

ment s'impose : arracher l'ongle, et d'un coup de gouge à main abraser la tumeur en creusant la phalange sous son pédicule. Si on laisse, en effet, du cartilage à ce niveau, on est exposé à la récurrence.

QUINZIÈME LEÇON

**CAS ANORMAL D'OSTÉOMYÉLITE PROLONGÉE
DE LA DIAPHYSE FÉMORALE**

- I. — Fistule ossifluente fémorale qui paraît avoir été attribuée à tort à la tuberculose. Intégrité parfaite de la hanche, du rachis. Légère augmentation de volume de la moitié supérieure de la diaphyse. Début à l'âge de dix-huit mois, l'enfant ayant actuellement neuf ans. Probabilité de l'ostéomyélite.
- II. — Opération conduisant dans un décollement périostique occupant une très grande hauteur autour de la diaphyse éburnée.

Le malade dont je désire vous parler aujourd'hui est surtout intéressant pour les élèves qui, régulièrement attachés au service, ont pu à la fois l'examiner attentivement pendant les quelques jours qu'il a passés dans nos salles avant l'opération, et ont ensuite pu voir de près l'acte opératoire qui, tout en confirmant notre diagnostic, nous a fait constater certaines lésions dont nous ne soupçonnions pas l'étendue. Il s'agit, pour vous le dire tout de suite, d'une ostéomyélite prolongée, assez anormale à quelques points de vue.

I

L'enfant me fut adressé à l'hôpital Tenon, le 24 mai 1901, comme atteint d'une fistule ossifluente fémorale d'origine tuberculeuse, et l'on sollicitait de moi l'envoi à Berck-sur-Mer.

La simple inspection fit tout de suite naître des doutes dans

mon esprit, car la fistule n'avait pas le siège et les caractères habituels de celles qu'engendre la tuberculose osseuse. Elle s'ouvrait à la partie interne de la face antérieure de la cuisse, à peine en dedans de la ligne des vaisseaux fémoraux, à peu près à mi-hauteur de la cuisse. C'est déjà un endroit où les fistules par tuberculose osseuse ne sont pas très souvent diaphysaires. Mais il était bien possible qu'une lésion épiphysaire eût engendré un abcès descendant, ouvert loin au-dessous de son point d'origine; aussi mon premier soin a-t-il été de voir si, avec cette fistule, il n'y avait pas quelque signe de coxalgie. Or l'inspection de l'enfant debout ou en marche, l'exploration des mouvements dans le décubitus dorsal, la recherche de la douleur localisée par pression directe sur la jointure, tout cela était absolument négatif. De même, et par acquit de conscience plutôt, j'examinai le genou, que je trouvai tout à fait sain. Enfin, rien de pelvien, rien de rachidien : cela pour éliminer certaines migrations exceptionnelles, mais possibles, d'abcès froids d'abord intra-abdominaux et descendant parfois très bas le long de la gaine des vaisseaux fémoraux.

Donc, si cette fistule avait une origine osseuse — ce qui ne devait pas, à l'avance, faire l'ombre d'un doute — la diaphyse fémorale seule était en jeu, sans trace de retentissement articulaire, sur la hanche en particulier. La seule inspection de l'enfant debout ou marchant permettait de poser cette conclusion d'une manière ferme, et c'est précisément pour cela qu'immédiatement la tuberculose me sembla peu probable, en raison de sa rareté relative sur les diaphyses. Il fallait certainement tenir compte de certaines lésions fémorales tuberculeuses extra-articulaires, portant sur le haut de la diaphyse et surtout sur le grand trochanter. Mais, outre que, dans ces conditions, l'abcès n'a pas coutume de s'ouvrir en avant et en dedans de la cuisse, à la partie moyenne, mais bien plutôt en haut de la face externe ou antéro-externe, nous devions tout de suite nous souvenir que ces lésions, primitivement extra-articulaires, ont une malheureuse tendance à se propager dans le tissu spongieux du col et à gagner peu ou prou la hanche. Or, l'intégrité de la jointure était parfaite et le premier mot de l'inter-

rogatoire nous apprit que la lésion était ancienne : âgé de neuf ans, ce garçon est atteint de cet abcès depuis l'âge de dix-huit mois.

Les caractères objectifs de la fistule n'étaient pas non plus en rapport avec la nature tuberculeuse du mal. Situé au centre d'une ancienne cicatrice rougeâtre, légèrement déprimée, l'orifice était étroit, à bords durs, non décollés, sans trace de fongosités. Par lui, s'écoulait un peu de pus séreux mal lié. Et l'on ne pouvait songer à un petit trajet étroit, conduisant directement sur une petite lésion osseuse bénigne, car, sans rencontrer d'os dénudé, le stylet y entra en remontant et s'enfonça jusqu'à la garde, pénétrant jusque sous le col fémoral, dans la région trochantérienne. Un pareil abcès tuberculeux, sans rien à la hanche, eût été bien étrange.

