

l'autre, intéressait la peau et les muscles subjacents, et était accompagnée d'une fracture du tibia. Le corps de cet os était tout à fait séparé de l'épiphyse inférieure; il sortait par la plaie en se dirigeant en dehors, avait perdu son périoste et offrait un mauvais aspect. On tenta, mais vainement, d'en faire la réduction; on fut obligé d'y renoncer parce que les bords de la plaie furent frappés de sphacèle, et que la nécrose fit des progrès. Le mal s'étendit rapidement et l'enfant mourut au treizième jour.

### § VIII. — Fractures multiples.

Il y a des fractures congénitales multiples, le musée Dupuytren en renferme plusieurs exemples. Quelques squelettes préparés en offrent des centaines que les uns attribuent au rachitisme, d'autres à une maladie des os. Toutes celles que j'ai vues, et j'en ai observé jusqu'à douze chez le même enfant, dépendaient du rachitisme. Hirschfeld en a publié un très-remarquable exemple (1).

## CHAPITRE III

### DÉCOLLEMENT DES ÉPIPHYSES

Le décollement, disjonction ou divulsion des épiphyses, n'a été que très-incomplètement étudié jusqu'à ce jour. Il a été signalé par Amb. Paré (2), par Eysson (3), par J. L. Petit, Weiss et Poupard, par Reichel (4), par Brandi, Petit-Radel, A. Cooper, Boyer, etc. Rognetta (5), Guéretin (6), Salmon (7), Nélaton, enfin Foucher (8), Parrot (9), ont donné des détails plus complets sur la matière.

Les décollements ont lieu entre l'épiphyse et l'os, ou entre l'épiphyse et l'os qui laisse une plus ou moins grande partie de lui-même au cartilage. Dans ce cas, comme l'a fait connaître Nélaton, la maladie se guérit au moyen d'un cal comme pour une fracture, et il en résulte une altération de l'extrémité spongieuse de l'os telle, que l'accroissement en longueur ne peut plus s'opérer et qu'il en résulte un raccourcissement forcé du membre. Dans les membres formés de deux os, comme la jambe, le phénomène est plus curieux et plus grave. Ainsi dans un décollement de l'épiphyse inférieure du tibia produit sans altération du péroné et observé par Nélaton, le cal succédant à la disjonction épiphysaire arrêta l'accroissement en longueur de l'os, tandis que le péroné s'allongeant fit dévier le pied en dedans et forma un pied bot varus.

Chez quelques enfants, comme ce décollement épiphysaire est accompagné de l'inertie des membres, on croit souvent à une paralysie de cause cérébrale; mais un examen attentif des membres, leur tuméfaction articulaire, la crépitation, la contractilité produite par une piqûre d'épingle, permettront d'éviter l'erreur et de voir qu'il n'y a que pseudo-paralysie.

L'histoire de ces décollements est presque toute à faire, et pour y concourir je me bornerai à la publication de quelques faits parmi les plus récents.

(1) Hirschfeld, *Gazette des hôpitaux*, 1857.

(2) Paré, *Œuvres*, édition Malgaigne, liv. XIII et XIV. Paris, 1840.

(3) Eysson, *De ossibus infantis cognoscendis et curandis*, 1659.

(4) Reichel, *De epiphysium ab ossium diaphysi diductione*, 1759.

(5) Rognetta, *Gazette médicale*, 1837.

(6) Guéretin, *Gazette médicale*, 1834.

(7) Salmon, thèse, 1843.

(8) Foucher, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1860.

(9) Parrot, *Archives de physiologie*, 1872.

OBSERVATION I. — *Décollement de plusieurs épiphyses des os longs, avec abcès sous le périoste, et productions osseuses remarquables chez un enfant nouveau-né* (1).

— Foulon (Alexandrine), du sexe féminin, née le 5 septembre 1834, fut envoyée à l'infirmerie des Enfants trouvés, dans la salle de M. Thévenôt, le 14 du même mois, pour quelques pustules très-petites, contenant une gouttelette de pus blanc, et entourées d'un petit cercle d'un rouge peu intense: on les voyait sur le cou et sur la poitrine. Le cri était fort, les yeux bien ouverts, la langue humide, le ventre souple; sa respiration se faisait facilement, et il y avait de l'embonpoint. Les renseignements pris au bureau nous apprirent que cette petite fille venait de la maison d'accouchements, avec cette seule note: Enfant robuste, et bon à donner sur-le-champ à une nourrice.

