

traumatiques qui constituent seulement des points de moindre résistance, favorables au développement des manifestations spécifiques locales.

**Anatomie pathologique.** — Avec CHASSAIGNAC, LAGRANGE, nous diviserons les abcès des os en trois groupes, suivant qu'ils siègent dans le tissu spongieux, dans la partie compacte de la diaphyse, dans le canal médullaire. C'est cette dernière variété que CHASSAIGNAC a eue plus particulièrement en vue dans son travail posthume. La majorité des cas appartiennent au tissu spongieux.

1° *Abcès épiphysaires et bulbaires.* — Ces abcès siègent dans le bulbe ou l'épiphyse, à une petite distance du cartilage conjugal; ceux de l'épiphyse sont relativement rares. Tous les os présentent parfois des abcès osseux; cependant le tibia est en quelque sorte un lieu d'élection, car sur cent treize (113) cas réunis par GOLAY, le tibia figure quatre-vingt-onze fois (91). Les os longs et surtout ceux du membre inférieur y sont plus prédisposés. Certains abcès, ceux de la tête du fémur, restent souvent méconnus; à la hanche, par exemple, ils ont été confondus avec la coxalgie (STANLEY). Ordinairement uniques, ces abcès peuvent être situés près de la surface ou au centre de l'os; d'ailleurs la périostose qui existe presque constamment à la surface fait varier cette profondeur. Le volume de ces collections n'est jamais bien considérable, et la plupart affectent la forme et les dimensions d'une amande; s'il en est de plus petites, d'autres acquièrent exceptionnellement les dimensions d'une grosse noisette; un abcès, observé par NÉLATON à la partie inférieure du tibia, mesurait 32 millimètres de diamètre.

Le contenu des abcès est tantôt du pus renfermé dans une membrane pyogénique, tantôt de la sérosité plus ou moins claire, et souvent ces liquides sont collectés dans une cavité fongueuse. La quantité de pus, d'après GOSSELIN, dépasse rarement quelques grammes; c'est exceptionnellement qu'on en a trouvé une cuillerée à soupe. Dans maintes observations la présence de petits séquestres ou de parcelles osseuses est mentionnée. Les cavités sont généralement ovoïdes, assez régulières, piriformes, parfois munies d'un prolongement qui a été attribué à la première période de formation d'une fistule. Dans un cas de RICHEL, dont la nature tuberculeuse paraît très probable, la paroi était hérissée de trabécules saillantes; quant à la membrane qui tapisse la caverne, elle est lisse, fibreuse, quelquefois villeuse, veloutée, fongueuse, toujours douée d'une extrême sensibilité; elle est assez peu adhérente au tissu osseux. Enfin nous devons dire que, dans certains cas, les chirurgiens n'ont trouvé que des fongosités dans la cavité (NÉLATON, BROCA, GOSSELIN, OLLIER).

Un des traits curieux de l'histoire de ces abcès est qu'ils communiquent avec le périoste par un pertuis fongueux étroit; il s'agit là probablement de trajets fistuleux en voie de formation. DUPLAY a observé un fait où ce pertuis fongueux était si étroit qu'il ne pouvait livrer passage à un stylet. CHASSAIGNAC a donné à ce mode de formation des fistules le nom de trépanation spontanée; il a attribué au périoste le rôle principal qu'il est selon nous plus exact d'accorder à l'abcès lui-même. Si ces fistulettes vont se terminer d'ordinaire sous le périoste, il en est qui se dirigent directement vers l'articulation. RICHEL a vu ces fistules articulaires en voie de formation; les tubercules épiphysaires, comme nous le verrons plus tard, évoluent de la même façon, et c'est encore

une raison qui nous porte à considérer les abcès osseux comme une variété de tubercules.

*Lésions des autres parties de l'os.* — L'irritation émanée du foyer de l'abcès retentit toujours sur le périoste, d'où résulte la formation de couches osseuses périphériques auxquelles doit être attribué le gonflement de l'os. GOLAY semble admettre que le gonflement peut être dû à l'hypertrophie du tissu osseux. Or cette intumescence de l'os est imaginaire et MÉDING a depuis longtemps démontré, contrairement à SCARPA, le peu de fondement de cette assertion.

