

cure et l'iodure de potassium qu'il faut avoir recours. Le traitement local peut consister, quand il n'y a pas de suppuration, en applications d'emplâtre de Vigo, et, si la périostite suppure, en une incision suivie de pansements légèrement excitants. Dans la périostite non syphilitique, on conseillera le repos, les émollients, puis les résolutifs et la compression. Quelques vésicatoires volants appliqués sur le point malade peuvent activer la résolution du mal.

Quand on trouve un de ces ulcères sus-périostaux qui ne s'accompagnent point de nécrose, et cependant résistent à tous les pansements détersifs, il faut recourir à une cautérisation rapide avec un fer chauffé à blanc. On aura soin, aussitôt la cautérisation faite, de projeter sur la partie brûlée de l'eau froide pour empêcher la trop vive propagation de la chaleur à l'os.

## ARTICLE II

## OSTÉOMYÉLITE

On désigne sous le nom d'*ostéomyélite*, de *médullite* (Gerdy), l'inflammation du tissu médullaire des os, et surtout l'inflammation de la moelle contenue dans le canal central des os longs. Quelques chirurgiens du siècle dernier ont rapporté des observations qui ont trait à cette maladie. J.-L. Petit (1) en parle à propos des *exostoses*, et du Verney (2) à l'article *sur la fracture en long des grands os qu'on nomme fente*. Mais le premier travail important sur ce sujet est celui que Reynaud a inséré dans les *Archives générales de médecine*, en 1831. Plus récemment, cette question a été reprise par Chassaignac et Tharsile Valette, dans deux travaux que nous citons plus bas.

REYNAUD, *De l'inflammation du tissu médullaire des os* (*Archives de médecine*, 1<sup>re</sup> série, 1831, t. XXVI, p. 161). — MORVEN SMITH, *Cases illustrating practise of exposing and perforating the diseased bones* (*American Journal of medical sciences*, 1838, vol. XXIII, trad. dans *Archives de médecine*, 1839, t. IV, p. 219). — VERNEUIL, *Note sur les cellules du tissu médullaire des os et sur leur état dans l'ostéomyélite* (*Gaz. médicale de Paris*, 1852, n° 26). — CHASSAIGNAC, *Mémoire sur l'ostéomyélite* (*Gaz. médicale*, 1854, n° 33). — *Discussion sur l'ostéomyélite à la Société de chirurgie*, en 1855 (*Bulletin de la Société*, t. VI, p. 284-301). — TH. VALETTE, *Sur l'ostéomyélite après les amputations* (*Gaz. des hôpitaux*, 1855, n° 145; 1856, n° 1). — JULES ROUX, *De l'ostéomyélite et des amputations à la suite des coups de feu* (*Mémoires de l'Académie de médecine*, 1860).

Il n'est guère possible aujourd'hui de tracer une histoire complète de l'ostéomyélite, car si l'anatomie pathologique a été faite avec soin, la connaissance des symptômes n'est point encore assez avancée pour permettre,

(1) *Traité des maladies des os*, p. 369.

(2) *Traité des maladies des os*, 1751, t. I, p. 156.

du moins dans un grand nombre de cas, de distinguer sur le vivant l'*ostéomyélite spontanée* de la périostite aiguë. On reconnaît mieux l'*ostéomyélite traumatique*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — C'est sur des individus amputés depuis peu de temps, qu'il est surtout possible de bien étudier les lésions de l'ostéomyélite traumatique. On aperçoit à l'extrémité de l'os qui a été scié un prolongement rouge ou grisâtre de consistance assez résistante, et qui s'étale parfois comme un champignon pour recouvrir le bout de l'os. Il s'agit là d'une augmentation toute locale du tissu médullaire, et cela ne signifie pas que la moelle soumise à une tension exagérée ait fait hernie de ce côté. Les lésions de l'ostéomyélite sont limitées au bout de l'os. Dans l'autre cas, la phlegmasie remonte plus haut; on constate sur plusieurs points, rarement sur la totalité du tissu médullaire, une injection vasculaire qui s'accompagne d'une coloration rouge du suc de la moelle, dans laquelle a même pu se faire une extravasation sanguine. La consistance du tissu a aussi notablement augmenté, et cette solidification de la moelle, causée par des dépôts apoplectiques ou d'autres exsudats, tranche assez nettement sur le reste des parties saines.

