

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^e 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

a été décollée en même temps que l'articulation a été le siège d'inflammation synoviale, il en résulte des fistules et des ankyloses qui sont de véritables infirmités.

Chez les enfants qui succombent, on trouve des lésions osseuses toutes spéciales et des lésions viscérales qui attestent l'existence d'une résorption purulente, ou, si l'on veut, d'un empoisonnement par embolies capillaires disséminées dans les poumons, les séreuses et les muscles.

Comme lésion locale, on trouve le périoste épaissi, décollé de l'os dans une plus ou moins grande étendue et l'os baigné de pus verdâtre. Le pus infiltre également le tissu cellulaire et le tissu musculaire des parties avoisinantes.

L'os est malade parfois superficiellement, et ailleurs dans toute son épaisseur. Il pénètre dans les canalicules osseux de Havers, dans les alvéoles du tissu spongieux et se répand dans la moelle centrale. C'est ce qui autorise les noms d'ostéo-myélite et de médullite donnés à cette maladie, dont le point de départ est le périoste.

Chez quelques enfants, la suppuration a gagné le lieu de jonction du cartilage épiphysaire avec la diaphyse. De là résulte la disparition de ce cartilage et le décollement de l'épiphyse.

Dans les os plats comme dans les os longs, les lésions sont les mêmes, et il n'y a que les conséquences qui puissent différer.

Avec ces lésions des os existent aussi celles des articulations du voisinage. Il peut n'y avoir qu'une arthrite contiguë, comme l'a dit Klose, mais plus souvent le pus s'infiltre dans l'articulation par perforation du cartilage articulaire et remplit la synoviale. C'est ce que j'ai vu à Sainte-Eugénie sur une jeune fille qui avait une périostite suppurée de l'extrémité inférieure du fémur.

Chez quelques malades, on trouve l'os nécrosé et des séquestres en voie d'élimination, mais il faut que la maladie ait duré longtemps. Ce sont des cas assez rares.

Comme lésions générales des viscères, dues à la résorption des produits morbides sous-périostiques, voici ce qu'on trouve :

Quelquefois la phlébite des gros troncs du membre affecté (Stone), ce qui explique les métastases cardiaques, pulmonaires et autres.

La suffusion séreuse des méninges, l'infiltration purulente de la pie-mère, avec purulence des veines méningées (Louvet), des abcès du cerveau (Stone).

Les poumons, remplis de noyaux d'apoplexie pulmonaire ou infarctus apoplectiques noirs, quelquefois décolorés au centre comme ceux que j'ai décrits pour la diphthérie (1), enfin de véritables abcès métastatiques (Chipault, Petit-Raymond, Stone).

Les plèvres remplies de liquide séro-purulent ou sanguinolent et parfois tapissées de fausses membranes.

Le péricarde, souvent distendu par du liquide séreux ou séro-purulent en quantité de 4 à 500 grammes. Quant à ses parois, elles sont parfois recouvertes de fausses membranes irrégulières plus ou moins épaisses (Marjolin, Tavignot, Gadaud, Petit-Raymond, Giraldès, Thaon, Stone).

La substance du cœur est molle, grisâtre, granuleuse et grasseuse, comme dans la myocardite du croup et de la diphthérie. Elle renferme des ecchymoses et souvent de petits abcès métastatiques (Gadaud, Stone, etc.).

Les valvules sont toujours malades, comme dans toutes les maladies graves de l'enfance, quelle qu'en soit la nature. La mitrale est toujours celle qui offre les altérations les plus fortes. Dans les cas habituels, c'est une endocardite végétante

(1) Bouchut, *Traité des maladies des nouveau-nés*. Voir le chapitre DIPHTHÉRIE.

simple avec thromboses fibrineuses ou cruoriques (Bouchut, Martin), mais, dans quelques cas, il y a véritable endocardite ulcéreuse. Ainsi sont les faits de Martin et de Giraldès.

Dans le ventre, Stone a trouvé une fois du liquide purulent. La rate est toujours gonflée, noirâtre, ramollie. Le foie est volumineux, gros, mais rarement il renferme des abcès. Il n'en est pas de même des reins, qui offrent presque toujours de la néphrite parenchymateuse, brightique, et souvent de nombreux abcès de la substance corticale (Chipault, Stone, etc.).

