

que chez les filles. Quant aux causes pathologiques, telles que le rhumatisme, la syphilis, la scrofule, elles ne jouent aucun rôle appréciable.

Nous ne reviendrons pas sur l'influence des maladies aiguës fébriles, des septicémies, etc. En traitant de l'anatomie pathologique des ostéites de croissance, nous avons montré quelle large part il fallait leur réserver dans l'histoire des lésions du squelette, pendant la période de développement. C'est par l'hyperhémie du tissu spongieux qui accompagne ces états graves, que nous avons expliqué un excès d'accroissement, laissant de côté d'autres interprétations qui ne pouvaient nous satisfaire.

**Symptômes.** — Les ostéites de croissance sont loin de se présenter avec le même cortège symptomatique. Tandis que, dans la grande majorité des cas, on note simplement des douleurs osseuses apyrétiques, parfois, au dire de Bouilly et de quelques auteurs, la scène s'ouvre par des accidents généraux qui rappellent ceux de l'ostéomyélite suppurée, et l'on se trouve en présence de la *fièvre de croissance* proprement dite, dont la description, pour plus de clarté, comporte diverses formes.

Cette dernière partie de notre étude symptomatique ne repose pas sur un grand nombre d'observations, et l'on chercherait vainement dans la littérature chirurgicale, en dehors des travaux auxquels nous avons fait allusion, une description classique des diverses modalités de la fièvre de croissance. Cette pénurie de documents tient à plusieurs causes.

C'est seulement depuis les recherches contemporaines que ce nom, d'origine populaire, a pris un sens précis, et aujourd'hui encore, des états pathologiques différents attribués à la croissance reconnaissent probablement une autre étiologie. La relation de cause à effet, même dans les faits qui paraissent le mieux contrôlés, n'est pas toujours nettement établie; d'autre part, quoique l'attention ait été plus particulièrement appelée sur la fièvre de croissance depuis le mémoire de Bouilly, qui remonte à 1881, nous ne trouvons que fort peu d'observations nouvelles. Il appartient aux médecins, aux chirurgiens, qui ont des services d'enfants, de nous éclairer sur cette question. La plupart ont été témoins d'une croissance exagérée coïncidant avec de petits mouvements fébriles, qui ne pouvaient être rapportés à aucune localisation et qu'ils ne savaient à quoi rattacher, mais les observations manquent, les descriptions font défaut.

Ces réserves faites, nous envisagerons la symptomatologie des deux variétés d'ostéite de croissance, suivant que l'affection est apyrétique ou qu'elle s'accompagne de fièvre, d'accidents généraux plus ou moins graves. Une telle distinction est plus théorique que clinique, car, de temps à autre, des mouvements fébriles sont sous la dépendance des douleurs de croissance, mais, comme ils changent peu la physionomie de la maladie, nous maintenons notre division.

Dans le premier cas, la douleur constitue donc, à elle seule, à peu près toute la symptomatologie. Elle est loin de se présenter toujours avec les mêmes caractères; tantôt elle est vague, diffuse, passagère, l'enfant se plaint de souffrir, il accuse une lassitude avec sensation de meurtrissure dans les muscles, au niveau des articulations; on pourrait supposer une manifestation rhumatismale.

Ces douleurs osseuses ont une intensité variable; elles peuvent être assez vives pour condamner le malade à une immobilité absolue, et entraîner, lorsqu'elles se généralisent aux extrémités articulaires, une impotence fonctionnelle complète.

Bouilly nous donne à cet égard une curieuse observation empruntée à la thèse de Regnier (1). Il s'agit d'un garçon de quatorze ans, resté très petit jusqu'à cet âge et surnommé le Nain, à cause de l'exiguïté de sa taille. Il fut pris tout à coup de douleurs commençant par l'articulation tibio-tarsienne et envahissant successivement toutes les articulations. Les douleurs étaient tellement vives que le malade était condamné à une immobilité absolue, mais elles ne s'accompagnaient ni de fièvre, ni d'autres accidents. En six mois la taille subit un accroissement de 50 à 60 centimètres.