On prescrivit un bain dans l'eau de son, du lait et de la crème de riz.

Le lendemain 15, on s'aperçut que l'enfant ne pouvait pas remuer son bras gauche, et qu'elle poussait des cris quand on voulait lui faire exécuter des mouvements. Ce membre examiné ne nous a absolument rien offert de remarquable dans aucun point de son étendue. Le regard est fixe, l'anxiété se peint sur la figure.

Pensant que l'état du bras pouvait dépendre d'une lésion du cerveau, on fait appliquer une sangsue derrière chaque oreille, on supprime la crème de riz, on ne donne qu'un peu de lait.

Le 16 et les jours suivants, même état. Le 20, diarrhée peu abondante de matières jaunes.

Le 21, l'enfant remue le bras gauche avec plus de facilité, le regard est plus calme, la diarrhée a cessé; on la croit en convalescence; mais le 26, on aperçoit à la partie inférieure de l'avant-bras droit, au-dessous de l'articulation radio-carpienne, une tumeur volumineuse qui en occupe le tiers inférieur, contournant entièrement le radius, et présentant une fluctuation très-évidente. En quelque lieu que l'on placât la main autour de la tumeur, on sentait le flot du liquide passant du côté opposé, et l'on reconnaissait que l'abcès passait au-dessus du bord extrême du radius, gagnant la face postérieure de l'avant-bras; mais du côté du cubitus, tout paraissait dans l'état naturel. Ces explorations sont douloureuses, et l'enfant tient la main et les doigts dans la demi-flexion. La diarrhée a reparu, la respiration est gênée, la face est grippée et exprime la souffrance; les lèvres sont rouges, sèches, fendillées, la langue est humide et offre quelques grains de muguet disséminés çà et là; ventre douloureux à la pression. (Riz gommé, potion avec un gros de sirop diacode; cataplasmes sur le ventre et sur les tumeurs.)

Le 27, une tumeur également fluctuante et douloureuse s'est manifestée vers l'articulation scapulo-humérale du côté gauche. Elle paraît occuper cette articulation; elle fait faire une saillie considérable au moignon de l'épaule. Le deltoïde est fortement soulevé, et un doigt placé sous l'aisselle perçoit parfaitement le mouvement du liquide, quand on exerce une légère pression au-dessous de l'extrémité externe de la clavicule. Les yeux sont ternes, les paupières entourées d'un cercle noir, l'expression de la face peint une vive souffrance, le muguet a fait des progrès; la respiration est beaucoup plus gênée, le pouls est faible, filiforme, irrégulier; abattement, assoupissement. (Mêmes prescriptions.)

Le 28, mort à six heures du matin.

*Autopsie.* — Tumeur de l'épaule: il en est sorti environ une once de pus blanc, sans consistance et sans odeur. La partie supérieure du corps de l'humérus est entièrement dénudée dans l'étendue de dix lignes environ; on n'y trouve pas de changement de couleur ni de consistance; sa forme est bien conservée, mais il y a un décollement complet de l'épiphyse, d'où résulte une espèce de fausse articulation à surface rougeâtre et rugueuse, qui baigne entièrement dans le pus. On voit, à l'extrémité supérieure de l'humérus, les cellules de la substance spongieuse qui contiennent une petite quantité de matière purulente. Les parois de l'abcès sont formées par le périoste décollé, qui est mince, transparent, lisse et adhèrent au tissu cellulaire environnant; à la partie inférieure du foyer, un peu au-dessous de l'insertion deltoïdienne, cette membrane vient s'insérer sur un bourrelet osseux, d'apparence spongieuse, irrégulier,

(1) Valleix in Billard, *Traité des maladies des enfants nouveau-nés*. Paris, 1837.