Dans les articulations éloignées du lieu de la périostite suppurée, il y a souvent des collections purulentes métastatiques (Gadaud) qu'on a trouvées aussi dans la vie de relation, dans le grand pectoral (Gadaud), dans les jumeaux (Bouchut), etc.

Toutes ces métastases ne se trouvent pas réunies ensemble sur le même sujet, mais elles sont très-nombreuses et attestent bien que la mort a été le résultat d'une résorption des produits morbides sous-périostiques.

Voilà ce que c'est que la périostite suppurée dans les cas graves. Si on la compare avec le fait que je rapporte, on verra les différences. Ici, pas d'état typhoïde et par conséquent de résorption purulente. C'est une périostite aiguë heureusement terminée par suppuration.

OBSERVATION. — Marie L..., âgée de cinq ans et demi, est amenée à l'hôpital le 18 juillet 1873, parce qu'elle a de la fièvre, de la toux depuis trois jours, et qu'elle souffre beaucoup du bras gauche, de la main gauche et du pied.

Elle est sortie, il y a peu de temps, d'une salle de chirurgie où elle avait été admise pour une maladie des yeux.

Tuméfaction considérable de tout le moignon de l'épaule gauche, se prolongeant le long du bras, mouvements très-douloureux; au-dessous de la tête de l'humérus la partie supérieure de l'os est gonflée; veines formant de gros et nombreux sillons bleuâtres sous la peau; le coude est gonflé et un peu douloureux, sans rougeur; l'humérus est douloureux dans toute sa longueur. — *Rougeur, gonflement et douleur vive sur le cou-de-pied gauche* au niveau du tarse, au-dessous de l'articulation tibio-tarsienne; impossibilité des mouvements à cause de la sensibilité extrême des parties. — *Rougeur et tuméfaction avec douleur assez vive à la partie dorsale du troisième métacarpien et de l'articulation métacarpo-phalangienne* du médium droit. — Rien du côté des autres articulations.

Langue large, humide, un peu chargée. Appétit à peu près nul. Ventre souple, indolent. Pas de diarrhée.

Toux grasse assez fréquente. Quelques râles muqueux aux deux bases. Rien au cœur.

Double conjonctivite catarrhale assez intense, avec irritation assez vive de la peau au pourtour des yeux. T. 40°,6.

19 juillet. — T. 39°,2. — Même état. M. Bouchut, se fondant sur le siège du gonflement, qui non-seulement occupe le moignon de l'épaule, mais s'étend à toute la longueur du bras, sur tout le développement du réseau veineux sous-cutané de l'épaule, pense qu'il ne s'agit pas là d'un rhumatisme articulaire, mais bien d'une périostite phlegmoneuse de l'extrémité supérieure de l'humérus droit. Les autres points malades (tête du troisième métacarpien de la main droite et cou-de-pied gauche) sont le siège d'une lésion semblable.

Il n'y a pas de nouveaux points douloureux ni d'autres articulations envahies. — Pas d'albumine dans l'urine.

Soir. — T. 39°,5. — La longueur et le gonflement se sont étendus à toute la longueur du troisième métacarpien (main droite). — Pas d'appétit. Pas de selle.

Prescription : Bain simple. Onctions sur les parties malades avec la pommade ci-dessous :

Axonge et onguent mercuriel en parties égales.

Ouate par-dessus.

20 juillet. — T. 39°, 2. Soir, T. 39°, 4. — L'épaule et le pied sont moins douloureux, le gonflement de la main a augmenté.

22 juillet. — Beaucoup moins de gonflement de l'épaule; les veines sont à peine apparentes aujourd'hui; les mouvements sont plus faciles, plus étendus et moins douloureux. Moins de gonflement au niveau de la tête du troisième métacarpien droit; encore un peu de rougeur. Mieux évident, mais toujours pas d'appétit. — Matin, T. 39°. Soir, T. 39°, 5.

23 juillet. T. 39°, 2. — La tuméfaction de l'épaule gauche a encore diminué; l'enfant peut porter sa main sur sa tête. Le gonflement et la rougeur ont diminué à la main droite et presque disparu au pied gauche; la douleur est toujours assez vive en ce dernier point. — Bagnols, 100 grammes. — Pas d'appétit, pas de diarrhée. — Soir, T. 40°, 2.

24 juillet. — Le mieux continue du côté des trois régions primitivement affectées. Mais, du côté de la poitrine, on trouve aujourd'hui, à la base gauche, de la diminution de la sonorité à la percussion et des râles crépitants, un peu gros, assez nombreux, sans souffle; cependant l'enfant tousse moins. — Matin, T. 39°. Soir, T. 40°.