Le tissu osseux ambiant le plus souvent condensé, éburné, est quelquefois raréfié. GOURAUD, sous le nom d'*ostéite cavitaire*, a décrit « une inflammation idiopathique douloureuse et suppurée des extrémités spongieuses des os longs, caractérisée anatomiquement par une cavité centrale, à contenu variable, située au niveau d'une sphère d'ostéite raréfiante ». Il ne s'agit encore ici que d'une variété des tubercules osseux.

*Abcès médullaires.* — BROCA, CHASSAIGNAC ont observé une variété d'abcès médullaires dus à une ostéite purulente partielle et cloisonnée par des diaphragmes osseux. Un certain nombre de faits empruntés à PÉTREQUIN et SOUQUET, à CRUVEILHIER et à sa propre pratique, ont démontré à CHASSAIGNAC l'existence de cette variété. Le pus ne resterait pas indéfiniment enkysté, car il peut se produire une trépanation spontanée qu'il attribue au périoste. Ces abcès s'accompagnent toujours de périostites plus ou moins épaisses, par suite desquelles la cavité médullaire se trouve agrandie. Les cloisons osseuses signalées par CHASSAIGNAC ne se rencontrent pas constamment et l'abcès n'est plus aussi bien limité. CHAVET (1860), R. PETIT (1865), CARTAZ (1872), ont présenté à la Société anatomique de petits foyers purulents isolés dans la moelle. BERGER a montré à la Société de chirurgie (1879) deux abcès du canal médullaire dont l'origine remontait à dix ans; ils étaient séparés par une portion du canal médullaire contenant encore de la graisse jaune.

**Symptômes.** — L'affection débute d'une façon insidieuse et ordinairement la douleur accompagnée ou encore précédée du gonflement sous-périostique constitue le premier symptôme; la fièvre est beaucoup plus rare. Quelques malades ont eu antérieurement une affection osseuse, une ostéomyélite, une ostéite simple ou des abcès des parties molles.

Les symptômes de l'abcès des os, la douleur, le gonflement n'ont rien de pathognomonique; c'est seulement par leur persistance, leur localisation qu'on peut, au bout d'un temps toujours long, soupçonner l'existence d'une collection dans l'os. La douleur, habituellement localisée, apparaît subitement et présente d'emblée toute son intensité. D'autres fois sourde, supportable et intermittente au début, elle acquiert peu à peu de l'acuité, devient continue et cause dans les fonctions un trouble notable. Elle est accrue par la pression, particulièrement en un point assez facile à déterminer. Les malades comparent leur souffrance à celle que produirait un étai qui serrerait un membre, une vrille qui le perforerait. Les crises sont surtout fréquentes pendant la nuit, et, dans divers cas, produisent des insomnies rebelles. Au bout de quelques jours ou de quelques semaines, il n'est pas rare de voir les douleurs disparaître durant des mois et des années. Mais en général avec le temps elles s'accroissent

et deviennent plus rapprochées; aussi certains malades réclament-ils l'amputation.

A quoi est due cette douleur spéciale? Admettre avec BRODIE, BROCA, SAVORY, une distension excessive du tissu osseux par le liquide est rationnel pour les cas où il y a un liquide, mais dans ceux que GOSSELIN décrit sous le nom d'ostéite à forme névralgique, cette explication paraît insuffisante. Aussi GOSSELIN fait-il intervenir une névrite que l'incision du périoste, la trépanation font cesser par la section des filets nerveux. ERICHSEN attribue la douleur au gonflement périostique; PERRET suppose gratuitement que les cellules médullaires proliférées s'étranglent contre les lamelles osseuses. D'autres enfin, avec DUPLAY, incriminent la réplétion des sinus veineux autour de la cavité dans la station debout, explication qui ne rend pas compte des douleurs nocturnes.