élevé de plus d'une ligne au-dessus du niveau de l'os et qui se prolonge en mourant jusqu'au-dessous de la partie moyenne de l'humérus. Le périoste est partout en contact avec cette production osseuse; il est même assez difficile de l'en séparer. Tous les muscles de la partie supérieure du bras, ainsi que les nerfs et les vaisseaux auxiliaires, avaient été repoussés par le foyer purulent. Le deltoïde avait été fortement soulevé; l'articulation scapulo-humérale était parfaitement saine.

La tumeur du poignet contenait une quantité aussi considérable de pus que la première: c'était l'extrémité inférieure du radius qui baignait dans le pus. Elle était également séparée de son épiphyse, son aspect était semblable à celui de l'extrémité de l'humérus, dans la tumeur de l'épaule; elle était détachée du ligament interosseux et entièrement dépouillée de son périoste. Une production osseuse, semblable à la précédente, également spongieuse, et dans les mailles de laquelle était contenue une petite quantité de liquide jaunâtre, commençait par un bord brusque et irrégulier, au point où le périoste venait se recoller à l'os, et de là se prolongeait jusque vers la tête du radius, en conservant à peu près toute son épaisseur et en formant à l'os une espèce de gaine enveloppée de toutes parts par le périoste, qui, loin d'être mince et adhérent, comme au bras, était épais, lisse à sa face interne, et se séparait avec tant de facilité, qu'une légère traction sur le radius a suffi pour le détacher entièrement de cet os. Alors on a vu plus distinctement la gaine osseuse que l'on pouvait séparer facilement de l'os et enlever par petites portions. Son tissu était formé de fibres longitudinales; exprimé, il devenait mat, dur et cassant. L'os, au-dessous, présentait l'aspect et la consistance d'un os sain. La partie inférieure du cubitus et l'articulation du poignet étaient parfaitement saines.

La jambe droite ne présentait, à l'extérieur, rien de remarquable, mais une incision profonde, faite à la partie interne du genou, a donné issue à deux cuillerées de pus épais, couleur de lie de vin, inodore.

Le foyer purulent existait à la partie supérieure du tibia, dont il baignait les faces postérieure et interne; il était borné à la partie interne par une adhérence du périoste, et à la partie externe par le ligament interosseux. Décollement de l'épiphyse, dénudation de l'os, comme ci-dessus.

À la partie inférieure du tibia, on trouva un abcès, avec des altérations tellement semblables aux précédentes, qu'il est inutile d'en répéter la description. À raison de ce double abcès aux deux extrémités du même os, la production osseuse anormale formait une gaine occupant seulement la partie moyenne de l'os, entre les deux abcès, se terminant en haut et en bas par deux bourrelets, dont le supérieur était plus saillant que l'inférieur. Le périoste la recouvrait partout, et se trouvait dans les mêmes conditions que celui qui a été décrit en parlant du radius.

Un abcès tout à fait semblable a été découvert autour de la partie supérieure du tibia gauche; il était moins vaste et ne contenait qu'une demi-cuillerée de pus, couleur de lie de vin, comme le précédent.

Au reste, même décollement du périoste, même production osseuse, mais un peu moins abondante; même séparation de l'épiphyse. La partie inférieure du tibia ne présentait pas d'abcès comme à l'autre jambe; le périoste n'y était pas épaissi, et adhérait par des fibres cellulaires qu'on ne pouvait rompre que par une traction assez forte, comme dans l'état sain. L'épiphyse n'était pas décollée, mais il suffit d'un effort très-faible pour disjoindre les deux surfaces, qui étaient rugueuses, sèches, et d'un rouge foncé.

Dans le bassin, il existait un abcès placé au devant du sacrum, à sa partie supérieure et gauche, et qui laissa écouler du pus blanc et bien lié. En parcourant les parois de cet abcès, on reconnut que toute la partie gauche de sa première vertèbre sacrée était dénudée de son périoste, que l'éminence épiphysaire gauche de cette vertèbre était séparée du reste de l'os par une division dont les surfaces étaient rugueuses, grisâtres, que le foyer communiquait, d'une part, avec l'articulation lombo-sacrée, dont le fibro-cartilage était détruit dans toute sa partie moyenne, et de l'autre, avec l'articulation sacro-iliaque, dont les cartilages étaient également détruits, d'où il résultait que les faces articulaires étaient très-rudes au toucher.