Le plus ordinairement, c'est après une longue course, des exercices violents, une journée de fatigue, que l'enfant se plaint de douleurs dans les membres, qu'il localise de préférence au niveau des articulations. On ne trouve alors ni chaleur, ni tuméfaction locale appréciable, mais la pression au niveau des extrémités articulaires, quelquefois sur un point quelconque de la diaphyse, augmente la douleur. On remarque, en outre, que les articulations sont indemnes, qu'il n'existe aucun signe d'arthrite et que l'enfant ne souffre pas dans l'articulation, mais à une certaine distance au-dessus ou au-dessous. C'est en réalité dans la région juxta-épiphysaire, au niveau de la zone de prolifération physiologique qui préside à l'accroissement des os en longueur, que la pression provoque des douleurs.

Pour certaines articulations, la hanche par exemple, où la portion juxta-épiphysaire se trouve comprise dans l'articulation elle-même, la confusion entre l'ostéite et l'arthrite est inévitable. Quant aux douleurs diaphysaires, elle relèvent au même titre de la croissance que les douleurs juxta-épiphysaires; on n'oubliera pas qu'il se fait sous le périoste un dépôt continu de couches osseuses pour l'accroissement en épaisseur; ainsi, le plus habituellement, localisations juxta-épiphysaires, mais quelquefois aussi, diaphysaires.

Les accidents douloureux varient beaucoup comme durée et comme intensité. Tandis que, chez quelques enfants, une nuit de repos entraîne la disparition des douleurs survenues, par exemple après une journée de fatigue, chez d'autres elles persistent pendant plusieurs jours, reviennent à divers intervalles, et disparaissent comme elles sont venues. Leur multiplicité, leur acuité ont pu donner le change et, à un examen superficiel, laisser supposer un rhumatisme articulaire aigu; même, en pareil cas, l'enfant peut être apyrétique. Nous avons plusieurs fois rencontré ces douleurs de croissance sans fièvre; nous les avons vues fixées sur une extrémité osseuse, persister pendant plusieurs semaines et, sous l'influence d'un traitement énergique, comme s'il se fût agi d'une ostéopériostite avec menaces de suppuration, disparaître complètement.

En regard de l'ostéite de croissance à forme vague, sans fièvre, avec douleurs erratiques, se place l'*ostéite à forme fébrile*, que nous considérons comme rare, lorsque, par suite de sa durée, de son intensité, la maladie peut être confondue avec toutes les pyrexies possibles. Le plus ordinairement, les symptômes de la fièvre légère de croissance sont assez mal groupés et l'on a certainement confondu, sous ce nom, des états relevant de causes différentes.

La santé de l'enfant se trouble, dit-on; il se plaint de maux de tête, d'insappétence; son caractère se modifie, il devient triste, paresseux. De temps à autre, surtout le soir, à l'approche de la nuit, la peau est chaude, brûlante; puis tous ces malaises disparaissent plus ou moins vite, et l'on constate un

(1) REGNIER, *Des maladies de la croissance*, Thèse de Paris, 1860.

allongement notable de la taille. La relation causale entre cet état pathologique et la poussée du squelette ne nous paraît pas douteuse, lorsque ces symptômes sont corroborés par des points douloureux péri-articulaires constants. Nous n'acceptons, du reste, le diagnostic de fièvre de croissance que dans les cas où les douleurs osseuses présentent certains caractères, alors qu'elles s'accompagnent d'un accroissement rapide de la taille et que, par exclusion, on ne peut songer à une autre maladie.

Bouilly et Reclus admettent trois types principaux de mouvements fébriles, qui répondent bien aux observations qu'ils ont eu l'occasion de faire, mais qui ne trouvent pas encore leur confirmation dans de nombreux faits cliniques.

Dans une *forme aiguë rapide*, les accidents éclatent brusquement, comme au début d'une scarlatine ou d'une pneumonie; l'enfant est pris d'agitation, de délire, la température atteint 40 degrés, puis, après un ou deux jours, la fièvre tombe, l'apyrexie devient complète.

Il semble, si ce n'étaient les douleurs juxta-épiphysaires, que l'on ait eu affaire à une synoque, à un accès de fièvre éphémère, etc. D'autres accès semblables, survenant bientôt, confirment encore parfois le diagnostic, et l'on peut en compter plusieurs au cours de la même année.