Quand la maladie a duré pendant quelques jours, on voit les points rouges dont nous avons parlé perdre leur coloration, et, en s'infiltrant de produits plastiques, devenir peu à peu grisâtres et purulents. Un abcès se forme ainsi au centre de la moelle, qui se trouve décollée par le pus dans une certaine hauteur. On a cru remarquer dans quelques cas une véritable gangrène du tissu médullaire, mais ce dernier fait mérite confirmation, car on a pu prendre pour de la gangrène la suppuration infectée du tissu de la moelle. Ce pus intramédullaire détache peu à peu le bouchon qui ferme l'extrémité sciée de l'os, et se répand au dehors.

Lorsque l'ostéomyélite s'étend à une certaine hauteur au-dessus du point d'amputation, on trouve habituellement le périoste infiltré de sérosité et décollé dans la même étendue. Il est facile de comprendre que, dans ce cas, la portion de l'os limitée entre le périoste décollé et la moelle enflammée soit frappée de mort. On ne trouve pas toujours du pus dans le champignon médullaire des amputés; quelquefois le bouchon plastique subit une métamorphose rétrograde. Il diminue peu à peu de volume, et s'infiltré de sels calcaires; il ne reste là qu'une masse composée de tissu osseux ou de tissu fibreux qui, dans les cas de guérison, ferme l'extrémité du canal médullaire.

La nécrose de la diaphyse des os longs est encore la conséquence d'une ostéomyélite spontanée, lorsque le tissu médullaire vient à suppuré et qu'il existe en même temps un abcès sous-périostique. Mais l'ostéomyélite suppurée partielle peut bien ne pas s'accompagner de nécrose. On observe alors dans ce cas une forme assez particulière d'abcès: ce sont de petites collections de pus limitées par une membrane pyogénique sans séquestre. Si la maladie existe depuis longtemps, on constate une augmentation périphérique du tissu osseux, et dans quelques cas un trajet

fistuleux dans l'os. C'est à la partie supérieure de la cavité médullaire du tibia qu'ont été observés le plus souvent ces abcès. Quand on trouvait naguère ces collections purulentes dans l'os, on pensait que le séquestre s'était résorbé; aujourd'hui on apprécie mieux la nature de ces collections de pus.

Une des plus graves complications de l'ostéomyélite, c'est le décollement des épiphyses produit par une suppuration entre elles et la diaphyse de l'os. Ce ne sont pas seulement les épiphyses qui se décolent alors, mais on peut constater aussi une inflammation des articulations voisines.

On a écrit que dans l'ostéomyélite chronique, où la moelle est rouge et gélatineuse, le canal médullaire pouvait s'oblitérer par de la matière osseuse qui se substituait à la moelle, mais rien n'autorise à admettre cette hypothèse, et ces oblitérations du canal central des os longs sont le plus souvent le résultat d'une forme particulière d'ostéite, l'ostéite plastique ou condensante. Ce qui a pu faire croire à cette oblitération, c'est que quand la moelle, à la suite d'un traumatisme, vient à s'enflammer un peu, comme par le passage de la scie dans les amputations, il se forme à la surface des exsudats granuleux qui se pénètrent de productions calcaires. Ainsi s'ossifie la cicatrice des os longs après l'amputation.

Il est très-fréquent de trouver chez des individus qui succombent à une ostéomyélite aiguë toutes les lésions de la pyohémie.

ÉTIOLOGIE. — Les causes de l'ostéomyélite sont celles déjà indiquées en parlant de la périostite; mais Reynaud pense que l'action de la scie sur la moelle est la cause la plus fréquente de cette inflammation après les amputations de cuisse. On doit attribuer aussi une grande influence aux conditions hygiéniques au milieu desquelles se trouvent les blessés.