Par contre, la palpation démontrait que la partie supérieure de la diaphyse fémorale était altérée. Légèrement douloureuse à la pression, elle était surtout un peu modifiée dans sa forme et son volume, un peu plus grosse que celle du côté opposé et de surface inégale, comme vallonnée. On ne pouvait pas parler d'une hyperostose nette, ayant les caractères classiques de l'hyperostose ostéomyélitique, mais il y en avait certainement une amorce; or, dans l'ostéite tuberculeuse, on ne rencontre, en général, rien de semblable.

Restait à confirmer par l'interrogatoire cette première impression; mais ici nous ne trouvâmes rien de caractéristique. Les antécédents héréditaires n'étaient pas à retenir, quoiqu'une sœur de notre malade soit morte à dix mois de méningite; mais le père, la mère, une autre sœur, ne sont en rien suspects de tuberculose. Quant à l'origine de la lésion actuelle, elle est assez mal précisée, car l'enfant a été mis en nourrice à la campagne, et tout ce que nous avons pu apprendre c'est que, vers l'âge de dix-huit mois, apparut dans le dos, le long de la face postérieure de l'omoplate, une grosseur du volume d'un œuf de pigeon, qui s'ouvrit spontanément, suppura pendant un mois, puis se ferma, laissant une cicatrice adhérente à l'os. Et dès qu'elle fut guérie, on s'aperçut qu'il existait à la partie supérieure de la face postérieure

de la cuisse une grosseur qui, elle aussi, s'ouvrit, suppura et se cicatrisa spontanément; mais ici la fermeture ne fut pas définitive, car bientôt après se forma, puis s'ouvrit, à la face antéro-interne de la cuisse, un peu au-dessus de la partie moyenne, un abcès qui aboutit à la fistule actuelle.

Quelle a été, tout au début, l'acuité du processus? Cela est impossible à déterminer d'une manière exacte. Il paraît cependant établi que l'infection initiale n'a pas été très intense, mais, sinon torpide, au moins subaiguë. D'ailleurs, même si l'apyrexie avait sûrement été dès le début parfaite, ou à peu près, cela ne voudrait rien dire, car l'ostéomyélite chronique d'emblée existe même chez l'enfant en bas âge. Et par contre, ces deux localisations successives, avec abcès rapidement formés et rapidement ouverts d'eux-mêmes, parlent en faveur d'une ostéomyélite. D'autant mieux que si, chez l'enfant en bas âge, l'ostéomyélite est quelquefois d'une gravité immédiate considérable, quand elle évolue favorablement elle guérit volontiers avec une rapidité à laquelle elle ne nous a pas accoutumés chez les enfants plus âgés — cela dit pour la cicatrisation rapide et définitive de l'omoplate; — elle guérit aussi sans ces hyperostoses énormes, par os nouveau sous-périosté, qui sont plus tard si fréquentes, — cela dit pour le fémur à peine augmenté de volume quoiqu'il persiste une fistule.

Malgré cette fistule, les accidents locaux ont toujours été insignifiants: peu de fièvre, état général excellent, peu de suppuration, jamais d'élimination de séquestre, pas de douleurs. Aussi la thérapeutique fut-elle à peu près nulle. Il y a quatre ans, cependant, l'enfant fit à l'hôpital des Enfants-Malades un séjour au cours duquel on se contenta de le panser, sans lui faire subir aucune opération; et on aurait dit aux parents que: « ça se passerait en grandissant ».

Vous connaissez mon scepticisme pour le rôle curateur de « la croissance » ou de « la formation » dans les diverses suppurations osseuses. En fait, depuis quatre ans, l'état local n'a pas changé, et, comme je vous l'ai dit, on est venu me demander d'activer, par le séjour au bord de la mer, cette fameuse action de la croissance. Je viens de vous exposer les motifs pour lesquels, au lieu

d'admettre une lésion tuberculeuse, j'ai conclu à une ostéomyélite prolongée ayant débuté chez l'enfant en bas âge. Aussi ai-je conseillé d'attaquer opératoirement l'os malade, car les lésions de l'ostéomyélite prolongée ressortissent à la chirurgie.