Des deux branches de l'ischion, la postérieure était séparée de son cartilage, et une petite quantité de pus en baignait l'extrémité. L'antérieure était encore réunie au

cartilage; mais il a suffi d'une légère traction pour le décoller; il n'y avait point d'abcès sous ce point-là. L'os tout entier s'est séparé de son périoste avec une facilité extrême.

Quelques traces d'inflammation dans l'estomac et l'intestin grêle.

Les poumons étaient crépitants; dans toute l'étendue de leur surface, on trouvait des points noirs légèrement saillants, dont le plus large avait le diamètre d'une pièce de vingt sous. *La substance pulmonaire au-dessous de ces points était d'un rouge très-foncé, compacte, et ne contenait pas d'air.* Cette altération pénétrait à la profondeur de quatre ou cinq lignes. Les noyaux altérés étaient séparés de la substance saine du poumon par une ligne de démarcation très-tranchée, et au nombre environ de vingt pour chacun de ces organes.

Une petite quantité de sang pur et liquide est contenue dans le péricarde. Sang noir dans toutes les cavités du cœur et de l'aorte.

Les veines crurales et iliaques présentent de loin en loin de petits points et quelques filaments membraniformes; leur surface interne, lisse et polie, est d'un rouge foncé.

Suivant Valleix, il est vraisemblable que les abcès des membres et du bassin sont dus à une altération des os occasionnée par la maladie syphilitique. Le fait est d'autant plus probable que les enfants offrent en même temps l'induration chronique lobulaire des poumons, signalée comme un des caractères possibles de la syphilis congénitale. Quant aux reproductions osseuses décrites dans son observation, Valleix les considère comme autant d'exemples de celles que Lobstein a nommées *ostéophytes diffus*. Leur formation a été très-rapide, et à cette occasion Valleix dit que dans un cas de céphalématome il a vu s'élever du jour au lendemain un bourrelet osseux d'une ligne et demie de hauteur.

Voici deux faits empruntés à M. Foucher:

OBSERVATION II. — *Décollement de l'épiphyse supérieure du radius.* — Le 21 mai 1852, on m'apporta à l'Hôtel-Dieu un jeune enfant de dix-huit mois. Il y a quelques jours, cet enfant faisant une chute, la mère le saisit par la main gauche, et depuis cette époque il accuse dans ses mouvements, ou quand on lui prend la main, de vives douleurs.

En examinant le membre, je ne trouve à l'extérieur ni gonflement ni déformation; je puis lui imprimer des mouvements en tous sens, mais avec précaution, sans déterminer de douleur, sans constater de mobilité anormale ni de crépitation. L'enfant me donne avec autant de facilité la main du côté supposé malade que celle de l'autre côté. Je crois avoir affaire à une simple contusion du coude.

Cependant la douleur persiste, et le lendemain je procède à un nouvel examen: il n'y a, comme la veille, ni difformité ni gonflement du membre. J'imprime des mouvements sans déterminer de douleur, mais en saisissant et fixant avec la main droite l'extrémité supérieure du radius, et en imprimant avec la gauche des mouvements de rotation à l'extrémité inférieure, je puis me convaincre que ces mouvements ne sont point communiqués à l'extrémité supérieure, qu'ils se passent à quelques centimètres au-dessous, et qu'au point où ils ont lieu existe une crépitation obscure, ou mieux un frottement présentant les caractères de deux surfaces cartilagineuses frottant l'une contre l'autre.

OBSERVATION III. — *Disjonction de l'épiphyse humérale supérieure par action musculaire. Large décollement du périoste. Suppuration. Mort.* — Vincent (Léontine), âgée de treize ans, brodeuse, entre le 26 janvier 1855 à l'hôpital de la Charité (service de M. Velpeau).

