

voisins. Ainsi, pour les ganglions du cou, il y a parfois asphyxie par compression de la trachée, dysphagie et inanition par celle de l'œsophage. De même, on a vu les ganglions bronchiques cancéreux entraîner l'asphyxie par compression des bronches; ceux de l'abdomen, l'ascite ou l'œdème des membres inférieurs, suivant que la veine porte ou la veine cave inférieure se trouvaient comprimées.

J'ai eu plusieurs fois l'occasion d'observer une forme assez insidieuse de cancer progressif et rapide des ganglions. La maladie débute par un très-petit cancer mélanique de la peau des membres inférieurs. On détruit le mal par la cautérisation, et il ne reste plus sur les téguments qu'une cicatrice légèrement colorée en brun. Souvent tout est guéri depuis quelque temps du côté de la peau, lorsqu'un ganglion se montre dans l'aîne et grossit plus ou moins vite. Quand cette tumeur a acquis un volume notable, on songe à l'extirper; mais plus d'une fois le rapport qui existe entre ce cancer ganglionnaire et la petite lésion qui lui a donné naissance reste méconnu. Dans un cas de ce genre le malade avait oublié la légère opération qu'on avait faite naguère pour détruire le tubercule cancéreux de la peau, et dans un autre cas un chirurgien éminent refusait d'admettre la relation que ce cancer ganglionnaire énorme pouvait avoir avec la tumeur cutanée dont il restait seulement une cicatrice insignifiante. L'extirpation de la tumeur de l'aîne dans des cas analogues se fait en général assez facilement, parce que les ganglions affectés sont superficiels, et la plaie se cicatrice. Le malade semble guéri pendant quelque temps, puis il commence à se plaindre de douleurs abdominales plus ou moins vives, et l'on constate bientôt un engorgement ganglionnaire dans la fosse iliaque, le long du trajet des vaisseaux de cette région. Les mêmes douleurs se répètent du côté de la poitrine jusqu'au moment où se montrent à la partie supérieure du thorax des engorgements plus ou moins volumineux. La mort ne tarde pas arriver, et l'on peut constater alors toute une chaîne de ganglions cancéreux de l'aîne à la partie supérieure du thorax. J'ai rencontré plus d'une fois ce cancer rapidement progressif des ganglions, et sa physionomie a quelque chose d'assez particulier pour qu'on doive appeler sur ce fait l'attention des chirurgiens.

Le *diagnostic* du cancer ganglionnaire est difficile au début; cependant la période moyenne de la vie à laquelle ces tumeurs se montrent, leur accroissement continu, les douleurs lancinantes dont elles sont le siège, et l'altération de la santé, constituent des éléments de probabilité pour l'existence d'un cancer. D'autre part, les *glandes tuberculeuses* s'observent dans l'enfance et la jeunesse, elles sont indolentes et ne s'ouvrent que par un travail d'ulcération inflammatoire. L'*hypertrophie* a une marche très-lente, et reste toujours une affection locale et bénigne. Quant aux *abcès*, il faut reconnaître qu'ils simulent parfois certaines tumeurs encéphaloïdes ou mélaniques à développement rapide et fluctuantes; dans ce dernier cas, la ponction exploratrice est nécessaire, car l'incision donnerait issue à un champignon cancéreux au lieu de pus, ou bien

à de la mélanose liquide au centre de la tumeur, comme j'en ai vu un exemple.

Le *pronostic* est très-mauvais et encore aggravé par les accidents de voisinage.

TRAITEMENT. — Quand les glandes engorgées sont internes, on ne peut employer que des moyens destinés à calmer les douleurs et à rassurer le moral du malade; si les ganglions sont externes et accessibles au bistouri, il faut les enlever le plus promptement possible, que le cancer soit primitif ou secondaire. Tout retard apporté à l'extirpation de ces tumeurs ne peut qu'être favorable à une infection cancéreuse progressive.