II

Dans leur ensemble, je vous rappelle que ces lésions sont les suivantes: le périoste décollé et irrité fabrique de l'os nouveau autour de l'os ancien, nécrosé, vermoulu, raréfié, baignant dans du pus plus ou moins abondant, plus ou moins concret, avec plus ou moins de fongosités. Dans l'espèce, l'examen local m'avait prouvé que l'hyperostose était fort peu accentuée et je m'attendais à trouver, pour expliquer la persistance de la fistule, un séquestre assez superficiel, mais situé assez loin, en haut de la diaphyse probablement, car, comme je viens de vous le dire, le stylet avait filé parallèlement au fémur, jusque sous le col, sans toucher au passage un os dénudé.

Au point de vue purement opératoire, il fallait tenir grand compte du siège de la fistule sur la ligne des vaisseaux fémoraux, à peine en dedans de cette ligne. En principe, étant donnée une ostéomyélite du fémur, quel que soit le siège de la fistule, la meilleure technique est d'aborder l'os par sa face externe, le long de laquelle on peut se donner tout le jour dont on a besoin pour évider une hyperostose, pour extraire un séquestre invaginé. Une fois tout terminé par là, l'ancienne fistule sert à compléter l'intervention et, en particulier, à établir un drainage de part en part.

Mais, dans l'espèce, fallait-il agir ainsi? Je ne l'ai pas pensé, parce que je ne savais pas du tout où j'allais: par la palpation, je ne sentais rien à la face externe du fémur; nulle part je ne retrouvais une hyperostose manifeste, et par la fistule le stylet pénétrait jusque sous le col, le long de la face interne du fémur. Voici donc ce que j'ai fait tout d'abord, en date du 1^{er} juin: pour me mettre à l'abri de toute surprise désagréable du côté des vais-

seaux fémoraux, j'ai commencé par inciser comme pour lier l'artère fémorale à la partie moyenne de la cuisse, en ayant bien soin que l'incision restât en dehors de l'orifice fistuleux et du trajet repéré par l'introduction d'un stylet. Je suis arrivé ainsi sur la gaine vasculaire, j'ai senti l'artère battre, et j'ai débridé de bas en haut le trajet fistuleux, sur la sonde cannelée, parallèlement à la gaine vasculaire et en dedans d'elle. Je n'en étais séparé que par une cloison fibreuse, blanche et dure, épaisse de 2-3 millimètres, et je suis remonté ainsi jusque sous la bifurcation du tronc inguinal en fémorale superficielle et fémorale profonde, jusque sous le col du fémur. Jusque-là le trajet était dur, étroit, contenant un peu de pus concret et de bourgeons charnus.

Une fois à cette hauteur, je ne pouvais plus songer à agrandir mon incision en haut : j'étais arrêté par l'angle de jonction des fémorales superficielle et profonde, lesquelles mettaient d'autre part obstacle à tout débridement en dehors ou en dedans. J'introduisis donc la sonde cannelée, pour déterminer les limites de la poche sous-cervicale, et je constatai que, passant au devant du fémur, juste sous le grand trochanter, elle venait, à peu près transversale, faire saillie sous les parties molles de la région externe de la cuisse. Et dans la poche la curette trouva en petite quantité du pus concret, un peu visqueux et comme glaireux, sans fongosités d'aspect tuberculeux.

Comme je vous l'ai dit, la face externe est la vraie face chirurgicale du fémur. D'autre part, je n'avais jusque-là trouvé aucun os dénudé; et en tout cas il convenait d'établir un drainage aussi large que possible, en m'écartant le plus possible des vaisseaux fémoraux. Sur le bec saillant de la sonde cannelée, je tirai donc franchement une incision externe, longitudinale, et je fus ainsi conduit dans un décollement du périoste fémoral par le pus concret que je viens de vous décrire. Le périoste n'était que médiocrement épaissi, et il n'était aucunement ossifié; le pus sous-jacent était en très mince couche. Mais il y avait un décollement que je poursuivis de poche en poche sur toute la moitié supérieure de la diaphyse fémorale; et sous le périoste fendu l'os apparut blanc, sec, sans ostéophytes, d'aspect éburné. Sa surface était comme

largement vallonnée, sans rien qui ressemblât à de l'os nouveau sous-périosté; la dénudation allait en arrière jusqu'à la ligne àpre, en avant à peu près jusqu'au profil antérieur du fémur. Cette poche sous-périostique aplatie communiquait en haut avec le trajet fistuleux qui de là descendait, comme nous l'avons vu, parallèlement à l'abcès péri-fémoral, dont il était séparé par une cloison fibreuse contenant les vaisseaux.