Cette jeune fille, bien constituée, habituellement bien portante, était occupée à détacher de la muraille un métier à broder situé au-dessus de sa tête, lorsqu'elle ressentit subitement un craquement suivi d'une vive douleur dans l'épaule gauche. La malade continua à broder malgré la douleur qu'elle éprouvait; le lendemain, les mouvements furent plus douloureux, et bientôt impossibles. Quelques jours plus tard, l'épaule fut tuméfiée et rouge; la fièvre se déclara, et le 26 janvier on constatait l'état

suivant : tuméfaction considérable de l'épaule et du bras gauche, avec une peau d'un rouge pâle uniforme; l'empatement paraît occuper toute l'épaisseur du membre; chaleur vive des parties malades, douleur aiguë à la moindre pression, pas de déformation ni de mobilité anormales, pas de raccourcissement ni d'allongement, pas de fluctuation, mouvements impossibles, fièvre. On prescrit quinze sangsues, cataplasmes émoullents.

Le 30 janvier, une incision pratiquée à la face externe du bras donne issue à une grande quantité de pus, et l'on pénètre dans un vaste foyer profond.

Le gonflement diminua, mais la suppuration continua, et successivement plusieurs trajets fistuleux s'établirent; on constata que l'extrémité supérieure de l'humérus était nécrosée. Cependant la diarrhée survint et tous les accidents de la fièvre hectique; la malade expira le 9 mars.

L'autopsie permit de constater l'existence d'un vaste foyer purulent, occupant le creux de l'aisselle et limité par le deltoïde et le grand pectoral. Au fond du foyer, on trouve l'humérus dont la tête a été séparée du corps au niveau de l'union de l'épiphyse. La surface de la solution de continuité, du côté de l'épiphyse, est concave, recouverte d'une couche osseuse assez épaisse, et reçoit l'extrémité du fragment diaphysaire, qui est convexe. Le fragment épiphysaire, espèce de calotte hémisphérique, est appliqué contre la cavité glénoïde par les muscles qui s'y insèrent et par la capsule articulaire. Le fragment diaphysaire est nécrosé dans son tiers supérieur, et déjà commençait le travail d'élimination. Le périoste se continuant avec l'épiphyse est décollé dans l'étendue de la moitié de la diaphyse.

Cette observation me paraît établir que l'action musculaire seule peut séparer l'épiphyse humérale supérieure, même à un âge assez avancé, et quand on songe au mode d'insertion des muscles de l'épaule, on remarquera qu'aucune autre région n'est aussi bien disposée pour favoriser ce mécanisme. Du reste, il ne s'agit pas ici d'un simple décollement, mais bien d'une véritable fracture épiphysaire. Enfin l'étendue du décollement périostique me paraît avoir été la cause ici des accidents qui ont fini par entraîner la mort.

Les observations de décollement des extrémités épiphysaires, produites pendant la vie et vérifiées par l'inspection directe, sont encore assez rares pour qu'il vaille la peine d'en rapporter de nouveaux exemples.

Gurtl, dans son excellent ouvrage sur les fractures (1), a réuni tous les faits connus, au nombre de dix-huit, dont quatre ont trait à l'épiphyse inférieure du radius. En même temps que cet os, c'est l'épiphyse supérieure d'humérus et l'épiphyse inférieure du fémur qui paraissent être le plus sujettes à cet accident. En voici un cas publié par le docteur Boeckel (2):

OBSERVATION IV. — *Décollement de l'épiphyse inférieure du radius.* — Un garçon de douze ans, Robert Stahl, de Monswiller, près de Saverne, voulant grimper sur un arbre, tombe d'une hauteur de 8 mètres à peu près sur le sol. On le relève avec une lésion grave du poignet gauche. Le docteur Roesch constate que l'extrémité inférieure du radius a traversé les téguments de la face antérieure de l'avant-bras, et trouvant cet os recouvert d'une couche de cartilage, il suppose une luxation du poignet. L'os déplacé est immédiatement réduit et maintenu par un appareil approprié; mais bientôt la gangrène s'empare du membre et ne se limite qu'au coude.