La *forme aiguë prolongée* a toutes les allures d'une fièvre continue. Nous y trouvons réunis les signes du typhus abdominal : les épistaxis, la température montant à 40, même à 41 degrés, le gargouillement de la fosse iliaque, un état adynamique inquiétant, etc.

Ces symptômes sont également ceux qui se rencontrent chez quelques malades atteints d'ostéo-périostite phlegmoneuse diffuse, et ce n'est certainement qu'après leur disparition, sans localisation inflammatoire sur telle ou telle partie du squelette, que l'on pourra porter, sans arrière-pensée, le diagnostic de fièvre de croissance à *forme aiguë prolongée*.

Si les points douloureux juxta-épiphysaires vont à l'encontre du diagnostic de fièvre typhoïde, il n'est aucun signe qui sépare l'ostéite congestive de l'ostéo-périostite aiguë suppurée, en dehors de la terminaison de la maladie. Dans la fièvre de croissance, les accidents s'amendent tout à coup, après quelques jours, et la convalescence est rapide.

Avec la *forme trainante*, nous trouvons les symptômes que nous avons signalés dans la fièvre de croissance la plus commune : accès fébriles fréquents, fièvre peu intense, lassitude, amaigrissement notable, étiollement général, etc.

Ces trois modalités de la fièvre de croissance relèvent à coup sûr d'un empoisonnement septique, dont le degré établit des différences symptomatologiques. Ce fait est si vrai que parfois, au début de l'ostéomyélite aiguë suppurée, les malades se plaignent de douleurs vives au niveau d'autres extrémités osseuses. Ces douleurs, qui sont le fait d'un certain degré d'ostéite infectieuse, disparaissent après quelques jours, sans laisser aucune trace de leur passage. Nous les avons vues plusieurs fois être la cause d'une erreur de diagnostic; on les a confondues avec des douleurs rhumatismales, et l'on a ainsi méconnu, par défaut d'une interprétation juste des douleurs péri-articulaires, une ostéomyélite grave évoluant en un point du squelette. Nous avons observé un enfant de quinze ans, porteur d'un séquestre intra-calcanéen consécutif à une ostéite aiguë juxta-épiphysaire datant de huit mois, chez lequel la nature de l'affection fut méconnue pendant les premiers jours, parce qu'en même temps qu'il accusait

une douleur au talon, il se plaignait de la plupart des autres articulations, notamment de celles des doigts, des orteils.

L'accroissement de la taille peut être de plusieurs centimètres dans l'espace de quelques semaines, et, sous l'influence de ces poussées de croissance, il n'est pas rare de voir un enfant grandir de 12 à 15 centimètres en une année. Les cas d'un accroissement de 8 centimètres en quelques semaines chez un enfant de vingt-cinq mois, et surtout de 50 à 60 centimètres en six mois chez un enfant de quatorze ans (Bouchut, Régnier), doivent être considérés comme tout à fait exceptionnels. Nous savons, du reste, que dans la convalescence des maladies aiguës, la poussée de croissance est variable; elle est d'autant plus grande que la maladie a été plus grave, et elle a lieu moins souvent qu'on ne le supposait, avant les recherches d'Auboyer.

Les *vergetures de croissance*, signalées pour la première fois en 1860, par Régnier, à la suite d'un accroissement trop rapide du squelette, ont été bien décrites par Bouchard, dans diverses communications à la Société clinique (1). Tout à fait comparables aux vergetures de la grossesse, elles reconnaissent un mécanisme analogue, la distension, le craquèlement de la peau. Transversales, perpendiculaires à l'axe du membre, elles siègent au niveau des articulations du genou, du cou-de-pied, du coude et du poignet. Elles sont le fait de la déchirure du tissu élastique sous-cutané, qui n'a pu suivre le mouvement d'expansion du squelette, lorsqu'il s'est produit très rapidement. Ces craquelures cutanées ont été rencontrées surtout après des fièvres typhoïdes graves, s'accompagnant, dans l'espace de quelques semaines, d'un allongement de 5 à 4 centimètres environ; leur existence n'a pas été signalée dans la fièvre de croissance proprement dite, mais ce n'est probablement que par défaut d'observation.