Ordinairement la tuméfaction est exclusivement osseuse, assez localisée, et comme elle n'a rien de particulier, elle indique seulement qu'il y a au centre de l'os un foyer d'irritation. Le gonflement périostique est proportionnel à cette irritation, mais l'âge du sujet constitue un facteur dont on ne doit pas oublier l'influence. L'os devient comme soufflé, ce qui donne à l'extrémité un aspect fusiforme.

L'allongement du membre malade est la règle, comme dans toutes les affections chroniques des os; la tuméfaction épiphysaire peut amener à sa suite des déviations, des sublaxations; la température locale a dans quelques cas été trouvée supérieure à celle du côté opposé. Signalons encore, en terminant, des abcès circonvoisins dans les parties molles, des taches rouges localisées, une sueur circonscrite indiquée par GERDY.

**Marche. Terminaison.** — Cette affection a une marche chronique; mais à la période des douleurs succèdent parfois des accidents redoutables quand on n'est pas intervenu à temps. On voit des malades rester indéfiniment à la période douloureuse; dans un fait de HODGE, la maladie a été supportée pendant quarante ans, et dans bien des cas le début des accidents remontait à plus de vingt ans! Parmi les complications signalées, nous citerons les abcès superficiels et les lésions articulaires. Les abcès périphériques constituent toujours un symptôme sérieux qui devra attirer l'attention. Quant aux lésions articulaires, les auteurs ne sont pas d'accord à leur sujet. E. CRUVEILHIER, PERRET les croient rares, tandis que FERGUSSON, HOLMES les redoutent avec raison. D'ailleurs les complications articulaires existaient à des degrés divers dans les cas de RICHET, KIRBY, SAVORY, DUPLAY. Quelquefois, comme VOLKMANN l'a observé pour la tuberculose, il n'y a qu'une synovite subaiguë avec épanchement léger.

Les abcès des os peuvent : 1° persister indéfiniment; 2° communiquer avec les articulations; 3° s'ouvrir sous le périoste par un trajet fistuleux qui sert à l'évacuation du contenu; 4° devenir tuberculeux.

**Diagnostic.** — L'existence d'une douleur paroxystique et d'une tumeur circonscrite au niveau du bulbe d'un os chez un sujet jeune ou adulte, la persistance de ces signes doivent faire présumer un abcès osseux. Toutes les affections pyrétiques s'en distingueront aisément. Malgré cela, cette maladie a été facilement confondue avec d'autres, parce que beaucoup d'ostéites

ont pour symptômes la douleur et le gonflement. Il n'y a pas une ostéite du tissu spongieux qui ne puisse, à un moment donné, présenter ces phénomènes. La syphilis, le tubercule circonscrit, la névralgie des os, l'ostéite à forme névralgique de GOSSELIN, le rhumatisme sont dans ce cas. C'est dans la persistance de l'affection, la nature des douleurs, l'indépendance de l'état général, l'inefficacité des traitements spécifiques, que le chirurgien trouvera les éléments d'un diagnostic différentiel.

GOLAY cherche à séparer l'abcès des os de la nécrose centrale, distinction qui nous semble d'autant plus subtile qu'il s'agit le plus communément d'un même état morbide, avec cette différence que, dans l'une, le squelette n'a pas été résorbé. Néanmoins quand il y a séquestre, la réaction est plus vive et la suppuration a moins de tendance à l'enkystement; ce sont là des circonstances que le chirurgien ne peut découvrir. Les abcès des os ont été plusieurs fois confondus avec des ostéosarcomes à leur début; on a pris un abcès pour un sarcome, et inversement. DUPLAY, TILLAUX ont observé des cas où l'erreur a été commise; la ponction avec un trocart à curette, l'évolution différente des tumeurs, le siège même serviront d'éléments de diagnostic.

GOSSELIN a conseillé la trépanation exploratrice qui rendra des services et pourra, s'il n'y a pas de collection purulente, diminuer les douleurs.

