

affaire à la même maladie. Il existe, en effet, comme nous l'avons dit, des formes diverses, et les symptômes varient suivant la dose et la virulence de l'agent pathogène. C'est ici que doivent trouver place et réminiscence les expériences bactériologiques, qui nous ont montré l'échelle de la gravité des inoculations staphylococciennes, suivant la valeur de la culture. Il ne saurait être douteux que ce qui se passe dans le laboratoire trouve son homologue dans les réactions microbiennes au sein de l'organisme humain.

Depuis une intoxication générale dans laquelle les viscères sont le siège des désordres principaux et dans laquelle les os semblent à peine touchés, jusqu'aux cas cliniques de simple hyperostose, en passant par les abcès limités, sous-périostiques, les séquestres plus ou moins volumineux, les fractures spontanées, etc. : tout révèle une infection dont la nature est identique, mais dont l'intensité varie.

Il n'en est pas moins vrai que, sur le terrain clinique, l'ostéomyélite n'est pas rare, mais qu'elle mérite une description spéciale pour chacune de ses formes. Nous les passerons minutieusement en revue, en décrivant d'abord la manifestation la plus habituelle, puis chacune de ses allures moins ordinaires, en allant dans ce dernier groupe des cas bénins aux faits d'une gravité excessive et si grande qu'ils sont considérés comme des complications.

La douleur et la fièvre, que nous avons vue s'élever à 41 degrés, parfois des vomissements comme dans toutes les intoxications graves, ouvrent la scène. L'hyperthermie et son cortège de symptômes classiques sont souvent tels, que le malade ressemble à un typhique; si l'élément douleur n'est pas recherché, les malades sont alors, dans les hôpitaux, envoyés par erreur, dans les salles de médecine. Élévation considérable de la température, pouls petit et rapide, céphalalgie, soif, langue sèche, stupeur, délire, etc., tout est fait pour un faux diagnostic.

Mais la douleur qui a été dominée par l'autre symptôme va acquérir de l'intensité. Elle empêchera les mouvements, la pression arrachera des cris, une sensation de brisure accompagnera l'exploration chirurgicale des régions juxta-épiphysaires, ses localisations, son acuité mettront sur la voie de la maladie. Là, en effet, en ce point particulier où, comme l'a fait remarquer Chassaignac, l'os semble se briser, existe du gonflement, qui d'abord dur et circonscrit, s'assouplit, devient mou, en même temps qu'il diffuse en cercle et qu'il suit la longueur de l'os. La peau ne tarde pas à se marbrer, à rougir et à prendre une couleur vineuse, lorsqu'elle n'est pas séparée du squelette par une couche trop épaisse de tissus. Alors, il sera bien rare que le chirurgien n'arrive pas à sentir la fluctuation, car, à partir de ce moment, le pus est collecté et donne lieu à tous les signes physiques classiques, d'une poche liquide. Un bourrelet limite la collection; est-ce une barrière, est-ce plutôt un signe d'agrandissement excentrique? Il est plus probable qu'il indique une sorte de tendance à la limitation des phénomènes locaux. Une incision étant faite, ou bien l'ouverture spontanée s'étant opérée, du pus s'écoule, plus ou moins lié, parfois de teinte roussâtre, avec de petits grains osseux, séquestres pulvérulents, dont la présence est moins fréquente que celle des gouttelettes de graisse, provenant du canal médullaire. Laisse-t-on reposer le pus dans une éprouvette, dans un verre, ces gouttelettes huileuses forment à la surface du liquide une couche caractéristique. Au fond de la poche une fois évacuée, l'os se révèle dénudé, souvent irrégulier, et donnant au stylet qui le percute, un son sec.

Après une période plus ou moins longue de suppuration, la maladie s'apaise,

en laissant la prolongation affaiblie de ses symptômes locaux : c'est-à-dire, une fistule ou plusieurs orifices pour l'écoulement du pus.