**Diagnostic.** — À quel signe reconnaîtra-t-on la fièvre de croissance? À des accès fébriles de types variés, pouvons-nous répondre, avec douleurs juxta-épiphysaires et accroissement rapide de la taille. Cette trilogie symptomatique mettra le plus souvent d'établir le diagnostic.

Tout au moins songera-t-on, chez de jeunes sujets, à la fièvre de croissance, qui a été prise pour une fièvre typhoïde, une granulie, une méningite tuberculeuse, un rhumatisme, etc. Un diagnostic différentiel complet nous entraînerait à des développements trop étendus; nous pensons, du reste, que la plupart du temps, surtout au début, le diagnostic doit être réservé. On ne se hâtera pas trop de conclure à la fièvre de croissance, que nous considérons comme rare par rapport aux autres états pathologiques dont nous venons de parler. La marche de la maladie fournira surtout des indications précieuses, et par exclusion on sera parfois admis à poser un tel diagnostic. Nous ne nous sommes jamais trouvé aux prises avec ces difficultés, n'ayant pas vu de malades chez lesquels la croissance détermina des accidents fébriles pouvant laisser supposer une pyrexie quelconque, qui doit être alors, le plus souvent, rattachée au surmenage, à un embarras gastrique, à une typhoïdite, etc.

Nous avons assez souvent, au contraire, constaté chez des enfants des douleurs de croissance sans fièvre.

Ce diagnostic nous a paru très simple, surtout lorsque les douleurs ont pour siège les os longs, lorsqu'elles sont passagères, survenant aujourd'hui pour s'en

(1) Société clinique, *France méd.*, février-mars 1870.

aller demain, ou reparaissant à divers intervalles pour disparaître, comme elles ont apparu. Il est telles circonstances où la douleur se localise sur une ou plusieurs extrémités osseuses, elle dure depuis plusieurs jours, elle occupe l'articulation de la hanche, par exemple, et constitue la seule manifestation pathologique sur laquelle l'attention soit éveillée.

En pareil cas, le diagnostic n'est pas possible : se trouve-t-on en face d'une coxalgie au début, d'une lésion osseuse indépendante du développement? Nous n'essayerons même pas d'apporter tel ou tel argument en faveur de l'une ou l'autre affection, mais nous insisterons sur la nécessité de voir dans la douleur l'indice d'une lésion grave à son début, et non pas un phénomène passager de minime importance.

Que de fois des coxalgies ont été ainsi méconnues, la douleur de la hanche, la claudication étant attribuées uniquement à la croissance! Une telle erreur de diagnostic peut avoir les conséquences les plus funestes, et nous avons observé, maintes fois, des coxalgies qui remontaient à plusieurs semaines, à plusieurs mois, et qui avaient été abandonnées à elles-mêmes sous prétexte qu'il s'agissait d'une douleur de croissance. — L'erreur en sens inverse a été commise : on a cru à une coxalgie chez un jeune sujet atteint seulement de douleur osseuse passagère; deux fois nous avons fait une telle erreur de diagnostic, comme nous l'a démontré une guérison complète après quelques semaines de repos.

Il serait assurément fort intéressant d'attribuer à sa véritable cause la douleur, mais le fait, en lui-même, n'a de l'importance qu'au point de vue du traitement à instituer, et dans les deux cas la thérapeutique doit être la même. Prendre une douleur de croissance siégeant à la hanche pour une coxalgie est une erreur de diagnostic qu'il faut savoir commettre, cette confusion sera au profit du malade, elle entraînera un traitement méthodique dès les premiers jours, et préviendra, dans tous les cas, des accidents plus graves.

L'ostéite plastique de croissance n'est-elle pas aussi, de temps à autre, le prélude d'un état plus sérieux, d'une ostéo-périostite franchement infectieuse, éclatant sous l'influence surajoutée d'une cause d'irritation quelconque?

Nous avons, également chez des enfants, observé des douleurs vertébrales que la pression augmentait au niveau des apophyses épineuses, et qui disparaissaient spontanément après un temps variable.

Ce pseudo-mal de Pott<sup>(1)</sup> ne nous a été révélé que par une guérison rapide après quelques semaines d'un traitement institué comme s'il se fût agi d'une tuberculose.