**Pronostic.** — La chronicité des abcès osseux, la lenteur de leur évolution, la rareté des complications qu'ils déterminent sont des conditions relativement favorables; l'existence n'est pas souvent mise en danger et les abcès abandonnés à eux-mêmes sont parfois longtemps inoffensifs. Cependant, dans quelques cas, la persistance des douleurs, leur acuité, leur accroissement progressif entraînent des troubles fonctionnels graves, l'insomnie, l'amaigrissement; on a signalé la tendance au suicide. Un traitement convenable modifie sensiblement la gravité du pronostic, puisque sur cent vingt-huit abcès (128) soixante-treize (73) fois GOLAY a noté la guérison complète.

**Traitement.** — Il est palliatif ou curatif.

1° **Traitement palliatif.** — Le repos et l'immobilité, l'emploi d'appareils inamovibles, de la méthode d'extension continue à l'aide de poids, le changement de profession diminuent généralement les douleurs. La compression, les révulsifs, la cautérisation ignée superficielle ou profonde sont des moyens qui procurent une amélioration passagère, rarement persistante. Les cataplasmes, les narcotiques, la belladone, la jusquiame, les injections de morphine appliqués localement sont d'un grand secours pour calmer les douleurs nocturnes.

L'incision simple du périoste a paru plusieurs fois diminuer la souffrance; BRODIE, STANLEY, OLLIER y ont eu recours et s'en louent; mais ce n'est là qu'un moyen palliatif, de même que la saignée des os de LAUGIER, aujourd'hui délaissée.

2° **Traitement curatif.** — L'indication formelle consiste à ouvrir la collection au moyen de la trépanation. Pratiquée par DAVID au siècle dernier, tirée de l'oubli par BRODIE, cette opération est devenue classique. De nos jours GOSSELIN l'a préconisée, et les résultats obtenus sont assez satisfaisants pour qu'on puisse la considérer comme le seul traitement à suivre en pareille occurrence.

Peu dangereuse, elle est utile, même quand il n'y a pas d'abcès, en diminuant les douleurs. Après avoir appliqué la bande d'Esmarch, on fait un trou à l'os à l'aide d'une vrille (Broca), d'une couronne de trépan plus ou moins large, suivant les circonstances.

La couronne doit être appliquée au point le plus douloureux; quelquefois les rapports anatomiques forcent à s'en écarter pour ménager des organes importants; le point le plus saillant de la tuméfaction servira également de guide. Dans nombre d'observations, les chirurgiens ont rencontré à une petite distance de la surface une couche éburnée signalée plus haut. Le polytriteur de Mathieu rendra de réels services en pareil cas. PERRET conseille, d'après la pratique d'OLLIER, de compléter le trajet de manière à traverser l'os de part en part et de passer par ce canal un tube à drainage.

La trépanation peut être jointe à l'évidement tel que le pratiquait SÉDILLOT, on y aura recours lorsque la couronne du trépan ne tombe pas exactement sur le centre du foyer; la méthode antiseptique sera rigoureusement appliquée. Les suites de l'opération sont généralement simples, mais la récurrence et la persistance des douleurs ne paraissent pas absolument rares; aussi la guérison complète est elle assez longue. GOLAY note trois cas de mort à la suite de la trépanation.

L'amputation ne doit être faite qu'autant que l'abcès s'est ouvert dans une articulation importante en déterminant une arthrite purulente; avant d'en venir à cette ressource ultime, mieux vaut essayer la trépanation et l'évidement.

*Nature de la maladie.* — E. CRUVEILHIER, interprète des idées de NÉLATON, se basant sur la nature quelquefois séreuse du contenu de ces abcès, émit l'idée qu'ils avaient pour origine un kyste séreux qui se serait enflammé plus tard.

Une autre opinion admet qu'il existe au début une nécrose centrale; le séquestre serait résorbé et l'abcès se trouverait ainsi formé; ce mécanisme est inadmissible parce que les séquestres ne sont pas résorbés (MALESPINE). DESPRÈS a attribué la collection à un épanchement sanguin qui se ferait dans un canal de Havers du tissu condensé par l'ostéite, hypothèse fort peu plausible. Pour GOLAY, il s'agirait d'une inflammation primitive du tissu spongieux du bulbe, condensante à la périphérie, raréfiante et suppurante au centre dans un point circonscrit.