Le 22 septembre 1866, dix jours après l'accident, je suis appelé à pratiquer l'amputation du bras. En examinant le même amputé, je trouve les lésions suivantes: l'épiphyse inférieure du radius, épaisse de 5 millimètres et ayant entraîné le cartilage de conjugaison, est séparée du corps de l'os; sur sa face postérieure elle est surmontée par un fragment de la couche corticale de la diaphyse, corrodée par le pus, et en voie de nécrose.

Le cubitus est divisé par une fracture dentelée, transversale, à 3 centimètres

(1) Gurtl, *Lehre von den Knochenbrüchen*. Berlin, 1862.

(2) Boeckel, *Gazette médicale de Strasbourg*, 1867, n° 11.

au-dessus de son extrémité inférieure. L'articulation du poignet n'est pas ouverte. Au bout d'un mois, le petit amputé était guéri.

OBSERVATION V. — *Décollement épiphysaire de la cinquième vertèbre cervicale, et fracture de la clavicule produite dans l'accouchement.* — La femme Lefort se présente à la Maison d'accouchements, le 4 mars 1853; âgée de vingt-quatre ans, elle compte déjà deux accouchements et deux fausses couches. Sa taille est de beaucoup inférieure à la moyenne, ses jambes sont difformes, surtout la gauche, qui fait avec la cuisse un angle considérable à sinus externe.

Le bassin, mesuré par le toucher, présente 0,091 de la symphyse à l'angle sacro-vertébral, lequel est assez souvent atteint par le doigt indicateur.

Cette femme est arrivée au terme de sa grossesse après un travail de vingt-quatre heures, la poche se rompt spontanément, et l'on reconnaît une présentation de l'épaule. La dilatation était suffisante pour permettre l'introduction de la main, on opère la version qui présente les plus grandes difficultés. L'extraction de la tête surtout est excessivement pénible. Les tractions, quoique faites méthodiquement par des mains habiles et exercées, ont été telles, qu'on a dû prévoir que certaines fractures s'étaient produites.

*Autopsie* pratiquée vingt-quatre heures après la mort. — La clavicule gauche est brisée, les fragments ont chevauché l'un sur l'autre, de telle sorte que le fragment interne est au-dessus de l'externe. Les fragments sont taillés de bas en haut et de dehors en dedans; il résulte de cette fracture une mobilité extrême du bras gauche.

La cinquième vertèbre cervicale est fracturée, ou plutôt il y a en ce point décollement des épiphyses. La partie articulaire supérieure et les deux apophyses articulaires supérieures sont restées en rapport avec la quatrième vertèbre cervicale; mais le corps de la vertèbre a été violemment arraché de son épiphyse, et est descendu de façon qu'on voit à la région cervicale antérieure, sous les muscles longs, un épanchement de sang qui fuse vers la poitrine sans y pénétrer, et au-dessous une déchirure complète du ligament vertébral antérieur et un écartement d'environ un centimètre existant entre le corps et l'épiphyse supérieure de la cinquième vertèbre; il n'y a pas en ce point rupture de la dure-mère, ni des artères vertébrales; quelques veines seules ont été déchirées; en ouvrant le canal rachidien en arrière, on ne peut pas soupçonner la lésion qui existe en avant.

On constate une lésion non moins grave au niveau du trou occipital. C'est la rupture transversale de la dure-mère en arrière, au point où, de rachidienne, elle devient céphalique. Un épanchement de sang existe au niveau du tissu fibreux qui forme les ligaments altoïdo et axoïdo-occipitaux postérieurs.

La moelle a été tirillée en ce point, et c'est sans doute cette lésion qui a été le plus immédiatement mortelle. Il y a le long du canal rachidien du sang échappé entre la dure-mère et les os. Il n'y a point d'épanchement dans la cavité séreuse. Le cerveau n'est pas ramolli, et ne présente aucune lésion appréciable.

En résumé, on peut admettre avec Foucher les conclusions suivantes:

1° L'épiphyse peut se séparer de la diaphyse, soit traumatiquement, soit spontanément (et dans ce dernier cas le décollement épiphysaire n'est qu'un épiphénomène survenant dans le cours de la syphilis ou d'autres affections, de celles du périoste, et en particulier des abcès sous-périostiques décrits par Chassaignac).