Nous concluons en disant : chez les enfants, chez les adolescents, une douleur siégeant sur un point quelconque du squelette, doit éveiller l'idée d'une douleur de croissance se rapportant à des phénomènes congestifs, localisés le plus souvent au niveau des zones juxta-épiphysaires. Si la douleur persiste depuis un certain temps, si l'état général du sujet est déjà entaché de quelque tare pathologique, en un mot, s'il existe le moindre doute sur la nature des

<sup>(1)</sup> Sous ce nom, Ch. Audry (*Lyon médical*, 1888), puis M. Pignet (Thèse de Lyon, 1894), ont décrit chez des adultes, avec des observations que nous leur avons communiquées, une forme de rachialgie hystérique (pseudo-mal de Pott; mal de Pott, hystérique), localisée à quelques vertèbres et confondue, par tout un ensemble de symptômes, avec l'ostéite vertébrale. Il suffit d'indiquer ce pseudo-mal de Pott pour éviter toute méprise avec les ostéalgies de la croissance.

accidents douloureux, on se comportera comme s'il s'agissait de la première manifestation d'une lésion grave du squelette.

**Pronostic.** — La définition que nous avons donnée de la fièvre de croissance, les considérations dans lesquelles nous sommes entré, ont laissé prévoir quel devait être le pronostic de cette maladie.

Il est essentiellement bénin. Tous les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, font précisément de la terminaison par résolution de cette ostéomyélite plastique, que l'on doit considérer comme le prototype de l'ostéomyélite atténuée, le caractère le plus important, nous dirions volontiers, la condition *sine qua non* de cette variété d'inflammation du squelette. — Cet optimisme doit être cependant mitigé par la crainte d'accidents plus graves, provoqués par une cause occasionnelle aggravant l'infection locale. — Un coup de froid, le surmenage des exercices violents, un traumatisme, etc., peuvent, en effet, faire éclater les symptômes d'une ostéopériostite maligne.

**Traitement.** — Dans la forme légère, apyrétique, constituée à peu près uniquement par des douleurs siégeant au niveau des régions juxta-épiphysaires, le repos, l'immobilisation de la région douloureuse suffiront le plus souvent. Quelques frictions avec un liniment excitant, des applications locales révulsives, etc., hâteront la disparition des accidents douloureux. L'action thérapeutique vise les phénomènes congestifs dont la terminaison par résolution est la règle, mais on ne doit pas perdre de vue que cette inflammation n'est en quelque sorte que le premier degré d'une ostéopériostite suppurative, dont elle représente une forme atténuée, aussi se préoccupera-t-on de l'état général, surtout lorsqu'on se trouvera en présence d'un enfant malingre, chez lequel la poussée de développement aura été considérable. S'agit-il d'un convalescent d'une fièvre grave, c'est encore par un traitement général, par des conditions hygiéniques excellentes : séjour au grand air, au soleil, au soleil du Midi, etc., qu'on s'efforcera de lutter contre une aggravation de l'état local. Nous sommes bref quant à la thérapeutique générale, elle se résume pour nous dans ces trois facteurs : alimentation substantielle, séjour au grand air, au soleil, climat chaud; tous les autres moyens, sans être négligeables, n'ont qu'une valeur très relative et, dans l'espèce, n'offrent rien de spécial.

Si la douleur, localisée sur une ou plusieurs extrémités osseuses, persiste, si elle est augmentée par la pression, on adjoindra à une immobilisation aussi parfaite que possible, telle que la donnent le bandage silicaté, l'attelle plâtrée, non plus seulement une révulsion mitigée sous forme de badigeonnage avec la teinture d'iode, mais des vésicatoires, des pointes de feu.

Chez un enfant de dix ans qui, après une marche de plusieurs heures, avait ressenti le soir même de la douleur dans l'extrémité inférieure du fémur droit, quelques boutons de feu superficiels *loco dolenti* et une genouillère silicatée laissée trois semaines en place, eurent facilement raison de cet état douloureux, qui remontait à une quinzaine de jours. La pression déterminait une douleur vive, au-dessus des condyles, à la partie interne du fémur, qui n'était le siège d'aucune hyperostose.