Pour nous, l'ostéite raréfiante circonscrite, à évolution lente, produite par un agent extrêmement peu irritant qui se borne à provoquer des désordres partiels, amène la résorption de l'os dans un territoire déterminé, la caséification et la transformation caséuse ou purulente de la moelle. Ce travail local aboutit ordinairement à la formation d'une membrane pyogénique kystique; quant à l'ostéite condensante voisine, elle indique la sclérose de l'os, la faible irritation que détermine le contenu de l'abcès ainsi formé. L'agent, dans le plus grand nombre des cas, n'est autre que le bacille tuberculeux et l'abcès osseux ne serait qu'un tubercule circonscrit et chronique appartenant à la variété enkystée de NÉLATON. Chose curieuse, ce chirurgien a nettement indiqué l'identité des lésions et c'est pour une question de symptômes éventuels,

la douleur et l'absence d'autres signes de tuberculose, qu'il a admis une différence. Or la douleur, commune dans certains tubercules, n'existe pas dans d'autres; il en est ainsi pour les vertèbres comme pour le tibia; quant à la coïncidence du tubercule dans un autre organe, on comprend bien qu'il ne peut en être question, puisque le tubercule primitif, la première manifestation de la tuberculose, reste parfois indéfiniment localisé.

La nature essentiellement lente et chronique du processus, le peu de retentissement de l'affection sur les parties voisines, l'irritation réduite à son minimum autour du foyer, la présence de fongosités dans certains cas, de parcelles osseuses nécrosées libres ou adhérentes dans d'autres, l'âge des sujets, etc., nous font croire que beaucoup d'abcès osseux sont d'origine tuberculeuse.

#### § 4. — Ostéomyélite

SYN. : Périostite phlegmoneuse diffuse. — Médullite. — Panostéite. — Périostéomyélite

**Bibliographie.** — REYNAUD, *Arch. gén. de méd.*, t. XXVI, p. 161, 1831. — CHASSAIGNAC, *Gaz. méd. de Paris*, 1853, p. 505. — GERDY, *Arch. gén. de méd.*, 5<sup>e</sup> série, t. III. — SCHUTZENBERGER, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1856. — BÉCKÉL, *Ibid.*, 1858. — GOSSELIN, *Arch. gén. de méd.*, 1858. — KLOSE, *Ibid.* — TH. VALETTE, *Gaz. des Hôp.*, 1853, et *Rec. de mém. de méd. militaire*, t. XVI, p. 230. — J. ROUX, *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1860. — GIRALDÈS, *Maladies chirurg. des enfants*, 1869, p. 558. — SPILLMANN, *Arch. gén. de méd.*, 6<sup>e</sup> série, t. XXI, 1873. — BOUCHUT, *Gaz. des Hôp.*, 1874. — LÜCKE, *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1874, t. IV. — EBERTH, *Arch. de Virchow*, 1875, t. XLV, p. 352. — LANNELONGUE, *Ostéomyélite de croissance*, Paris, 1879. — LANNELONGUE et COMBY, *Arch. gén. de méd.*, 1879. — LAVERGNE, *Progrès médical*, 1882. — BOUILLY, *Revue mensuelle*, 1879. — OLLIER, *Revue de chir.*, 1881, p. 785. — M. SCHULLER, *Centralbl. f. Chirurgie*, 1881, n<sup>o</sup> 42. — BERGER, *Revue de Hayem*, t. XIX, 1882. — LANNELONGUE, PANAS, GOSSELIN, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1878, et *Bull. de la Soc. de chir.*, 1879. — RODET, *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 6 oct. 1884. — BERGER, VERNEUIL, TRÉLAT, LARGER, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1884. Thèses de Paris. — 1862, AUGÉ, GAMET. — 1867, LOUVET, MASSE. — 1868, DROIN. — 1869, MARTIN. — 1870, SEZARY. — 1871, SALES, CULOT. — 1872, MOUSSAUD, POULET. — 1873, PACCOD. — 1879, REBOUD. — 1880, PÉCAUD, ABÉLANET, PION, RONDU, TABOUE. — 1882, CHARVY. — 1883, MOURET.