25 juillet. — T. 39°. Soir, T. 39°, 8. — Beaucoup moins de râles à la base gauche. — Il semble qu'il y ait eu peu de fluctuation au niveau du troisième métacarpien droit. — Un peu meilleur appétit.

29 juillet. — T. 38°. Soir, T. 38°, 7. — Le gonflement a presque complètement disparu du côté du bras gauche, et depuis quelques jours déjà il ne reste plus trace du réseau veineux signalé précédemment. Les mouvements sont de plus en plus faciles. — Même état à peu près de la main droite et du pied gauche.

6 août. — Les mouvements de l'épaule sont complètement revenus, et il n'y a plus ni gonflement, ni douleur. — Il ne reste plus trace de gonflement ni de rougeur au cou-de-pied gauche; la douleur a également cessé. — Au milieu de la tête du troisième métacarpien de la main droite, il existe toujours un gonflement assez marqué, profond, pâteux, sans rougeur de la peau; les mouvements de l'articulation correspondante sont toujours assez douloureux, ainsi que la pression sur la tête métacarpienne, soit par la face dorsale, soit par la face palmaire; mais cette douleur est beaucoup moins vive que par le passé. — L'enfant tousse toujours beaucoup; rien à l'auscultation. — L'appétit revient.

14 août. — Il reste à peine aujourd'hui un léger gonflement de la tête du métacarpien; la pression n'y détermine plus de douleur; les mouvements de l'articulation correspondante sont tout à fait libres.

L'enfant est rendue à ses parents.

Dans cette observation, le diagnostic est de la plus grande évidence. L'extrémité supérieure de l'humérus est gonflée et entourée d'un empatement douloureux considérable, avec gêne de la circulation veineuse superficielle et chaleur vive de la peau. Il en est de même à la face dorsale de la main droite, au niveau du troisième métacarpien, mais là, outre le gonflement, l'empatement et la douleur, il y a presque de la fluctuation, et l'on constate une rougeur vive de la peau.

Au pied gauche, des lésions semblables existent au niveau des os du tarse, près de l'articulation tibio-tarsienne.

On ne peut hésiter sur le siège du mal, qu'il faut placer dans l'os et son périoste.

La question de nature est plus embarrassante, et l'on peut se demander si ce n'est pas là de la scrofule osseuse à l'état aigu plutôt qu'une périostite phlegmoneuse aiguë.

Pour moi, c'est une périostite aiguë parce que le mal date de trois jours au moment de l'entrée à l'hôpital, parce qu'il y a une fièvre qui varie de 40°, 6 le soir à 39°, 2 le matin, pendant huit jours. C'est alors seulement que le thermomètre ne marque plus que 38° degrés le matin et 38°, 7 le soir. Ce ne fut qu'après vingt-deux jours que la température revint à 37°, 6 le matin et 37°, 2 le soir. Alors l'enfant était guéri.

Les inflammations scrofuleuses des os ne marchent pas ainsi et surtout ne se terminent pas de cette façon.

C'est bien évidemment une périostite phlegmoneuse aiguë avec tous les caractères anatomiques habituels. Elle n'a présenté de spécial qu'un cortège de symptômes moins graves que de coutume. Elle a gardé la *forme inflammatoire sans complication typhoïde*, et de plus elle s'est terminée par *résolution*, ce qui est très-rare. Comme je l'ai dit plus haut, c'est peut-être le troisième cas qu'on trouve dans la science sur une cinquantaine d'observations publiées.

Maintenant que j'ai fait connaître ce cas particulier de périostite phlegmoneuse, et ce qui se rapporte à la nature générale de cette maladie, je vais indiquer quel est mon traitement.

La thérapeutique de la périostite phlegmoneuse aiguë doit être active, énergique et prompt. C'est ici que l'intervention médicale est très-utile, car l'on a peu à espérer des efforts bienfaisants de la nature.

Au début, quand les enfants sont pris violemment et subitement d'une douleur profonde des membres et de l'os, il faut appliquer des sangsues pour arrêter la phlogose locale et faire tomber la température de la fièvre.

Si le mal date de quelques jours et paraît tout à fait formé, les sangsues deviennent inutiles et ne peuvent arrêter le travail phlegmasique. On doit alors se borner à des pommades résolutive et à des applications émollientes. La pommade que je préfère est celle que j'ai fait préparer pour notre malade guérie.