Dans ces douleurs de croissance, l'antipyrine rendrait très probablement des services, mais nous n'avons pas eu l'occasion de l'employer, et nous ne connaissons pas d'observations de fièvre de croissance où l'on y ait eu recours.

Lorsqu'il existe de la fièvre et des manifestations non douteuses d'un état infectieux, la thérapeutique doit s'inspirer des symptômes présentés par le malade, comme dans toutes les intoxications septicémiques : le sulfate de quinine, l'alcool, des purgatifs de temps à autre, etc., sont indiqués. Nous ne pourrions que répéter certaines données utilisables dans toutes les intoxications et qui trouveront mieux leur place à propos du traitement de l'ostéopériostite phlegmoneuse diffuse. Le propre, du reste, de la fièvre de croissance, est de tourner court après un temps variable; n'est-ce pas là son critérium? Les cas dans lesquels la mort arrive dès les premiers jours, sans que la suppuration ait eu le temps de se produire, appartiennent, eux aussi, à l'histoire des ostéomyélites infectieuses, foudroyantes, que nous décrirons bientôt.

En terminant, nous formulons cette règle thérapeutique : dans les ostéites de croissance avec ou sans fièvre, ne pas compter sur la résolution spontanée qui en constitue cependant le caractère essentiel, mais agir, dans la plupart des cas, comme si l'on se trouvait en face d'une lésion inflammatoire plus grave

## II

## OSTÉOMYÉLITE INFECTIEUSE AIGÜE

**Définition.** — L'ostéomyélite infectieuse aiguë est l'inflammation des os des jeunes sujets, caractérisée par une allure le plus souvent redoutable, avec infection générale de l'organisme et localisation sur certains territoires du squelette.

Cette affection porte une foule de noms qui sont synonymes. Ils ont été inspirés par les idées anatomo-pathologiques, étiologiques ou cliniques, qu'en avaient les auteurs, parrains de ces baptêmes successifs. Ceux qui se sont placés sur le terrain anatomique l'ont appelée : *périostite diffuse*, *ostéite aiguë*, *pan-ostéite*, *abcès sous-périostique*, *périostite phlegmoneuse diffuse*, *décollement aigu des épiphyses*, *ostéo-périostite juxta-épiphysaire*, *ostéomyélite*, *phlegmon osseux juxta-conjugal*, etc. En envisageant les causes, en constatant les coïncidences, on a pu la nommer : *ostéite aiguë spontanée*, *périostite rhumatismale*, *ostéite de développement*, *ostéomyélite infectieuse*. Sur le terrain clinique, c'est l'*ostéite épiphysaire aiguë des adolescents*, le *typhus des membres*.

Le nom qui répondrait le mieux à la définition de la maladie, en tenant compte de tous ses caractères à la fois, serait celui-ci : *ostéomyélite infectieuse juxta-épiphysaire des enfants, des adolescents, ostéopériostite purulente aiguë*.

Parmi les principaux travaux à consulter sur l'ostéomyélite aiguë, nous citerons :

CHASSAIGNAC, *Mémoire de la Soc. de chir.*, t. IV, p. 281, 1855. *Gazette médicale*, 1854. Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical, 1859, 1 vol. — GOSSELIN, *Archives de méd.*, 1858. — GALLAND, art. Os. — GAMET, De l'ostéopériostite juxta épiphysaire. Thèse de Paris, 1862. — LANNELONGUE, Académie de médecine, 1878. — OLLIER, *Encyclopédie internat.*, t. IV. — PASTEUR, Académie de médecine, 4 mai 1880. — MAX SCHÜLLER, *Centralblatt für Chir.*, 1881. — BECKER, *Deutsche med. Woch.*, n° 46, 1858. — THELLIER, Thèse de Paris, 1885. — ROSENBACH, *Centralbl. für Chir.*, n° 5, 1884. — KRAUSE, *Fortschritte der Medizin*, 1884. — RODET, *Revue de chir.*, 1885. — JABOULAY, Thèse de Lyon, 1885. — LANNELONGUE et ACHARD, *Annales*