Mais voici une des formes atténuées de l'affection. Nous empruntons sa description à l'article que M. Gosselin lui a consacré. « Après une période de fièvre, de douleur et de gonflement diffus profond, qui a duré de 15 à 30 jours, on voit les phénomènes s'amoindrir. La résolution se fait et le malade ne conserve qu'une hyperostose, quelquefois avec ankylose, s'il y a eu propagation à l'articulation. » Comme on le voit, il n'y a ni abcès, ni nécrose, mais la fracture spontanée est possible, et alors il est parfois fort difficile de ne pas confondre l'ostéomyélite avec l'ostéosarcome.

A un degré plus élevé de l'infection, la période de réaction générale étant à peu près celle que nous avons décrite plus haut, l'os suppure, mais l'abcès est sous-périostique, et la maladie prend le cachet que voulait lui imprimer Chassaignac en la différenciant de son ostéomyélite. Pour la majorité des chirurgiens qui ont eu l'occasion d'observer des formes de cette nature, la nécrose sous-jacente serait l'exception : le processus qui est resté confiné dans la couche sous-périostique, paraît n'avoir pas été assez intense pour détruire toutes les sources nutritives de la portion d'os adjacente à l'abcès. Cependant, il convient de suivre de tels malades un certain nombre d'années après la première manifestation, pour être sûr de l'absence de séquestre.

Gosselin, à qui il faut rapporter l'honneur de la dissociation des différents aspects cliniques, de l'ostéomyélite aiguë, voulait admettre une variété dans laquelle la suppuration se produisait sur la face externe du périoste, l'os n'étant pas dénudé. Je ne sais pas que la périostite ait jamais été rencontrée dans une ostéite de cette nature, elle existe sur les côtes, mais elle est alors une manifestation tuberculeuse, aussi n'insisterons-nous pas à son sujet. On voit encore d'autres formes plus atténuées de l'infection ostéomyélique, dans lesquelles la réaction locale fait plus ou moins défaut. Si l'on se reporte à la pathogénie des douleurs et de la fièvre de croissance, on constatera qu'un lien commun, l'infection staphylococcienne, réunit ces lésions osseuses, si différentes dans leurs manifestations, depuis les douleurs ostéalgiques, avec ou sans le gonflement des extrémités osseuses, depuis l'ostéopériostite superficielle, circonscrite, etc., jusqu'à l'ostéomyélite suraiguë.

Nous arrivons à la forme où la suppuration osseuse est accompagnée de nécrose : c'est la *troisième variété clinique* de Gosselin. Les séquestres ont des aspects différents, cylindriques ou aplatis, sous forme de colonne, de couvercles, de copeaux, plus ou moins longs, plus ou moins larges, plus ou moins épais, superficiellement placés ou invaginés dans la profondeur, ils sont tous durs et terminés par des aiguilles piquantes qui les font ressembler aux constructions gothiques. C'est leur présence qui entretient les fistules et occasionne les suppurations interminables des os.

En remontant les degrés de cette échelle de gravité, nous rencontrons la *quatrième variété*. Elle est caractérisée par l'envahissement du cartilage épiphysaire, sa perforation comme à l'emporte-pièce, sa destruction partielle et totale : état grave à un double titre, parce qu'il compromet l'accroissement ultérieur du membre, qu'il s'accompagne souvent d'un envahissement de l'articulation voisine et qu'il est doublé de phénomènes généraux de la plus haute gravité.

Enfin, l'expression la plus haute de l'intensité de la maladie est fournie par la forme locale, à laquelle Klose (de Breslau) a donné le nom suggestif de *décolle-*

ment aigu des épiphyses. Destruction du cartilage de conjugaison, comme dans la quatrième variété, et aussi disparition du périoste, disjonction de la diaphyse et de l'épiphyse, souvent luxation de la diaphyse, telles sont les lésions qui caractérisent cette variété d'ostéopériostite juxta-épiphysaire aiguë.

