arrive dans ces cas, il en a été longuement question à l'occasion de la suppuration osseuse et du processus curatif des fractures ouvertes, et je dois par conséquent vous renvoyer à ce chapitre.

Nous avons à parler à présent des inflammations articulaires aiguës. Comme il a été question antérieurement de l'inflammation traumatique des articulations, vous possédez déjà quelques notions sur plusieurs particularités appartenant aux articulations malades. En outre vous connaissez ce caractère des membranes séreuses, d'avoir une grande tendance à sécréter un exsudat liquide, quand elles se trouvent dans un état d'irritation; vous savez que cet exsudat peut aussi contenir du pus toutes les fois que l'irritation inflammatoire est très-intense. De même qu'il existe une pleurite à exsudat séro-fibrineux (forme ordinaire) et une pleurite à exsudat purulent (l'empyème), de même aussi il y a dans les articulations une synovite ou hydropisie séreuse et une synovite purulente ou un empyème; l'une et l'autre formes morbides peuvent être chroniques ou aiguës et entraînent à leur suite diverses affections du car-