CHAPITRE XI

MALADIES DU TISSU OSSEUX

MALADIES INFLAMMATOIRES DES OS

Les os sont, comme les tissus mous, sujets à un travail phlegmasique qui peut porter isolément sur le périoste, sur le tissu médullaire ou sur le tissu osseux proprement dit, mais qui souvent se montre à la fois sur ces différentes parties de l'os. Ces formes variées de la phlegmasie se rencontrent fréquemment, soit à l'état simple, soit comme complication d'autres altérations osseuses; mais elles n'ont été bien étudiées que depuis une trentaine d'années environ. Avant ce temps, on avait à peu près complètement méconnu les altérations anatomiques et les symptômes de ces inflammations des os. En effet, depuis l'époque hippocratique jusqu'au milieu du siècle dernier, les médecins n'ont eu que des idées confuses sur la pathologie du système osseux; ils ont presque tout rattaché à la carie, sans rechercher les désordres anatomiques de cette affection, et les analogies qu'elle peut offrir avec l'état phlegmasique du tissu osseux; mais dans le dernier siècle les expériences de Duhamel, de Tenon, de Troja, sur le cal, l'exfoliation et la reproduction des os, appelèrent l'attention des observateurs sur la physiologie pathologique de ce tissu. En même temps quelques thèses soutenues à l'étranger posaient en principe l'analogie des inflammations des parties molles avec celles des os. Une thèse publiée à la fin du siècle dernier par Jacob van der Haar, et traduite en 1783 dans le Recueil de Leipsick, étudie même l'ensemble des phénomènes phlegmasiques du tissu osseux. Elle a pour titre : *Remarques sur l'inflammation, la suppuration, l'induration et la gangrène des os.*

Malgré de recommandables travaux sur quelques-uns des résultats les plus saisissants de l'ostéite, travaux parmi lesquels il faut particulièrement citer le livre de Weidmann sur la nécrose, on avait encore peu écrit sur l'inflammation proprement dite des os, jusqu'au moment où,

dans sa *Nouvelle doctrine chirurgicale*, Lévillé commença à donner quelques indications, bien vagues à la vérité, sur l'ostéite; mais l'histoire de l'inflammation des os a été réellement constituée par les travaux plus récents de Reynaud, Crampton, Gerdy, Miescher, etc., travaux que nous indiquerons plus loin aux articles PÉRIOSTITE, OSTÉITE, etc.

Pour bien faire comprendre les changements que l'inflammation fait subir aux os, il importe de rappeler brièvement les principaux détails de la structure du tissu osseux.

Un os frais est formé de trois parties : 1° une enveloppe fibreuse, à laquelle on donne le nom de *périoste*; 2° la substance osseuse proprement dite; 3° enfin la *moelle*, contenue à l'intérieur des os. Le périoste est une membrane fibreuse qui enveloppe les os partout, excepté dans les points où ils sont recouverts de cartilages et où se fait l'insertion des tendons. Cette membrane est très-vasculaire; elle s'unit aux os par des prolongements fibreux et par de petits vaisseaux. La substance osseuse proprement dite est composée d'une matière amorphe renfermant les *corpuscules osseux*, petites cavités ovoïdes ou allongées, à centre clair, à bords noirâtres, et d'où partent en grand nombre des canaux flexueux, ramifiés et souvent anastomosés. Ces canaux, qu'on appelle les *canalicules calcaires*, diffèrent des conduits qui ont reçu le nom de *canalicules vasculaires* ou de *Havers*, et qui, creusés dans la substance osseuse, renferment des capillaires très-fins. Les canaux vasculaires se ramifient et s'anastomosent comme les vaisseaux qu'ils renferment. On peut voir à la surface de l'os leur ouverture taillée en bec de flûte. La disposition de ces conduits dans l'intérieur de l'os permet de distinguer tout de suite le tissu osseux compacte du tissu spongieux ou celluleux : l'un disposé à la surface externe de tous les os et formant le centre des os longs; l'autre constituant les os courts et les extrémités des os longs. La substance osseuse est disposée dans sa portion compacte en couches intimement adhérentes : les unes sont concentriques aux canaux de Havers; les autres, disposées au-dessous du périoste, combrent les vides laissés à la surface de l'os par la juxtaposition des canalicules vasculaires. Dans le tissu spongieux, si les trabécules sont très-minces, on n'y trouve que de la substance osseuse; mais quand elles ont une plus grande épaisseur, on y découvre aussi des canalicules vasculaires.