2° La disjonction épiphysaire traumatique est d'autant plus facile à produire, toutes choses étant égales d'ailleurs, que l'enfant est plus jeune.

3° Le lieu de séparation de l'épiphyse et de la diaphyse varie suivant l'âge et la cause. Sous ce rapport, il y a trois points d'élection: 1° l'union de la couche chondroïde et la couche spongioïde; 2° l'union de la couche spongioïde et du tissu spongieux; 3° le tissu spongieux lui-même.

4° Quel que soit le siège de la lésion, elle se rattache toujours par sa nature aux solutions de continuité, aux fractures, et par le mécanisme de sa production, elle se rapproche des luxations.

5° C'est, en effet, l'exagération de certains mouvements qui est la cause efficiente la plus ordinaire des disjonctions épiphysaires. L'action musculaire n'a qu'une influence secondaire.

6° La surface de la solution de continuité est alternativement convexe et concave, et le périoste est largement décollé sur la diaphyse.

7° Des disjonctions, les unes sont intra-articulaires, les autres extra-articulaires, considération importante au point de vue du pronostic.

#### CHAPITRE IV

##### PÉRIOSTITE AIGUE CHEZ LES ENFANTS

Il y a une périostite aiguë et une périostite chronique. Cette dernière est toujours de nature scrofuleuse et syphilitique.

La périostite aiguë a été décrite sous les noms de *périostite suppurée* par Howe, Pearson, Wiers, Bérard, Maisonneuve, etc.; *nécrose aiguë* par Boyer, etc.; *d'abcès sous-périostiques aigus* par Chassaignac (1); *ostéite épiphysaire aiguë* par Klose et Gosselin; *ostéo-périostite juxta-épiphysaire* par Gamet; de *décollement des épiphyses*; *ostéomyélite*; *de typhus des membres*, en raison des phénomènes typhoïdes qui accompagnent ordinairement cette maladie; de *médullite aiguë* ou *inflammation primitive aiguë de la moelle des os* par Culot (2), etc.

Cette richesse synonymique indique notre misère nosologique ou, si l'on veut, l'incertitude où se trouve encore la nosographie relativement à la nature du mal. Je n'ai pas l'expérience nécessaire pour résoudre définitivement ce problème pathologique, mais d'après les faits que j'ai observés je me rattache en ce moment encore à l'opinion de Chassaignac, qui considère les cas de ce genre comme étant une périostite aiguë produisant, selon son siège sur telle ou telle autre partie d'un os long, un abcès sous-périostique, une nécrose aiguë ou un décollement épiphysaire; que cette maladie est habituellement très-grave et très-rapide, presque toujours accompagnée de phénomènes typhoïdes et compliquée de résorption purulente, d'endocardite secondaire et d'embolies granuleuses.

J'ai observé douze cas de périostite aiguë chez les enfants; six à l'hôpital, et situés au fémur et au tibia, suivis d'un abcès sous-périostique considérable, tous suivis de mort en quelques jours, au milieu de phénomènes typhoïdes et emboliques; quatre en ville dont deux suivis de mort dans les mêmes conditions; l'un avec les docteurs Plomb et Maisonneuve, l'autre avec les docteurs Moreau et Barré; le troisième à la tête de l'humérus avec Lanelongue, le quatrième au péroné avec Delthil mais ceux-là ont guéri. J'en ai vu en fin de deux autres à l'hôpital, qui ont été suivis de guérison. Dans l'un de ces cas, la périostite aiguë, située au tibia, a été suivie d'un abcès sous-périostique que j'ai incisé de bonne heure. Dans l'autre, la périostite aiguë occupant le troisième métacarpien, la face antérieure des os du tarse et la tête de l'humérus gauche, a guéri par résolution.

Habituellement, la périostite phlegmoneuse aiguë débute sous l'influence du froid ou d'une forte contusion, aidée d'un état dyscrasique rhumatismal ou scrofuleux. Mais souvent on ne trouve rien qui révèle avec quelque certitude l'existence antérieure d'un vice scrofuleux ni rhumatismal.