On a vu que le signe de la fracture spontanée n'a pas été considéré par les chirurgiens comme digne d'établir une étape et de fixer une période dans l'évolution de la maladie. Elle est, en effet, de toutes les phases et peut se montrer aussi bien dans la forme la plus simple, avec pure hyperostose, que dans les suppurations étendues et profondes. Retenons, à ce propos, la différence de leur gravité : susceptible de consolidation lorsqu'elle se fait dans une portion d'os sec, la fracture peut se compliquer d'accidents infectieux mortels, si les fragments plongent dans un foyer purulent.

Avec cette dissociation symptomatique empruntée à Gosselin, il s'en faut que nous ayons été complet sur l'évolution de l'ostéomyélite. Il est encore nécessaire de faire remarquer que le plus souvent un seul os est envahi, mais aussi il est permis de voir, dans le cours de la maladie, des os de différentes régions se prendre successivement, témoignant ainsi de la diffusion générale du virus et de l'infection de l'organisme.

D'autre part, le même os, dont une extrémité a d'abord été touchée, peut être envahi à son extrémité opposée par propagation de l'ostéite à travers la diaphyse entière : cette variété locale constitue une forme d'*ostéite bipolaire*.

Nous avons vu l'importance que les chirurgiens ont attribuée aux formes locales de la maladie. Mais cette division, qui indique une connaissance exacte et approfondie des manifestations extérieures de celle-ci, n'existe plus pour les signes que l'on appelle généraux. Ces derniers sont considérés comme des complications. C'est dire que nous sommes bien moins éclairés et renseignés sur les localisations viscérales que sur les localisations osseuses de l'ostéomyélite. Il nous semble, cependant, que l'empoisonnement est général, si nous pouvons employer ce mot, qu'il est constant, ainsi que l'atteste l'expérimentation, et qu'il pourrait être subdivisé, s'il était mieux connu dans ses manifestations, en autant de modalités que nous en avons décrites localement. Assez faible pour disparaître en quelques jours et céder le pas aux lésions osseuses, il peut ailleurs conserver une physionomie inquiétante, atteindre profondément le rein, le cœur, le foie, etc. : Ce ne sera, quelquefois, que dans le cours de l'ostéite proprement dite, qu'il se révélera intense et redoutable par de l'albumine dans les urines, des signes de péricardite ou d'endocardite ou qu'il prendra l'aspect d'une pyohémie, d'une septicémie. Ces symptômes, qui seront souvent primitifs et initiaux, pourront aussi n'apparaître que secondairement et comme complications de la maladie locale ayant servi de foyer d'infection.

Primitif et secondaire, l'envahissement microbien du milieu intérieur se traduit par les signes généraux classiques de la maladie. L'intensité de ces signes est en rapport avec le degré de la virulence, la désorganisation d'un organe ou de plusieurs viscères peut lui succéder. Il ne faut pas voir dans ces faits des exceptions, ils constituent au contraire la règle, et ce qui est étonnant, c'est que les maladies du cœur et des reins, reconnaissant cette origine, n'aient pas été plus fréquemment constatées. Giralès a signalé des cas de péricardite, Mayor a vu une endocardite ulcéreuse, Campenon une endocardite végétante, Benoit indique la dégénérescence des reins, du foie, etc. Monnet insiste sur la néphrite d'origine ostéomyélique. Les détails que nous avons donnés plus haut relati-

vement aux mœurs du microbe pathogène, dans le milieu intérieur et les viscères, nous fournissent l'explication nette de ces atteintes profondes, dont nous pourrions multiplier les localisations.

Marche et terminaisons. — D'après les considérations précédentes, il est clair qu'autant de formes, autant d'allures de la maladie. L'infection intense peut foudroyer le malade, avant que la localisation morbide ait eu le temps de s'installer. C'est l'histoire du lapin qui reçoit une trop forte dose d'une culture très jeune de staphylocoques : les staphylocoques sont partout, dans le sang et dans les organes, le temps seul leur a manqué, pour entraîner la suppuration d'une ou plusieurs régions juxta-épiphysaires. Il est vrai que la marche habituelle est la suivante : symptômes généraux accentués, suppuration établie au bout de quelques jours et détente rapide après l'ouverture de la collection, puis continuation de la maladie locale, en même temps que l'intoxication générale s'amende.

