

tif du voisinage et le long des interstices musculaires. Avant l'apparition de ce phlegmon, la localisation de la tumeur empêchera de confondre l'ostéomyélite avec une arthrite suppurée; d'autre part, lorsque le phlegmon est en voie de développement, le fait qu'il entoure toute la périphérie de la cuisse, permettra d'exclure l'existence d'un simple phlegmon du tissu conjonctif. L'ostéomyélite de la région épiphysaire se complique presque toujours d'une **ostéochondrite de l'épiphyse**, laquelle détermine souvent, dans la seconde semaine de la maladie, une inflammation de l'articulation voisine, tantôt sous la forme d'une hydarthrose inflammatoire, tantôt sous celle d'une arthrite suppurée de gravité et d'importance variables. D'autre part, et précisément dans les cas les plus graves, l'ostéochondrite est cause d'un accident qui a même engagé un auteur (KLOSE) à désigner la maladie sous le nom de «*décollement inflammatoire des épiphyses*».

Dans d'autres cas, à l'ostéomyélite de la diaphyse viennent s'ajouter, dans les épiphyses, des foyers circonscrits qui, de même que ceux de la tuberculose, donnent lieu à une affection articulaire. Nous reviendrons du reste, sur cette question à propos de l'étiologie de l'arthrite du genou.

La **terminaison** est presque toujours mortelle dans les formes les plus malignes avec fièvre à caractère typhoïde, avec phlegmon et suppuration infectieuse grave, avec décollement épiphysaire et arthrite suppurée du genou ou de la hanche ou de ces deux articulations à la fois, soit que l'affection osseuse intéresse la diaphyse dans toute sa longueur, soit qu'elle siège à sa partie supérieure seulement. Dans les cas moins graves se forment des abcès sous-musculaires étendus, qui se rapprochent peu à peu de la surface. Les formes légères peuvent subir la régression, après le développement d'une périostite ossifiante plus ou moins intense. C'est dans ces cas, du reste, que l'on voit survenir souvent, au bout d'un grand nombre d'années, une série de récurrences sous forme d'accès fébriles, parfois compliqués de phlegmon, accès qui ne disparaissent qu'après une opération s'adressant à l'os lui-même. On constate alors que l'on a affaire soit à un simple abcès osseux, soit à un séquestre de dimensions variables, avec des quantités plus ou moins grandes d'exsudat inflammatoires. Même le décollement de l'épiphyse ne comporte pas toujours un mauvais pronostic; l'épiphyse et la diaphyse peuvent se souder de nouveau l'une à l'autre, et l'on a même observé des cas dans lesquels l'accroissement de l'os à la suite de cet accident n'était pas retardé d'une façon notable, en dépit de la suppuration au niveau de la surface épiphysaire.

Mais la grande majorité des individus atteints d'ostéomyélite, ont encore bien des souffrances à endurer après la terminaison de la maladie proprement dite. Nous ne ferons que mentionner ici, en raison de leur rareté, les cas d'affection articulaire persistante, de décollement de l'ex-

trémité épiphysaire avec perforation de la peau et issue de l'os à l'extérieur. Par contre, nous devons insister sur le mode de terminaison le plus fréquent de la maladie, à savoir la production d'une **nécrose** plus ou moins étendue.

Parfois l'ostéomyélite s'étend à toute la diaphyse jusqu'à l'extrémité épiphysaire supérieure, ou bien elle n'intéresse que le tiers supérieur de l'os. Il peut se produire dans ces cas un décollement épiphysaire, accident qui entraîne presque toujours la suppuration de l'articulation lorsqu'il s'agit de l'épiphyse fémorale supérieure comprise dans la cavité articulaire. Rarement les surfaces articulaires contractent entre elles des adhérences avant le décollement de l'épiphyse, de sorte que l'articulation déjà oblitérée au moment de cet accident, ne peut devenir le siège d'une suppuration. De même la disjonction des épiphyses trochantériennes seules ne se complique pas nécessairement d'une arthrite suppurée.