de l'Inst. Pasteur, 1891. Académie des sciences, 1890. Congrès français de chir., 1891 et 1895. — COURMONT et JABOULAY, *Lyon médical* et Société de biol., 1890. — LEFÈVRE, Des calcanéites infectieuses. Thèse de Lyon, 1894. — O. LEVÈQUE, De la coxalgie ostéomyélique suppurée, d'origine fémorale. Thèse de Lyon, 1895. — LEXER, Congrès de chir. allem., 1896. — RENÉ PAUL, De l'ostéomyélite aiguë des vieillards. Thèse de Lyon, 1896. — J. BOUDRIOT, Des ulcérations artérielles dans les ostéomyélites. Thèse de Lyon, 1896. — E. ANGUÉ, Du panaris ostéomyélique. Thèse de Lyon, 1897.

**Historique.** — L'histoire de cette affection appartient tout entière à la seconde moitié de ce siècle. Une innombrable quantité de travaux se sont adressés à elle, l'ont fouillée sous toutes ses faces et ont donné de cette maladie une notion qui peut être considérée comme définitive. S'il faut, en effet, pour qu'une affection soit bien connue, qu'elle se soit révélée dans ses formes, sa marche, ses lésions et qu'elle ait été pénétrée dans son mécanisme pathogénique, nulle mieux que l'ostéomyélite n'a rempli ces conditions. L'observation simple en a présenté l'évolution anatomo-pathologique et clinique, l'expérimentation a sondé la profondeur de sa nature et a fourni la raison de son existence :

1<sup>o</sup> *Période d'observation.* — Cette période ne remonte véritablement qu'à Chassaignac. Cet auteur, dans différents mémoires, a attiré l'attention d'une façon précise sur cette suppuration des os. Il reconnaissait deux maladies différentes : l'une, bénigne, caractérisée par des abcès développés au-dessous du périoste, *abcès sous-périostiques*; l'autre, plus grave, remarquable par l'envahissement du tissu osseux lui-même, *ostéomyélite* proprement dite.

Schützenberger, Bœckel observent presque simultanément une affection analogue qu'ils appellent, de par ses coïncidences, *périostite rhumatismale*.

Quelque temps plus tard, Klose (de Breslau) se trouvait en face d'une maladie à allure grave, qui se terminait par la séparation de l'épiphyse de la diaphyse et la suppuration de la jointure voisine. En lui donnant le nom de : *décollement spontané des épiphyses*, Klose était loin de se douter qu'il décrivait simplement une des formes de l'affection sur lesquelles Chassaignac avait déjà écrit.

Les travaux de Gosselin ont permis de reconstituer dans son ensemble cette maladie que l'on démembrait par la description isolée de chacune de ses modalités. Cinq formes principales peuvent se montrer, mais toutes sont reliées par ce fait commun : qu'elles apparaissent sur des os en voie d'accroissement et près des épiphyses; de là, le nom proposé par ce clinicien : *d'ostéite épiphysaire aiguë*.

La remarque précédente était faite à Lyon par Ollier et son élève Gamet, qui, dans sa thèse inaugurale, appelait le processus morbide : *ostéite juxta-épiphysaire*, terme précis et vrai parce qu'il localise nettement l'apparition des localisations pathologiques. Ce n'est point, en effet, l'épiphyse prise dans son sens anatomique qui est le siège des accidents inflammatoires, mais bien la portion renflée de la diaphyse, contiguë au cartilage de conjugaison.

2<sup>o</sup> *Période d'expérimentation.* — Il ne faut pas chercher dans une époque reculée pour trouver sur l'essence de l'ostéomyélite une notion exacte. Cependant, à considérer son allure rapide, éclatante, l'idée de maladie générale infectieuse s'imposait. Lücke, en 1874, invoquant la présence de micro-organismes retrouvés après Klebs et Recklinghausen, dans les foyers de l'ostéomyélite, déclare que des agents pathogènes ont envahi l'économie par la voie vasculaire. Kocher soutient la même idée. Rosenbach qui, lui aussi, admet l'intoxication générale, pense qu'un traumatisme osseux est nécessaire pour l'apparition d'un abcès. Kostein essaya de reproduire expérimentalement l'ostéomyélite, mais les