La mort est possible dans cette dernière forme; la pyohémie, la septicémie, des embolies graisseuses, etc., ces banales complications des plaies, peuvent emporter le malade et, s'il résiste, il est encore exposé, plus tard, aux dégénérescences viscérales, que l'on observe chez les sujets qui suppurent pendant longtemps. La guérison est souvent temporaire, à en juger par la disparition de la suppuration et par l'occlusion des fistules. On croirait volontiers à une guérison définitive, mais elle n'est qu'incomplète, la scène recommence à des intervalles plus ou moins éloignés : nouveaux abcès, nouvelles fistules, nouveaux séquestres, l'ostéomyélite devient de la sorte chronique; nous en étudierons plus tard la physionomie.

Diagnostic. — Étant donnés les symptômes éclatants de l'ostéomyélite aiguë, à son début, on comprend que les erreurs de diagnostic soient faciles avec les maladies qui commencent par un caractère bruyant. La fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, la méningite sont dans ce cas. On doit donc songer à une erreur possible de diagnostic. Un seul signe servira à fixer le chirurgien, en pareil cas et à cette période, ce sera la *recherche méthodique de la douleur* dans les régions juxta-épiphysaires des os longs ou sur les os courts ou plats qui peuvent être atteints d'une ostéomyélite infectieuse. Tout adolescent, tout enfant présentant les signes dits typhiques, devra être examiné sous ce rapport. La constatation d'un simple point douloureux, aussi restreint qu'il puisse être, éveillera l'idée d'une ostéomyélite.

Le diagnostic est plus facile, lorsqu'il existe des signes locaux : gonflement, œdème, etc. Il devient à peu près certain, lorsque l'état actuel du sujet a succédé à un traumatisme d'un segment du membre.

On a maintes fois confondu une ostéite infectieuse avec une arthrite rhumatismale. Dans cette dernière maladie, les phénomènes généraux sont moins intenses et plusieurs articulations sont habituellement envahies.

C'est avec le phlegmon diffus que pourrait être confondue l'ostéomyélite arrivée à la phase suppurative, dans laquelle se trouvent réunis les signes cardinaux de la suppuration; mais, sans parler de la localisation de ces deux maladies dans des tissus différents, ni du facies propre au phlegmon diffus, ni de sa consistance, nous ferons remarquer que la propulsion en bas et en haut des segments de membre, est douloureuse dans l'ostéomyélite et ne l'est pas dans le phlegmon. Enfin, signalons un signe propre à l'ostéomyélite, sur lequel Lanne-

longue a attiré l'attention : le développement du réseau veineux sous-cutané par gêne de la circulation, en retour, intra-osseuse.

Ce ne sera pas tout d'avoir constaté et reconnu l'ostéomyélite, il faudra aussi faire le diagnostic de ses formes locales, de son étendue possible, de sa multiplicité; on devra également se renseigner sur l'état du cœur et des reins, établir, en un mot, le diagnostic des complications, ce qui exigera une surveillance attentive.

Pronostic. — Le pronostic dépendra de deux conditions : de la forme de maladie et de la rapidité du traitement. Les formes graves traitées à temps, rétro-cèdent dans la majorité des cas et ne tuent pas le malade. Il est cependant des ostéomyélites à marche suraiguë, contre lesquelles l'intervention semble illusoire; d'ailleurs l'affection osseuse n'est pas encore commencée et, ce qui domine la scène, c'est l'état général pour lequel la thérapeutique exclusivement d'ordre médical, est à peu près impuissante.

Quelle que soit la variété clinique, le pronostic ultérieur sera toujours réservé en vue des accidents imprévus, des retours locaux aggravés, et des manifestations générales qui sont loin d'être rares dans la phase prolongée de l'ostéomyélite.

