

On observa d'abord cette affection à Zurich, à Berne, Strasbourg, sur les côtes de l'Allemagne du Nord, dans la Hesse, le Sleswig, dans les pays marécageux surtout, et on en conclut que cette maladie ne s'observait pas partout. Le professeur Lücke, qui a eu l'occasion d'en observer un grand nombre de cas à Strasbourg et à Berne, a écrit plusieurs mémoires sur ce sujet que je vais maintenant rapidement résumer.

La maladie est particulière à l'adolescence et survient surtout par les temps humides, à la suite d'un refroidissement ou d'un léger trauma. Deux ou 3 jours après ce dernier, la fièvre s'allume, annoncée le plus souvent par un frisson, et revêt une forme typhoïde; le matin la température atteint de 39° à 40° c., le soir 40-41° c., la prostration est extrême, les sens affaiblis, le malade a du délire, la langue est sèche; souvent le malade a de la diarrhée. Localement, le sujet ressent de vives douleurs; il sent que sa jambe est lourde, comme si elle était cassée. Un œil exercé pourrait seul à ce moment distinguer un léger gonflement; en général on est frappé par des arborisations veineuses sur la peau, par une élévation locale de la température.

Les épiphyses peuvent être atteintes par cette affection aussi bien que les diaphyses; le plus souvent c'est le fémur et le tibia qui en sont le siège¹. La lésion initiale peut être dans la moelle ou dans le périoste; dans le premier cas, le périoste ne tarde presque jamais à être pris à son tour; au contraire quand c'est le périoste qui est atteint le premier, la moelle peut rester intacte.

Au point de la lésion initiale, on voit se former de la suppuration et une nécrose partielle ou totale. Si l'épiphyse est atteinte, elle se décolle; très souvent la lésion envahit l'articulation voisine, provoquant son hydropisie aiguë ou même sa suppuration.

On voit très souvent se former des foyers secondaires et même avant que le foyer primitif ne soit parvenu à sa période de suppuration; ces foyers soit en dehors, sous la peau, dans les muscles, autour des grosses veines, soit dans des organes internes, de préférence dans le péricarde, les reins, la plèvre, le poumon; ils s'accompagnent de fièvre et de frissons répétés comme dans la pyohémie. Dans les cas les plus graves d'ostéomyélite primitive, les poumons sont infectés de

(1) Le siège à peu près constant de la lésion initiale est la jonction de la diaphyse et du cartilage épiphysaire, c'est-à-dire la région de l'os où l'activité physiologique est maxima. Aussi au membre inférieur les extrémités le plus souvent atteintes sont-elles celles aux dépens desquelles se développe surtout le membre, c'est-à-dire celles qui constituent le genou. Au membre supérieur, où d'ailleurs l'ostéomyélite est plus rare, c'est au contraire à celles qui sont loin du coude.

(A. B.)

bonne heure, sans doute par des embolies graisseuses. Il n'est pas rare de voir cette maladie se terminer par la mort.

Le diagnostic entre l'ostéomyélite et la périostite est souvent possible. Dans l'ostéomyélite primitive, les douleurs sont plus aiguës, le gonflement moindre; dans la périostite primitive, les parties molles sont vite le siège d'un gonflement œdémateux; dans l'un et l'autre cas, le gonflement phlegmoneux ne survient que tardivement. Si quand on incise on trouve des gouttes d'huile dans le liquide, c'est que la moelle est malade, car la graisse ne peut provenir que de la moelle, après avoir traversé l'os.

On a institué différents modes de traitement. La maladie peut guérir même lorsqu'on reste dans l'expectation. Certains chirurgiens incisent jusqu'à l'os avant même que la suppuration ne soit diagnostiquée. Si on tombe sur une ostéomyélite, on trépane l'os et on draine le canal médullaire; mais si la moelle est malade dans toute sa longueur, ce traitement ne peut pas servir à grand chose. Des chirurgiens anglais se sont résolus à faire l'extirpation totale de l'os; Chassaignac était partisan de l'amputation précoce. Mais dans un certain nombre de cas, toutes ces tentatives seront infructueuses parce qu'elles seront venues trop tard, en particulier quand la maladie aura provoqué des lésions internes; dans d'autres cas, ces tentatives seront inutiles, puisque même des cas graves ont guéri sans intervention¹.

NÉCROSE. — Les cas graves sont rares, somme toute. Mais on observe fréquemment des nécroses perforantes du fémur, et qui ont leur siège de prédilection à l'extrémité inférieure de la diaphyse. La nécrose n'est pas un processus, mais un produit pathologique. Quelle est donc l'affection qui la produit? Elle s'observe chez les adolescents toujours à la suite d'une affection inflammatoire dont la période aiguë se termine par suppuration. Si on explore la fistule, on arrive à la cavité médullaire. Il y a donc eu une ostéomyélite circonscrite qui a conduit à la mortification d'une portion centrale de l'os et qui a produit le tableau typique de la nécrose exfoliative. Le processus aigu initial s'est annoncé, au dire du malade, comme l'ostéomyélite diffuse, et a souvent pris l'articulation en provoquant son inflammation exsudative ou adhésive. Il faut donc admettre que l'ostéomyélite n'a pas toujours une marche aussi infectieuse que dans certains pays. On trouve aussi

(1) Je ne partage pas le scepticisme d'Albert à cet égard, et je crois qu'il faut toujours tenter l'incision franche suivie de trépanation de l'os aux deux extrémités du décollement périostique. On a ainsi des succès dans des cas d'allures initiales très graves et d'autre part il n'est pas toujours prudent d'abandonner à eux-mêmes des cas en apparence bénins. Comme résultat local, on aboutit d'ailleurs presque toujours à l'ostéomyélite prolongée.

(A. B.)