Ainsi, dans un relevé de quarante-sept cas publié par Culot, il en est vingt-deux qui résultaient d'une violence extérieure; douze attribués à l'action du froid; trois

(1) Gosselin, *Clinique chirurgicale de la Charité*, 3<sup>e</sup> édit., Paris, 1878, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, Paris, 1878, t. XXV, art. Os.

(2) Culot, Thèse de doctorat.

à la fatigue; trois au froid et à la fatigue réunis, enfin six qui seraient venus spontanément, c'est-à-dire sans cause appréciable.

Entre l'impression morbide et la réaction malade, le temps est très-variable. Dans certains cas, c'est au bout de quelques heures qu'ont paru les premiers symptômes, et ailleurs il a fallu de trois à quinze jours écoulés entre la cause morbide et ses effets.

Alors, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas eu de cause appréciable pour favoriser l'apparition des accidents, apparaît une douleur locale.

Cette douleur, d'abord peu intense, devient assez forte: elle est continue, s'accroît pendant la nuit, s'exaspère par les mouvements et par le toucher, et elle est quelquefois intolérable.

Peu après la douleur apparaissent de la tuméfaction, de l'empâtement et de l'œdème plus ou moins profonds, selon le siège de la périostite, et il y a de la rougeur si l'os affecté est superficiel.

Chez quelques malades, il y a développement du réseau veineux superficiel. L'empâtement et l'œdème augmentent rapidement, puis il survient une fluctuation, obscure si l'os est profond, évidente si l'os est placé sur la peau.

A ce moment, il faut inciser largement l'abcès, et l'on en voit sortir du pus fétide ou inodore, parfois mélangé de gouttelettes huileuses comme l'ont indiqué Chassaignac, Andréa et Roser. Au fond du foyer, l'os est nu, et si l'abcès occupe l'extrémité de l'os, il y a souvent décollement épiphysaire ou envahissement de l'articulation par le pus.

Par l'incision, les douleurs cessent ou diminuent seulement; mais si la douleur persiste, c'est que la périostite suppurée se complique d'inflammation du tissu osseux caractérisant l'ostéomyélite.

Avec ces *phénomènes locaux* existe une fièvre assez vive avec une élévation de température pouvant atteindre 39 ou 40 degrés. Il peut n'y avoir pas d'autres accidents généraux, mais souvent le mal produit des phénomènes typhoïdes graves. L'enfant est très-abattu, dans un état d'adynamie profonde et son visage terreux exprime la stupeur. Quelques malades n'ont pas cette complication et la périostite reste locale et n'a pas d'autre retentissement sur l'organisme que l'état fébrile.

Habituellement il n'en est pas ainsi. Avec la stupeur, l'adynamie, le subdélirium, la sécheresse de la langue et de la peau, la fuliginosité des lèvres, il y a un pouls dicrote très-fréquent, une chaleur très-vive, de la toux avec râle sibilant et ronflant dans les deux poumons, des urines épaisses, parfois albumineuses, et enfin une endocardite secondaire avec de la péricardite plus ou moins caractérisée. Dans ces cas, on entend un souffle de la pointe au premier bruit et quelquefois du frottement, comme l'a indiqué M. Culot.

Dans cette *forme typhoïde*, la périostite suppurée est constamment mortelle, mais il y a des cas où la maladie conserve la *forme inflammatoire* sans complication. Alors elle peut guérir après avoir donné lieu à un abcès qu'on a pu ouvrir ou sans abcès, par résolution, ce qui est extrêmement rare. Klose et Bœckel en ont cité des exemples. J'en ai vu un troisième.

Quand la périostite phlegmoneuse aiguë devient grave et qu'elle s'accompagne d'accidents typhoïdes, elle tue par *résorption purulente* ou par *embolies capillaires*, ce qui est absolument la même chose, et la mort a lieu en trois jours (Bouchut-Bœckel); en cinq jours (Colson-Marjolin); en huit et dix jours, comme je l'ai vu avec le docteur Plomb et une autre fois avec le docteur Barré. Il est rare que, sous cette forme, la périostite suppurée puisse guérir; mais, quand cela se rencontre, il y en a pour longtemps, car l'os nécrosé doit être éliminé, ou, si l'épiphyse