Traitement. — Nous passerons sous silence le traitement à opposer à l'intoxication générale, bien qu'elle soit tout et doive au premier rang préoccuper le chirurgien. Nous ne savons pas, en effet, stériliser le milieu intérieur ni faire l'antisepsie, lorsqu'il est envahi par le staphylocoque et le streptocoque. Jusqu'à ce que nous ayons acquis sur ce point capital des notions qui nous manquent aujourd'hui, nous ne pourrions opposer à la maladie qu'un traitement local pour ses diverses localisations.

La conduite du chirurgien mis en présence d'une région juxta-épiphysaire suppurée a varié suivant les époques. J.-L. Petit trépanait, mais le plus grand nombre des chirurgiens incisait seulement le périoste. Chassaignac, qui avait vu les formes graves, et qui observait à une période où les complications des plaies étaient fréquentes, proposait des opérations rapides, radicales, ayant pour but de délivrer le patient dans les plus brefs délais. A cette époque, la pyohémie était la règle dans les plaies osseuses suppurées; aussi pratiquait-il, dans les cas graves, l'amputation ou la désarticulation. M. Ollier, dès 1876, en s'occupant de cette question, disait qu'au début de cette maladie, on pouvait se contenter de larges débridements périostiques, mais qu'il ne fallait pas « hésiter à aller jusqu'à la moelle, si l'infiltration du tissu spongieux et l'aspect gris, mais non vasculaire du tissu compact baignant dans le pus, indiquent la nécrose de la diaphyse. On trouvera alors, ajoutait-il, du pus dans le canal médullaire et l'issue de ce pus sera le seul moyen de faire cesser les phénomènes infectieux et de prévenir une nécrose plus étendue. »

Lannelongue n'est pas aussi éclectique. Il est partisan de la trépanation à outrance, il la fait toujours dans la région bulbeuse, après l'incision périostique, et il la pratique encore dans la diaphyse pour ouvrir le canal médullaire; il fait même, au moindre motif, un second orifice à ce canal. Deux trépanations au moins, après l'incision des couches superficielles et du périoste, telle est l'intervention qu'il considère comme généralement indiquée. Karewski, Bergmann font le curage systématique de la cavité médullaire.

Les opérations dont nous venons de parler ne s'adressent qu'à la première période de l'affection des os longs. Il nous semble, d'après nos observations personnelles, que l'on ne saurait être absolu. Au début de l'apparition des accidents saisis sur-le-champ, il faudra se contenter de l'incision du périoste. Si la maladie locale est vieille de quelques jours, il y a des chances pour que les parties profondes aient suppuré, et alors une ou deux applications de trépan seront indiquées et serviront, dans le doute, à assurer l'état du tissu spongieux. Il vaut mieux, en effet, faire une trépanation inutile que de ne pas faire une trépanation qui serait utile. C'est là d'ailleurs, une opération sans gravité locale, et qui ne trouve pas, en elle-même, des motifs sérieux de réprobation. On ne négligera pas l'emploi de la bande d'Esmarch, qui favorisera l'exploration de l'os et facilitera la reconnaissance des parties malades.

Mais quelle conduite tenir lorsque la suppuration est très abondante, lorsque la diaphyse est dénudée sur une vaste étendue et lorsqu'elle semble, même au début, frappée de nécrose? En présence d'un état général grave, l'indication urgente est de supprimer le foyer qui devient un nouveau centre d'infection. C'est pour des faits de ce genre qu'on a proposé la résection hâtive, précoce de la diaphyse. Ce sont ces cas qui ont permis aux chirurgiens d'extraire des tibias dans presque toute leur étendue. Le tibia est l'os de prédilection de ces variétés malignes. La diaphyse enlevée, le conduit périostique, lorsque le périoste n'a pas trop souffert, reconstitue l'os, si bien que des régénérations ont été observées, à la suite desquelles la longueur du membre paraissait avoir relativement peu souffert. Les greffes osseuses, humaines et animales doivent être essayées. Au Congrès français de chirurgie (1886-1889), j'ai montré le bénéfice que l'on pouvait retirer des greffes osseuses après une ablation de toute la diaphyse et de l'épiphyse inférieure du tibia.