Thèses de Strasbourg. — 1853, KRUG-BASSE. — 1855, WORMSER. — 1858, HÉDOIN. — 1868, AUBRY.

Articles Os et MOELLE des *Dictionnaires*.

**Définition.** — L'ostéomyélite a été considérée jusqu'à ces dernières années comme l'inflammation de la moelle des os; à mesure qu'on a reconnu que l'os est baigné de toutes parts par la moelle, le sens de ce mot est devenu moins précis, et aujourd'hui certains chirurgiens y font rentrer la plupart des inflammations aiguës ou chroniques du tissu osseux; pour eux l'ostéomyélite est synonyme d'ostéite.

Tout en reconnaissant que les affections de la moelle retentissent avec une

rapidité extrême sur les différentes parties de l'organe, nous pensons qu'il faut tenir un plus grand compte dans les distinctions à établir de la nature de l'inflammation que du tissu primitivement envahi et nous disons : L'ostéomyélite est une inflammation grave et diffuse du tissu osseux, de nature virulente, parasitaire, avec une tendance rapide à la suppuration et à la nécrose. Elle est dans l'os l'analogue du phlegmon diffus des parties molles. On pourrait encore la définir l'ostéite produite par le *streptococcus aureus*.

**Historique et divisions.** — Dès 1831, REYNAUD avait observé, après les amputations, une complication grave qui a été depuis cette époque désignée sous le nom d'ostéomyélite traumatique. Grâce aux travaux de NÉLATON, CHASSAIGNAC, TH. VALETTE, J. ROUX (de Toulon) cette redoutable complication est aujourd'hui bien connue dans ses deux formes, aiguë et chronique.

D'un autre côté, vers 1854, à la suite des recherches de CHASSAIGNAC, l'attention fut attirée sur une variété d'abcès sous-périostiques, s'accompagnant de désordres graves du côté de l'os, des cartilages de conjugaison et des articulations. Nous allons exposer succinctement les idées émises sur la nature de l'affection, que CHASSAIGNAC avait désignée sous le nom d'*abcès sous-périostiques aigus* et de *typhus des membres*. La difficulté d'expliquer le siège primitif du mal ne lui a pas échappé, et c'est pour ne rien préjuger qu'il a admis deux affections distinctes, l'abcès périostique et l'ostéomyélite.

1° En 1856, SCHUTZENBERGER décrit sous le nom de périostite aiguë une maladie grave, plus fréquente dans l'adolescence, et qui se propage rapidement à l'os et à la moelle. L'école de Strasbourg adopta les idées de son chef; elles furent développées par BÖCKEL (1861), qui maintient le nom de périostite phlegmoneuse. GIRALDÈS, HOLMES attribuent également le rôle principal au périoste, et considèrent la maladie comme un phlegmon diffus périostique, d'où le nom de *périostite phlegmoneuse diffuse*. Pour eux le décollement des épiphyses, les arthrites purulentes sont des complications. MARTIN (1860) entrevoit la nature véritable de la maladie, son siège dans toutes les parties de l'os et surtout son retentissement sur l'état général par le fait de la résorption des liquides toxiques.

2° En 1858, parurent en France et en Allemagne les travaux de GOSSELIN et de KLOSE (de Breslau), qui localisèrent le point de départ de la maladie dans le cartilage de conjugaison. Pour KLOSE le décollement épiphysaire devint la maladie principale que GOSSELIN désigne sous le nom d'*ostéite épiphysaire aiguë* des adolescents. Il préfère cette dénomination à celle d'ostéomyélite pour indiquer qu'elle est l'origine du mal. En 1862, GAMET se sert du nom d'*ostéo-périostite juxta-épiphysaire*; c'est une sorte d'éclectisme entre ceux qui admettent l'origine exclusivement périostique et ceux qui font jouer le rôle principal à la moelle.