Elle se compose de :

Axonge.....	30 grammes.
Onguent mercuriel.....	10 —

Cette pommade sur les parties malades, de la ouate et une bande peuvent suffire pour empêcher l'apparition de la fluctuation et amener la résolution de la périostite. Cela est rare sans doute, mais le fait actuellement dans mon service vous démontre que la chose est possible.

En même temps qu'on emploiera cette pommade, on donnera 25 milligrammes ou 5 centigrammes d'opium pour calmer les douleurs.

Ce qu'il faut chercher avec soin dans les cas de ce genre, c'est l'instant de formation du pus révélé par la fluctuation. Cela est de la plus haute importance. En effet, le danger de la périostite phlegmoneuse aiguë, c'est la formation d'un *abcès sous-périostique* ou bien le *décollement des épiphyses* par la suppuration du cartilage interdiaphysaire.

Si l'on ne peut éviter la suppuration, il faut empêcher les désordres qu'elle entraîne à sa suite, et qui sont le décollement du périoste et le détachement épiphysaire. C'est en cherchant à reconnaître, à ses premiers instants, la formation du pus sous le périoste et autour de l'os, pour ouvrir le foyer avant qu'il ne s'étende bien loin, qu'on est utile au malade.

Lors donc que la maladie suit sa marche ascendante et que du pus se forme, il faut ouvrir largement le foyer jusqu'à l'os, qui est souvent à nu, faire des lavages et se conduire comme dans une plaie simple. Dans le cas où l'épiphyse est décollée, il faut immobiliser le membre dans une gouttière, et, s'il y a des séquestres, attendre leur mobilité pour les extraire.

Comme traitement général, si la périostite phlegmoneuse aiguë reste dans la forme inflammatoire avec peu de fièvre et sans phénomènes typhoïdes, on devra laisser les enfants à leur régime ordinaire et leur donner un peu moins à manger que d'habitude. Mais s'il y a des phénomènes typhoïdes, il faut apporter plus d'attention

au régime et contraindre les enfants à prendre quelques aliments. Il faut alors prescrire de la macération de quinquina; 30 à 50 grammes de purée de viande crue, seule ou délayée dans du bouillon froid, et donner à boire du madère ou du xérès dans de l'eau sucrée à la place du vin ordinaire.

CHAPITRE V

NÉCROSE DU MAXILLAIRE ET ABCÈS DU SINUS MAXILLAIRE

J'ai souvent observé la nécrose des maxillaires à la suite de la *stomatite ulcéro-membraneuse* (1), et consécutivement à cette nécrose plus ou moins étendue j'ai recueilli des séquestres dont l'élimination est assez rapide et après laquelle la guérison n'est pas longue à se produire. Seulement après cet accident qui entraîne la perte des germes de la seconde dentition, la gencive se ferme et pour la vie reste dépourvue de dents. Le fait est plus rare chez le jeune enfant. En voici un exemple.

OBSERVATION. — *Abcès du sinus maxillaire et carie de l'os.* — Dans un cas, chez un enfant de deux mois, à la suite d'un coryza, l'inflammation de la muqueuse nasale a passé dans le sinus et produit un abcès qui s'est ouvert sur le bord gingival en deux endroits et à la voûte palatine. L'os était mou comme du carton mouillé et le stylet sentait l'os ramolli, friable et réduit en débris.

CHAPITRE VI

EXOSTOSES

Les exostoses sont rares chez les enfants. Elles se montrent accidentellement à la suite d'une contusion de l'os ou d'une fracture, ou bien elles sont le résultat d'une ostéite syphilitique ou scrofuleuse. J'en ai vu plusieurs exemples sur le crâne qui se sont terminés par suppuration, formant des nécroses superficielles de l'os, et au bout de plusieurs mois se terminant par guérison.

Souvent elles ne donnent lieu à aucun accident, mais chez quelques enfants elles gênent les mouvements et il faut les enlever. Ainsi Bœckel a vu une petite fille de sept ans qui avait un grand nombre d'exostoses en général symétriques. L'une d'elles, placée sur le cubitus, gênait la prononciation, et l'on a dû l'enlever, opération suivie de guérison et de rétablissement des mouvements. C'était, d'après l'examen histologique, une *exostose ostéo-cartilagineuse*.