Conformément au siège le plus fréquent de l'ostéomyélite, la plupart des nécroses du fémur s'observent dans le voisinage de l'extrémité épiphysaire inférieure, et intéressent surtout la partie de l'os qui regarde le creux poplité. Les nécroses totales s'étendant à une hauteur variable jusque vers le milieu de la diaphyse, sont relativement rares.

On doit attribuer essentiellement à deux causes la prédominance de la nécrose à la face postérieure de l'os. En arrière, en effet, le périoste de la diaphyse voisine de l'épiphyse est moins adhérent à l'os qu'à la face antérieure, où il est uni intimement à la surface du fémur par les nombreux faisceaux musculaires qui s'y insèrent. Le périoste de cette partie de l'os se décolle ainsi beaucoup plus facilement et sur une plus grande étendue, et il en résulte un trouble de nutrition des couches osseuses superficielles. D'autre part, le malade étant couché sur le dos, le pus a beaucoup plus de tendance à rester en stagnation à la face postérieure du fémur.

Les fistules en relation avec les orifices des cloaques, siègent le plus souvent des deux côtés de l'os, en dehors, entre le vaste externe et le biceps, en dedans entre le vaste interne et les adducteurs, où les gros vaisseaux de la cuisse constituent souvent un voisinage très dangereux.

La situation des fistules est moins constante lorsqu'il s'agit d'une nécrose de l'extrémité supérieure du fémur; celles qui se dirigent vers le petit trochanter, siègent le plus souvent au niveau des adducteurs, plus ou moins près du pli fémoro-périnéal; celles qui proviennent de la région trochantérienne antérieure, sont situées en avant du bord antérieur du muscle tenseur du fascia lata; enfin les fistules plus profondes débouchent le long du bord postérieur du grand trochanter et de la face externe de la cuisse.

On peut admettre qu'en moyenne, au bout de 2 à 3 mois, les parties nécrosées, même celles qui ont une certaine étendue, se sont complètement détachées du reste de l'os. Mais souvent on ne parvient à s'en assurer qu'au moment de l'opération que nécessite l'extraction du sé-

questre. Il est rare que l'on réussisse à reconnaître la mobilité d'un petit fragment nécrosé par l'introduction d'un stylet explorateur ou d'une pince à pansement. Plus souvent on arrive au diagnostic en frappant de petits coups secs sur le séquestre à l'aide d'une forte sonde métallique; on perçoit alors un son particulier, que l'on pourrait désigner sous le nom de « bruit de tesson » et qui permet de conclure que l'on a affaire à un séquestre détaché et non pas à une partie osseuse en continuité avec le reste du fémur; assez souvent on ne réussit à reconnaître la mobilité du séquestre que par l'introduction du doigt ou d'une pince, avec laquelle on le saisit et le déplace. Mais dans nombre de cas, le séquestre volumineux est embrassé si étroitement par son étui osseux, que force est de renoncer au diagnostic objectif de sa mobilité, et qu'après avoir agrandi l'ouverture de l'os, on est obligé de l'attaquer d'emblée par des instruments qui permettent de le réduire en fragments.

§ 78. — Une question qui n'a pas encore été résolue, c'est celle de savoir si, au début de l'ostéomyélite aiguë, il est possible de couper la maladie ou, tout au moins, d'en atténuer la gravité par l'administration de substances qui, l'expérience l'a démontré, exercent jusqu'à un certain point une influence favorable sur le sang infecté, entre autres, la quinine, l'acide salicylique et ses préparations, de fortes doses d'alcool (KOCHER). En tout cas, il est indiqué de faire l'essai de ces médicaments, car ils ont pour effet de diminuer la fièvre. Mais, en outre, le chirurgien aura soin avant tout, d'assurer l'immobilité du membre dans le but de diminuer les douleurs et d'exclure une cause d'irritation, grâce à l'abolition des mouvements.

Le repos du membre a non seulement pour effet de calmer considérablement la douleur, mais elle prévient, en outre, les attitudes vicieuses si difformes qui se produisent très facilement dans le cours des affections inflammatoires du genou, lorsque l'extrémité a été abandonnée à elle-même. D'autre part, l'immobilisation diminue notablement le danger du décollement épiphysaire et du déplacement de la partie de l'os ainsi séparée de la diaphyse.

