

d'autres cas dans lesquels il n'y a pas de nécrose, et où à la suite d'une période initiale aiguë, une ouverture se fait dans la région de l'épiphyse, et on trouve une cavité centrale dans l'os sans séquestre. J'ai vu un cas de ce genre à Vienne ; la cavité centrale sécréta pendant longtemps un liquide visqueux. Après ouverture du foyer au dehors, il peut arriver que peu à peu la diaphyse entière soit vermoulue et que les deux articulations voisines s'ankylosent ; c'est par exemple ce qui arrive en particulier au bras ; dans d'autres cas le processus guérit, mais l'os reste épaissi, et quelquefois allongé.

Tous ces cas sont des exemples d'ostéomyélite diffuse à terminaison favorable, mais une chose nous force de les mettre dans le même cadre que les cas décrits par Lücke ; nous voulons parler de la découverte de micro-organismes spécifiques (Struck, Rosenbach, Ogston Klebs). Cette découverte nous permet de conclure à une même maladie parvenant à des degrés différents. Les cas graves ne nous paraissent pas être autre chose qu'une ostéomyélite avec pyohémie ou septicémie. Enfin nous avons vu des cas d'ostéomyélite se dé-

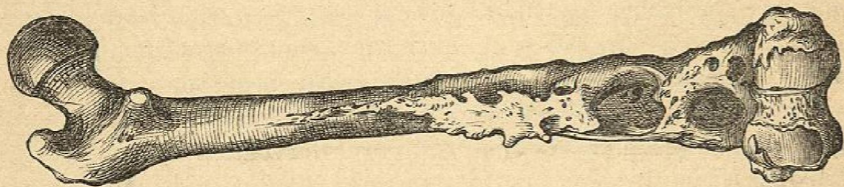


Fig. 71. — Ostéomyélite prolongée de l'extrémité inférieure du fémur.

clarer et affecter la forme grave à la suite d'un traumatisme accidentel ou opératoire ; il faudrait bien de la bonne volonté pour admettre que les individus aient été infectés avant le traumatisme, et que ce dernier n'ait servi qu'à faire éclater la maladie ; il est plus logique d'admettre que l'antisepsie a été insuffisante, et que des microcoques de la suppuration ont été inoculés dans la plaie.

La nécrose centrale du fémur que nous rencontrons si souvent a des symptômes bien typiques. Le fémur est dans sa partie inférieure, souvent dans ses 2/3 inférieurs, très augmenté de volume, souvent renflé en massue. Tandis qu'à l'état normal, les condyles forment en bas du fémur une forte proéminence, dans le fémur hyperostosé, la face externe des condyles se continue sans ligne de démarcation avec celle du corps de l'os. Dans le jarret s'ouvrent les fistules ; l'une se trouve presque toujours en dedans du tendon du biceps et conduit par le chemin le plus direct dans le cloaque. Souvent on en trouve une seconde plus élevée ; souvent encore une autre au côté interne de l'extrémité inférieure du fémur. Quand la maladie dure depuis un an, on peut

conclure avec certitude que le séquestre est mobile, alors même que cette mobilité ne serait pas apparente. Mais en général, il se détache avant.

Souvent on a à traiter des cas qui durent depuis plusieurs années, et dans lesquels les séquestres sont donc détachés ; mais on se demande alors s'il en reste encore dans le membre, quand le malade dit en avoir déjà éliminé. Il suffit d'un seul petit séquestre pour entretenir l'ouverture du cloaque<sup>1</sup>.

Avec l'emploi de la bande d'Esmarch, la *nécrotomie* est une opération des plus simples. On incise les tissus lardacés en partant de la fistule, et en allant jusqu'au périoste ; on décolle ce dernier, et on arrive jusqu'au cloaque en évitant l'os ; puis on explore avec le doigt et la pince ; quelquefois on est obligé de fracturer le séquestre parce que son trop gros volume l'empêche de passer par l'ouverture osseuse.

Nous avons observé sur un jeune garçon de 12 ans une tumeur inflammatoire d'un genre bien spécial. Il y avait une tumeur qui avait commencé à se développer un an 1/2 auparavant ; elle s'étendait presque sur toute la face antérieure de la cuisse ; elle avait débuté par des symptômes inflammatoires et était, au moment de l'examen, fluctuante, nettement située au-dessous du quadriceps ; le malade nous dit qu'elle s'était ouverte en plusieurs endroits et qu'elle avait donné issue à un liquide aqueux, puis qu'elle s'était refermée. Je fis le diagnostic d'abcès froid survenu à la suite d'une périostite du fémur. Lorsque j'ouvris cet abcès, je vis s'écouler environ 1 litre d'un liquide visqueux, légèrement jaune, ayant la consistance de la glycérine. Les incisions guérirent ; mais plus tard elles se rouvrirent spontanément et donnèrent issue au même liquide. Enfin l'enfant eut un érysipèle, la sécrétion devint purulente, et la cavité se ferma.