3° Avec les travaux de SÉZARY, CULOT (1870-1871), nous nous trouvons en présence d'une opinion nouvelle. Cette fois la moelle répandue un peu partout dans l'os est le siège de l'inflammation primitive; la *médullite* domine dans l'affection qui peut être généralisée ou seulement localisée en un point, sous le périoste, près du cartilage de conjugaison, dans la moelle. De là à accepter franchement le nom d'ostéomyélite qui existait déjà dans

la science pour désigner une grave complication du traumatisme, il n'y avait qu'un pas. LANNELONGUE l'a franchi (1878) en désignant la maladie sous le nom d'*ostéomyélite aiguë de l'adolescence*. Pour lui ni le périoste, ni les cartilages de conjugaison ne sont primitivement malades; l'inflammation débute dans la portion bulbaire de la diaphyse, près du cartilage de conjugaison. Lors de la discussion qui eut lieu au sein de l'Académie de médecine à l'occasion du travail de LANNELONGUE, PANAS crut devoir faire ses réserves et n'admit pas que le périoste fût aussi indifférent que l'a avancé LANNELONGUE dans la production de la maladie. Quant à GOSSELIN, il a attaqué fortement la manière de voir de cet auteur, et sans méconnaître l'ostéomyélite qui serait une complication, il maintint, comme en 1858, que l'affection débute par le cartilage et pour cette raison mérite le nom d'ostéite épiphysaire aiguë. En 1879, la question portée devant la Société de chirurgie donna lieu à un débat intéressant, trop long pour être analysé ici, mais qui montra que beaucoup de chirurgiens français sont réfractaires à l'unification absolue adoptée et soutenue par LANNELONGUE.

Tout en reconnaissant que le bulbe de l'os et même le cartilage de conjugaison chez l'enfant et l'adolescent peuvent être le siège initial de l'affection, nous pensons qu'il est plus juste de dire que l'ostéomyélite aiguë débute dans toutes les parties de l'os, et qu'à la façon du phlegmon diffus elle a une tendance très marquée à se propager à tout l'os et même aux parties voisines. Si dans certains cas la maladie mérite plutôt le nom de périostite phlegmoneuse diffuse, d'autres correspondent plus exactement à ce qu'on appelle l'ostéomyélite; ces réserves faites, il nous semble qu'on doit décrire dans un seul chapitre des affections qui sont dues à un même agent septique et qui présentent dans leur étiologie, leurs symptômes, leurs complications, leur terminaison et leur traitement une analogie complète; une fois engagés dans cette voie nous croyons qu'il n'y a pas lieu d'étudier isolément l'ostéomyélite aiguë de croissance et que cette maladie existe également dans l'âge adulte, bien qu'elle soit plus rare. Enfin en comparant l'évolution de l'ostéomyélite aiguë dite spontanée avec celle de l'ostéomyélite traumatique, nous sommes amenés à confondre ces deux variétés de la même affection; malgré la différence apparente de leurs causes, elles ont de telles ressemblances dans leurs principaux traits et dans leur évolution, qu'il nous paraît inutile de les séparer à l'exemple de nos devanciers. Qu'il s'agisse en effet d'un phlegmon diffus dans un os primitivement sain ou lésé par un traumatisme, la même cause produit constamment les mêmes effets, ainsi que nous aurons souvent l'occasion de le démontrer dans les descriptions qui suivront.

De même que dans le tissu cellulaire il ne saurait être question d'un phlegmon diffus aigu et d'un phlegmon diffus chronique, les formes aiguë et chronique établies par J. ROUX pour l'ostéomyélite traumatique et par LANNELONGUE pour l'ostéomyélite de croissance ne nous semblent pas être suffisamment exactes. La maladie présente à considérer une période aiguë, pendant laquelle l'ostéomyélite tue le malade ou exerce des ravages dans l'os, et une seconde période toujours longue qui mérite bien le nom de chronique; elle a pour objet la séparation entre l'os mort et les parties restées vivantes,