Comme le membre doit être surveillé, il est à conseiller de se servir, pour l'immobilisation, de boîtes, d'attelles métalliques et particulièrement de gouttières en fil de fer. On fera des applications locales de glace, et suivant le mode de traitement de DEMME, on badigeonnera énergiquement à la teinture d'iode la partie malade.

L'amputation précoce conseillée par CHASSAIGNAC pour les formes typiques malignes avec fièvre à caractère typhoïde et décollement de l'épiphysse, n'a donné jusqu'ici que peu de bons résultats, et l'on se demande s'il ne vaudrait pas mieux y renoncer complètement. Quant aux *trépanations* de la diaphyse, elles sont tout aussi peu à conseiller pour le moment. Elles peuvent, il est vrai, diminuer considérablement la pression intra-médullaire; mais, en général, elles ne permettent pas d'arriver sur

les foyers ostéomyélitiques, même si l'on établit plusieurs ouvertures; en outre, ce mode d'intervention fait courir les plus grands dangers d'infection par la moelle, de sorte qu'il ne saurait être justifié que par une antiseptie absolument sûre. En règle générale, on fera donc bien de rester dans l'expectation jusqu'à ce que le phlegmon se soit développé et que l'on ait pu constater la présence du pus, et de ne tenter la trépanation avec des précautions rigoureuses d'antiseptie, que dans les cas tout à fait graves avec douleurs très vives et fièvre intense. Mais dès que l'existence du pus a été reconnue, on doit rejeter résolument, selon nous, toutes les demi-mesures, telles que la ponction et l'injection phéniquée, que l'on a de nouveau conseillée. En effet, comme j'ai eu maintes fois l'occasion de m'en convaincre dans ces derniers temps, les affections même très graves, s'étendant à toute la diaphyse, suivent une marche remarquablement favorable lorsqu'on pratique les incisions nécessaires, avec les précautions antiseptiques, dès que la fluctuation annonce la présence du pus, et que l'on applique le pansement antiseptique au moins pendant les premières semaines, alors que l'affection est en pleine suppuration, et jusqu'à la période de formation des fistules.

On aura soin d'établir des ouvertures en nombre suffisant pour que le pus ait un libre écoulement. On est souvent obligé, pour obtenir ce résultat, de pénétrer profondément dans des régions dangereuses. Aussi ne divise-t-on avec le bistouri que la peau et l'aponévrose, puis à l'aide d'une pince à pansement fermée, à laquelle on imprime un mouvement de rotation, on arrive lentement jusque dans le foyer de suppuration, et l'on ouvre l'instrument dès que l'on voit le pus s'écouler par la plaie (ROSER). On pénètre ensuite avec le doigt dans le trajet ainsi créé, dans le but de l'agrandir en écartant les tissus et de s'assurer si l'os est dénudé; en outre, en introduisant d'emblée le doigt dans la cavité de l'abcès, on pourra reconnaître les points qui se prêtent particulièrement à l'établissement de contre-ouvertures. De l'autre main, armée du bistouri, on incise alors jusque dans le voisinage de la cavité de l'abcès, les parties molles que le doigt refoule de dedans en dehors, et l'on achève de les perforer avec un instrument mousse de la manière décrite plus haut. La cavité est ensuite lavée avec une solution phéniquée et munie de gros tubes à drainage, puis une grande quantité de gaze chiffonnée et un pansement de Lister sont appliqués de façon à entourer le membre jusqu'à une grande distance des orifices des drains.

Le traitement est le même lorsque la cavité articulaire est remplie de pus, mais cette dernière devra être soumise, dans ce cas, à des lavages après un drainage convenable. En règle générale, la suppuration de l'articulation tarit rapidement, et les drains peuvent être bientôt enlevés. Dans les cas de ce genre que nous avons eu à traiter dans ces derniers temps, il ne nous est jamais arrivé d'avoir à discuter, même un seul instant, la nécessité d'une amputation. Mais il va sans dire que les règles de l'antiseptie doivent être observées ici de la façon la plus rigoureuse.