SYMPTOMATOLOGIE. — L'ostéomyélite n'a pas toujours de signes caractéristiques, et l'on peut la confondre dans certains cas avec la périostite aiguë; mais s'il s'agit de cette ostéomyélite traumatique et partielle qu'on observe à l'extrémité des os amputés, on la reconnaît au développement de ce champignon rougeâtre, saignant, douloureux, dont nous avons parlé plus haut. L'ostéomyélite qui se montre au milieu des accidents inflammatoires des plaies par armes à feu est plus difficile à apprécier. On peut la soupçonner toutefois, quand, à travers les fragments, on découvre un décollement du périoste et quelque bourgeon médullaire rougeâtre.

L'ostéomyélite partielle des amputés peut se développer et guérir sans accidents généraux. Voici d'ordinaire comment les choses se passent alors. La rondelle osseuse qui est en rapport avec ce moignon se nécrose à la fois par le décollement du périoste et par l'inflammation de la moelle; cela dure un temps plus ou moins long avant de se détacher, et à la chute de ce séquestre, le champignon médullaire se rétracte, devient comme fibreux, et finit même par s'ossifier. Quand la phlegmasie

gagne une grande hauteur du tissu médullaire, on observe une forte fièvre, de vives douleurs dans le membre au moindre mouvement, enfin un empâtement de la partie malade, sans rougeur extérieure. Les signes de l'infection purulente sont souvent des plus manifestes dans ces périostites et ces ostéomyélites qu'on a vues se développer épidémiquement sur un grand nombre d'amputés à la suite des batailles.

Je pourrais décrire ici une certaine forme d'ostéomyélite aiguë chez les jeunes gens, mais je renvoie pour cette description à l'article OSTÉITE, où elle sera étudiée sous le titre d'*ostéite épiphysaire*.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT. — L'ostéomyélite traumatique est très-dangereuse, tant pour l'intégrité de l'os que pour la vie des sujets, car l'infection purulente en est souvent la conséquence. Son traitement est au début celui de la périostite. On doit donc inciser d'abord le périoste jusqu'à l'os, et si l'on soupçonne une ostéomyélite suppurée à son début, il ne faut pas hésiter à porter sur cet os un perforateur, ou même une petite couronne de trépan, pour évacuer le pus au dehors, comme l'a heureusement pratiqué Morven Smith.

L'extension de l'ostéomyélite confirmée oblige à pratiquer l'ablation du membre. Il ne faut point dans ces cas si graves songer à faire une amputation sur la continuité du membre, car la blessure de l'os par la scie ne servirait qu'à développer une phlegmasie plus grande dans la portion d'os restée en place. C'est donc à une désarticulation dans la jointure située au-dessus du point malade qu'il faudra avoir recours. Telle est la doctrine que Jules Roux a cherché à faire prévaloir, et durant la guerre d'Italie il a désarticulé la cuisse quatre fois avec succès pour des blessures de l'extrémité inférieure du fémur compliquées d'ostéomyélite. Sur vingt-deux cas d'autres désarticulations faites aussi pour des ostéomyélites, il n'y eut, dit-on, que des succès; tandis que des blessés de Magenta et de Solferino amputés dans la continuité de l'os pour de semblables accidents, ont tous succombé. La pyohémie, complication fréquente de l'ostéomyélite, rend parfaitement compte de la différence de ces résultats.

### ARTICLE III

#### OSTÉITE. — OSTÉITE ÉPIPHYSAIRE

L'ostéite est l'inflammation du tissu osseux. Il y a une *ostéite aiguë* et une *ostéite chronique*, qui toutes deux peuvent se manifester sur le tissu compacte et sur le tissu spongieux. On a nié à tort l'ostéite aiguë primitive du tissu compacte des os, et cela, a-t-on dit, parce qu'il ne peut pas se faire dans ce tissu, comme dans les tissus mous qui s'enflamment, une dilatation des vaisseaux, des formations cellulaires plastiques, enfin une infiltration de sérosité. Certes, tous ces phénomènes ne se produisent pas d'emblée, mais ils se manifestent successivement et parfois avec rapidité. Ainsi la dilatation des vaisseaux commence de bonne heure; grâce à