Outre ces canalicules très-fins, on voit dans certains os, au crâne, dans les vertèbres, à l'extrémité des os longs, des canaux plus larges et renfermant des veines.

La moelle des os est cette substance jaune ou rougeâtre qui se trouve dans le corps des os longs, dans le tissu spongieux des extrémités de ces os, dans les aréoles des os plats, et qui se prolonge jusque dans les canalicules vasculaires. Dans l'enfance, cette moelle forme une pulpe rouge qui ne contient presque pas de vésicules adipeuses; on la trouve, à l'âge adulte, grisâtre ou rosée, molle et demi-transparente; enfin, dans quelques cas, et surtout chez les vieillards, elle est jaunâtre. On y découvre par le

microscope des plaques à noyaux multiples ou *myéoplaxes*, des *médullocelles* formées soit de noyaux libres, soit de cellules à noyaux sphériques ou légèrement polyédriques, des granulations amorphes, des vésicules graisseuses et enfin des capillaires très-abondants.

Ces données établies sur la structure des os, nous serons mieux disposés à comprendre les caractères anatomiques de l'os enflammé.

Les trois éléments de l'os, le *périoste*, la *moelle*, le *tissu osseux* proprement dit, peuvent être envahis isolément par l'inflammation, et l'on désigne ces trois phlegmasies par les noms de *périostite*, *ostéomyélite* et *ostéite*. Nous allons étudier séparément ces trois affections, en prévenant toutefois le lecteur que leur réunion sur le même os est très-commune.

ARTICLE PREMIER

PÉRIOSTITE

Pendant longtemps on n'a point séparé l'inflammation du périoste de celle du tissu osseux; mais, quoique les symptômes de l'une se confondent souvent avec ceux de l'autre, il existe entre ces deux affections quelques différences qui méritent une mention spéciale.

Depuis un travail publié en 1759, à Iéna, par Kaltschmid (1), beaucoup de recherches sur l'inflammation du périoste ont été faites, et parmi celles-ci on doit mentionner spécialement les travaux suivants :

PH. CRAMPTON, *On periostitis* (*Dublin Hospit. Reports*, 1818, vol. I, p. 331). — MAISONNEUVE, *le Périoste et ses maladies*, thèse de concours, 1839. — GERDY, *De la périostite et de la médullite* (*Archives générales de médecine*, août 1853, 5^e série, t. II, p. 130). — BŒCKEL, *De la périostite phlegmoneuse* (*Gazette médic. de Strasbourg*, 1858). — HÉDOIN, *De la périostite*, thèse de Strasbourg, 1858. — CURLING, *Practical clinical Remarks on acute periostitis* (*The Lancet*, 3 sept. 1859). — CHASSAIGNAC, *Des abcès aigus sous-périostiques* (*Mémoires de la Société de chirurgie*, vol. IV, p. 286).

On distingue deux formes de l'inflammation du périoste : la *périostite aiguë* et la *périostite chronique*.

§ I. — Périostite aiguë.

ÉTILOGIE. — Le périoste peut s'enflammer à la suite de violences extérieures, en particulier de contusions, et, dans ce cas, la maladie a quelquefois une marche si aiguë, qu'on l'a désignée sous le nom de *périostite diffuse*. L'exposition d'un membre à un grand froid est aussi une cause de cette affection. Dans d'autres cas, il semble que la phlegmasie du périoste provienne d'une phlegmasie située dans le voisinage. Ainsi le

(1) *Dissert. de morbis periostei*. Ienæ, 1759.