Enfin, lorsque la suppuration s'est étendue à travers les cartilages de conjugaison et les épiphyses jusqu'aux articulations voisines, il faut ouvrir et drainer largement les articulations. Tout en se montrant très économe dans l'ablation des parties osseuses malades, on doit savoir sacrifier les tissus qui, par leurs lésions infectieuses, peuvent, dans les formes graves, compromettre la vie du malade. Dans un cas de ce genre, nous avons dû enlever la totalité du tibia, diaphyse et épiphyses chez un enfant de dix ans (P. Jacob).

Quant aux pertes de substances consécutives à la trépanation, elles doivent être réparées le plus tôt possible, soit par l'ostéoplastie, soit par les greffes, soit même par le plombage de l'os.

L'arthrotomie suffit, toutefois, pour des suppurations articulaires qui dépen-

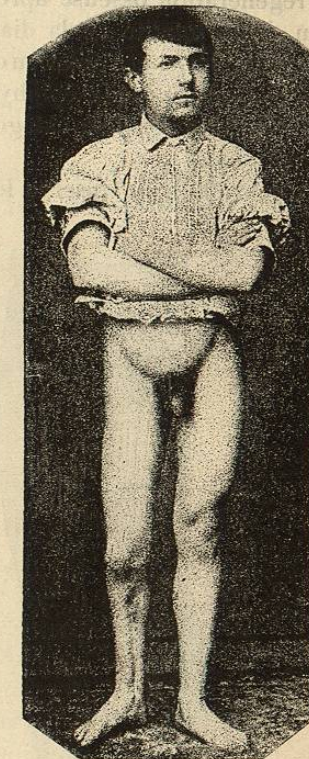


FIG. 248. — Anthelme Fornier, trois ans après l'ablation de la diaphyse et de l'épiphyse inférieure du tibia. Tibia de nouvelle formation. Retour complet de la fonction. (Congrès de chirurgie. Paris, 1889.) (Voy. fig. 257.)

dent de l'infection générale, et ne sont point le fait d'une propagation de voisinage. S'agit-il d'une ostéite bipolaire s'accompagnant de pandiaphysite et de suppuration des deux articulations adjacentes, on doit être très réservé sur la reconstitution du squelette enlevé. Au point de vue fonctionnel, il faut établir une grande différence, comme le montrent nos dessins, entre la régénération osseuse après l'ablation de la totalité de la diaphyse et d'une épiphyse, et l'ablation de la diaphyse avec ses deux épiphyses. Les faits de cette dernière catégorie sont exceptionnels.

Aujourd'hui, on réserve les ampu-

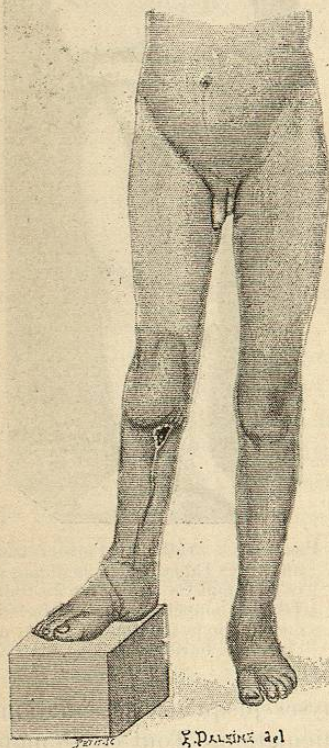


FIG. 219. — Paul Jacob, quinze mois après l'ablation de la totalité du tibia : diaphyse et ses deux épiphyses pour une ostéomyélite infectieuse. — Régénération incomplète de l'os enlevé. — L'enfant marche bien avec un tuteur à point d'appui ischiatique.