Traitement. — Tant qu'elles ne gênent pas les mouvements, il n'y a pas à les enlever, et les résolutifs sont seuls utiles. Pour les faire dissoudre, il faut employer l'emplâtre de Vigo pendant un mois, les frictions de pommade iodurée, 2 grammes d'iodure de plomb pour 30 d'axonge, ou au chlorhydrate d'ammoniaque, 3 à 5 grammes pour 30 d'axonge, les douches de vapeur, l'électrisation par courants continus, les douches de Bourbonne-les-Bains, de Luchon, de Cauterets ou de Bâges, l'iodure de potassium à l'intérieur, enfin la liqueur de Van Swieten et le protoiodure hydrargyrique si la lésion dépend d'une diathèse syphilitique.

(1) Voyez ce mot.

LIVRE XXV

MALADIES DES MUSCLES

CHAPITRE UNIQUE

OSSIFICATION DES MUSCLES OU MYOSITE OSSIFIANTE

Ce qu'on appelle quelquefois *myosite ossifiante* ou ossification des muscles est une maladie très-rare. Plusieurs faits de ce genre ont été rapportés par C. Hawkins, par Rogers (1), Wilkinson (2), Testelin (3); enfin, au Muséum du Collège royal des chirurgiens d'Angleterre, on trouve un beau spécimen de cette affection (4).

Nous rapporterons les cas suivants dus à Skinner (5) ou au docteur Huth.

OBSERVATION. — *Ossification des muscles.* — Jeune enfant âgé de treize ans. Ses parents sont vivants, jouissent d'une bonne santé, et ne sont entachés d'aucune affection héréditaire ou constitutionnelle. Ils ont eu huit enfants; notre petit malade est le second. L'un d'eux est mort à l'âge de quatre ans d'une bronchite; un autre relève en ce moment d'une attaque de pleurésie. A ces deux exceptions près, tous les autres enfants sont très-bien portants.

Depuis sa naissance jusqu'à six ou sept ans, notre malade était un bel enfant jusqu'alors bien portant, lorsqu'il y a six ans, sans cause connue, on vit un petit gonflement se produire derrière le cou.

Au bout d'une semaine, cette petite tumeur disparut, et l'on put en observer une autre derrière l'épaule droite. Trois semaines plus tard, les bras se roidirent peu à peu et trois mois s'étaient à peine écoulés que ses membres étaient fixés au point que l'enfant dut recevoir ses aliments de la main d'une autre personne. De temps à autre cependant il était parvenu avec grande difficulté à se servir de ses bras. Depuis ce moment jusqu'à ce jour, plusieurs petites masses se sont formées dans diverses parties du corps, surtout vers le rachis et le thorax, et chaque contusion est invariablement suivie de l'apparition d'une semblable tuméfaction, précédée de douleur, sensibilité et mouvement fébrile.

Aujourd'hui nous constatons l'état suivant :

L'enfant est un peu courbé; ses épaules sont contractées; l'articulation gauche possède encore un peu la faculté de se mouvoir, celle de droite est immobile; les bras ne peuvent plus être étendus, ils sont à demi fléchis devant l'abdomen. La poitrine est étroite, très-aplatie de chaque côté à la jonction des côtes avec leur cartilage, et présente quelques nœuds. Les mouvements thoraciques de la respiration ne s'exécutent plus.

L'abdomen est bien conformé; les membres inférieurs, très-droits, n'offrent aucune trace de rachitisme.

La colonne vertébrale est privée de mouvement, les omoplates sont fixes; les fesses et les extrémités inférieures n'ont rien d'anormal.

Le toucher fait sentir sous les côtes de nombreuses petites projections.

Les muscles pectoraux à droite sont complètement fixés et convertis en une substance dure, osseuse. Le bord inférieur du grand pectoral présente, à partir d'un point correspondant au mamelon droit, une série de petits nodules qu'on peut suivre en remontant vers l'aisselle, et qui se prolongent dans l'épaisseur du biceps jusqu'à son

(1) Rogers, *The American Journal of medical science*, vol. XIII.

(2) Wilkinson, *The medical Gazette*, 1846.

(3) Testelin, *Gazette médicale de Paris*, 1839.

(4) *Pathological Catalogue*, vol. V, p. 138, n° 3367.

(5) W. Skinner, *Medical Times and Gazette*, et *Gazette des hôpitaux*, 1861.