Ces symptômes correspondent à ceux d'une affection décrite par Ollier sous le nom de périostite albumineuse ; elle est caractérisée anatomiquement par l'excrétion d'une grande quantité de liquide visqueux, transparent, semblable à de la synovie, qui se collecte au-dessous du périoste des os longs à canal médullaire, surtout à l'extrémité inférieure du fémur et de l'humérus ; elle est caractérisée cliniquement par son origine rhumatismale (rarement traumatique), par son évolution chez les adolescents, par sa longue durée, qui se compte par années, et enfin parce qu'elle se termine par suppuration. Récemment

(1) La prolongation de l'ostéomyélite et des fistules n'implique pas nécessairement la présence de séquestres. Elle peut exister avec des hyperostoses diffuses atteintes d'ostéite fongueuse avec cavités remplies de pus, de fongosités, de liquide séreux, etc.

Nicaise a réuni tous les cas de ce genre. En Allemagne, Volkmann, Riedinger, Schlange et Vollert ont étudié cette maladie sans arriver à une conclusion précise. C'est probablement une terminaison particulière de la même maladie que l'ostéomyélite suppurée<sup>1</sup>.

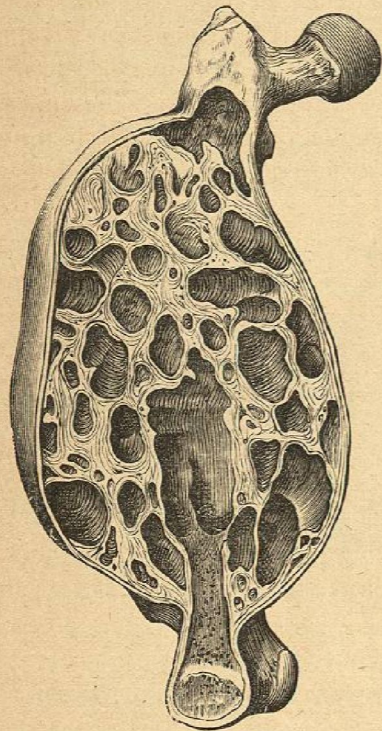


Fig. 72. — Sarcome central du fémur.

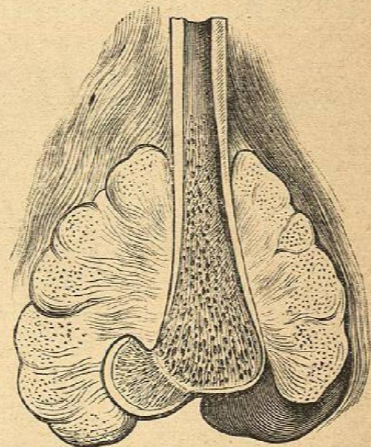


Fig. 73. — Sarcome persiotique de l'extrémité inférieure du fémur (Virchow).

### § 3. — Tumeurs de la cuisse.

Les tumeurs de la cuisse sont assez variées.

**Ostéosarcome.** — Les tumeurs provenant du fémur sont presque toutes des sarcomes, et prennent naissance plus souvent dans la moelle que dans le périoste. Les premières (myélo-sarcomes, ostéo-sarcomes centraux) partent de la moelle de la portion spongieuse des épiphyses,

(1) L'hyperostose par ostéomyélite prolongée de l'extrémité inférieure du fémur a pour conséquence l'augmentation de volume et la déformation des condyles, d'où une ankylose mécanique du genou, qui ne peut se fléchir, même lorsqu'il n'y a pas eu arthrite. (A. B.)

et sont plus fréquentes à l'extrémité inférieure qu'à l'extrémité supérieure du fémur. Elles se rencontrent surtout chez les individus jeunes et peuvent atteindre un volume énorme.

Comme elles se développent sous formes de tumeurs épiphysaires au voisinage de l'articulation, elles peuvent au début présenter de grandes difficultés au point de vue diagnostic. Elles débutent souvent à la suite d'un traumatisme, de sorte que l'esprit ne peut s'écarter de l'idée d'une tumeur inflammatoire. Et cependant un symptôme qui se manifeste dès le début empêche de rester à cette idée: c'est la mobilité articulaire qui est en désaccord avec les violentes souffrances.

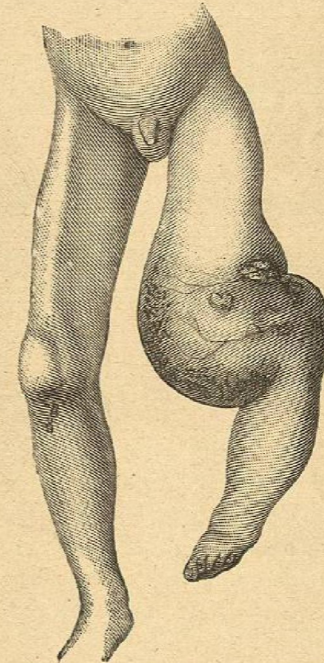


Fig. 74. — Ostéosarcome du fémur avec luxation du tibia.

Plus tard l'os se gonfle et se déforme. Enfin on constate par places la crépitation parcheminée. Comme avec cela, l'articulation reste toujours mobile, l'idée d'une arthrite serait absurde, et l'on est à cette période certain qu'il existe une tumeur centrale distendant l'os, et qui réduit la masse osseuse qui l'entoure à la minceur d'une feuille de papier.

En général la tumeur croît avec une extrême rapidité; en quelques semaines, elle devient colossale, de grosses veines bleues sillonnent la peau, en plusieurs endroits on trouve la crépitation parcheminée; la surface se soulève sous forme de nodosités aplaties; l'arti-