FIG. 230. — Paul Jacob, huit ans après l'opération. — Tibia représenté par une lame osseuse incomplète et insuffisante pour supporter le poids du corps. (Aucun accroissement du tibia néoformé depuis l'opération.) La tête du péroné s'est luxée par en haut, elle remonte de 6 à 8 centimètres sur la face externe du fémur. — L'opéré marche très bien, il peut faire de longues courses, avec un tuteur à point d'appui ischiatique.

tations pour les cas où un état général très mauvais s'allie à un état local des plus graves : envahissement de plusieurs os et de plusieurs articulations, décol-

lement des parties molles par des infiltrations purulentes qui tiennent tout le segment du membre. Ces cas sont rares ; on peut les voir au membre supérieur où des ostéo-arthrites de la main se combinent avec des ostéo-arthrites de l'avant-bras et du coude ; ils seront justiciables de l'amputation du bras. On les rencontrera encore aux membres inférieurs dont les os et les articulations du tarse, de la jambe et du genou pourront être simultanément envahis. L'amputation de la cuisse sera alors pratiquée.

Nous désirons, avant de terminer ce paragraphe du traitement, faire remarquer l'importance et la nature de l'intervention dans les ostéomyélites de certains os plats. Nous voulons parler des ostéites des os du crâne, du frontal, du temporal en particulier. Il est à remarquer que la suppuration envahit ici les deux faces de l'os et qu'avec un abcès extérieur coexiste entre la dure-mère et l'endocrâne une nappe de pus. On comprend que la trépanation soit la seule opération rationnelle, capable d'ouvrir ces deux foyers et de faire cesser les accidents cérébraux habituels.

Pour l'os iliaque, l'omoplate, des incisions au point atteint suffisent souvent. Cependant pour l'os coxal on pourra pratiquer des trépanations dans les cas où le pus occuperait la fosse iliaque interne.

L'ostéomyélite du calcaneum, de la rotule, est facile à ouvrir. Il en est ainsi pour les ostéites de l'arc postérieur des vertèbres ; mais il n'en est plus de même pour celles qui atteignent le corps de la vertèbre, surtout si cette dernière dépend de la portion dorsale. L'intervention est alors, le plus souvent, impossible.

III

OSTÉOMYÉLITE PROLONGÉE OU CHRONIQUE

Il faut distinguer deux formes principales, dans l'évolution symptomatique de l'ostéomyélite prolongée :

- 1° *L'ostéomyélite prolongée consécutive à une attaque d'ostéomyélite aiguë.*
- 2° *L'ostéomyélite chronique d'emblée.*

Les principaux travaux publiés sur cette variété d'ostéite sont les suivants :

LANNELONGUE et COMBY, De l'ostéomyélite prolongée ou chronique. In *Arch. gén. de méd.*, 1879. — RECLUS, De l'ostéomyélite prolongée. In *Gaz. heb.*, 1882. — JABOULAY, Le microbe de l'ostéomyélite. Démonstration expérimentale de sa présence dans les foyers de l'ostéomyélite prolongée et dans quelques abcès chauds. Thèse de Lyon, 1885. Expériences avec le pus d'une ostéomyélite prolongée. In *Province méd.*, 1887. — TRÉLAT, Congrès français de chirurgie, 1885. — GOLAY, Abcès des os. Thèse de Paris, 1887. — DEMOULIN, De l'ostéomyélite chronique d'emblée. Thèse de Paris, 1888.

1° OSTÉOMYÉLITE PROLONGÉE CONSÉCUTIVE A L'OSTÉOMYÉLITE AIGUË

Un grand nombre de vieilles ostéites sont de nature ostéomyélitique, et doivent être rangées dans une classe à part, à côté des ostéites tuberculeuses, syphilitiques et traumatiques. Il n'y a pas encore bien longtemps que la confusion était complète et que tout os qui suppurait était catégorisé parmi les affec-