De l'œil et du doigt, j'ai exploré avec grand soin la surface fémorale dénudée, blanche et lisse, je n'y trouvai ni pointe ni rugosité de séquestre, pas davantage un de ces orifices, *grandia foramina*, comme disait Troja, qui fit communiquer avec l'extérieur une cavité contenant un séquestre invaginé. Ce dernier fait ne me surprit point, car nous savons aujourd'hui que, les séquestres étant dus à la nécrose de l'ancienne diaphyse, les *grandia foramina* perforent l'os nouveau, sous-périostique. Or, ici, il n'y avait pas du tout d'os nouveau, et s'il y avait eu un séquestre il eût été lamellaire, superficiel.

J'eus beau chercher, je n'en trouvai point. Mais peut-être un abcès, une cavité fongueuse existaient-ils au centre de l'os éburné; à la gouge et au maillet, j'ouvris donc une tranchée dans la moitié supérieure de la diaphyse : le canal médullaire y était remplacé par un tissu rouge, spongieux, d'ostéite raréfiante, avec quelques grains purulents au milieu des travées. Après l'avoir évidé, je tamponnai à la gaze aseptique la gouttière osseuse et les deux plaies des parties molles.

Vous le voyez, nous avons eu une surprise au cours de l'opération, quand nous avons été, de proche en proche, conduits jusque dans ce décollement sous-périostique de la face externe du fémur. Nous savions, avant d'inciser, que le point osseux malade était haut situé, quoique la fistule siégeât à mi-cuisse, car le stylet, sans rencontrer d'os dénudé, avait pénétré jusque sous le col du fémur; et cela cadrerait bien avec l'ouverture initiale, vite fermée sans doute, vers la région fessière inférieure. Mais rien ne nous permettait de soupçonner une poche sous-périostique aussi large à la face externe du fémur : l'écoulement purulent, toujours très léger, était hors de proportion avec une dénudation aussi étendue.

Par la palpation, on ne sentait rien d'anormal; par la pression, on n'avait pas fait couler de pus par la fistule.

Ce qui est certain pour moi, après l'opération, c'est que nous ne sommes pas en présence d'une lésion tuberculeuse, et l'examen direct a confirmé le diagnostic clinique. Nulle part, en effet, nous n'avons vu de fongosités proprement dites dans les parties molles ou dans l'os; nulle part l'os n'était carié, attaquant à la curette. Partout, au contraire, il était blanc et dur, et son évidement a été laborieux. Ces caractères, joints à ceux du pus glaireux et concret, sans rien de caséux, sont nettement ceux de l'ostéomyélite.

D'après ce que nous avons vu dans le canal central, où de l'os rouge et spongieux remplaçait la moelle proprement dite, nous ne pouvons admettre une lésion exclusivement sous-périostée, sans participation de la moelle, une périostite suppurée sans ostéomyélite. Mais il est évident, toutefois, que la suppuration était à peu près exclusivement péri-osseuse, avec un foyer sous-périostique de la face externe, et une fusée extra-périostique à la partie interne de la cuisse.

Il résulte de tout cela qu'au point de vue général le pronostic est bon, et ne comporte pas les réserves que nous devons émettre pour les tuberculoses locales. Mais que va devenir la lésion locale? A cet égard, nous devons rester dans le doute. Certes, nous avons des chances sérieuses d'arriver, par l'ouverture large que vous m'avez vu pratiquer, à la cicatrisation définitive des parties molles et de l'os. Mais l'histoire de l'ostéomyélite prolongée fourmille de cas où des opérations successives sont nécessaires pour fermer des fistules rebelles, où même, malgré tous nos efforts, nous ne réussissons pas à tarir la suppuration. Mais c'est un point que je ne fais qu'indiquer aujourd'hui, l'intérêt du malade dont je viens de vous parler m'ayant paru plutôt d'ordre diagnostique; et l'occasion ne me manquera pas, malheureusement, d'attirer votre attention sur le pronostic éloigné de l'ostéomyélite. Je vous dirai seulement que, dans ce cas particulier, les lésions osseuses sont étendues, mais peu profondes, ce qui doit nous donner bon espoir; et en cela notre malade confirme cette règle générale, que l'ostéomyélite des enfants en bas âge, au-dessous de deux ans, expose

moins que celle des sujets plus âgés aux lésions osseuses diffuses et profondes, aux conséquences locales si pénibles de l'ostéomyélite prolongée. A cet âge, la mortalité immédiate est élevée, mais le pronostic éloigné est meilleur; je m'en tiens pour aujourd'hui à cette assertion, dont je ne tarderai pas sans doute à vous apporter la preuve.