

On trouve une augmentation notable de la température [au niveau des os enflammés, et on la perçoit quelquefois en palpant alternativement avec la main les divers points du membre; mais il est plus facile de la constater en laissant les deux membres se refroidir à l'air libre. On ne tarde point à sentir que le membre malade conserve une température supérieure à celle du membre sain.

Les parties molles qui entourent l'os participent aussi assez souvent à l'inflammation. De là vient qu'on trouve la peau douloureuse, d'un rouge luisant, semi-transparente, et distendue par l'engorgement situé au-dessous d'elle. Gerdy a signalé, dans un cas, un phénomène assez étrange, l'excrétion de grosses gouttes de sueur au-dessus d'une malléole enflammée. C'est dans l'ostéite chronique que l'on constate aussi quelquefois le développement des poils à la surface de la peau et une augmentation dans la sécrétion pigmentaire des téguments.

Lorsqu'une ostéite aiguë existe sur un os assez volumineux, elle détermine quelques symptômes généraux, tels qu'une certaine accélération du pouls, une augmentation générale de la chaleur, de la perte d'appétit, etc.; mais, comme la phlegmasie des os est le plus souvent chronique, elle ne s'accompagne pas de signes fébriles.

L'ostéite aiguë peut finir par résolution. Celle-ci s'annonce par la cessation de la douleur et le dégorgeement des parties molles; puis l'engorgement profond s'efface un peu, mais le retour à l'état normal ne s'effectue qu'incomplètement, car il reste toujours un certain gonflement de l'os enflammé. La maladie passe très-souvent à l'état chronique, et, par la persistance du mal, le périoste venant à s'enflammer, il se forme des sécrétions périostales assez abondantes. Le plus souvent l'ostéite débute par l'état chronique.

Un des caractères les plus remarquables de l'inflammation des os, c'est une rémission temporaire de tous les symptômes, suivie souvent, à de longs intervalles de temps, de réveil subit du mal. Ces assoupissements de l'ostéite, pour nous servir de l'expression de Gerdy, se voient particulièrement dans les vieilles blessures par armes à feu, qui se ferment durant de longues années pour se rouvrir plus tard. Le chirurgien que nous veuons de citer a rapporté dans son livre les plus curieux exemples de ce phénomène morbide : c'est ainsi qu'on cite une récidive, en 1832, d'accidents qui dataient de 1792.

Je décrirai plus loin la terminaison de l'ostéite par *abcès*, par *carie* et par *nécrose*. L'importance des faits en question commande une description isolée de ces phénomènes morbides.

L'ostéite épiphysaire n'a point les caractères de l'ostéite des autres parties de l'os. C'est une maladie à marche insidieuse et qui ressemble beaucoup à la périostite aiguë, avec laquelle elle est liée presque toujours. Elle s'annonce par des symptômes généraux. Le malade a une fièvre ardente, un pouls de 120 à 150, une soif vive; sa peau est sèche, brûlante, son visage abattu; il ne dort pas, ou éprouve un délire parfois

assez intense. Il y a en même temps de la céphalalgie, souvent des nausées, quelquefois des vomissements, mais presque toujours de la diarrhée. Un frisson très-énergique marque en général l'invasion de la maladie, qui à cette première période est souvent méconnue, et prise, chez des enfants, pour le début de quelque fièvre éruptive, de quelque affection cérébrale compliquée de douleurs dans les membres, comme on en voit dans ces affections.

Mais déjà à cette époque un chirurgien exercé peut trouver au niveau d'une des épiphyses souvent atteintes une petite douleur, un léger gonflement, et dans le membre malade une immobilité instinctive peu en rapport avec l'agitation générale.

Dans la seconde période de la maladie, la douleur devient très-vive à la pression et aux mouvements qu'on peut imprimer aux points primitivement affectés. Le malade éprouve comme la sensation d'une rupture de l'os. Le membre est engorgé, dur, et la tuméfaction des parties molles est primitivement circonscrite par un bord abrupt, correspondant aux limites de la phlegmasie intra-osseuse. Puis la suppuration se manifeste, et en même temps on constate une mobilité anormale des parties, sans crépitation sèche, comme dans les fractures, mais avec un frottement un peu rugueux. Ces mouvements que la main perçoit peuvent être aussi produits par les muscles; on a même vu, au bout de quelques jours, la diaphyse, devenue très-mobile, perforer complètement la peau. Il se fait ici à la fois un décollement et un glissement épiphysaires. On ne constate pas, en général, de propagation de la phlegmasie épiphysaire à la diaphyse.

Ces graves désordres finissent par s'accompagner de pyohémie ou d'une infection putride qui amènent la mort. On doit particulièrement craindre l'infection purulente, lorsque les veines du voisinage se gonflent, deviennent douloureuses et entraînent un œdème consécutif. L'œdème de la jambe, dans l'ostéite épiphysaire du fémur, est un signe de phlébite profonde. L'ostéite épiphysaire s'accompagne quelquefois d'arthrite; c'est une complication qui survient en général du dixième au quinzième jour, mais qui peut se montrer plus tard encore, comme j'en ai vu un exemple.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de l'ostéite est souvent obscur, surtout s'il s'agit d'un os profondément situé. On l'établira sur la fixité et la nature de la douleur, sur la tuméfaction lente des parties, sur l'élévation de température. On ne peut guère pendant la vie distinguer l'ostéite raréfiante de l'ostéite condensante, car le conseil de s'assurer, à l'aide d'une aiguille fine, de la raréfaction des os ne peut pas être facilement mis en pratique. L'ostéite reconnue, il s'agit ensuite de rechercher la cause du mal, soit dans la syphilis, soit dans la scrofule.

Nous avons dit plus haut que l'ostéite épiphysaire était souvent méconnue, c'est surtout au début de l'affection que l'erreur est commise. On attribue les symptômes généraux de la maladie, le délire, à une méningite, à une tuberculisation aiguë, à une fièvre typhoïde commen-

cante. Il est difficile dans ce cas de retrouver nettement exprimés les signes de ces affections; aussi le médecin, prévenu de la possibilité de cette méprise chez des enfants atteints de délire et de fièvre, doit-il rechercher s'il n'existe pas quelques points douloureux au niveau des principales épiphyses. Plus tard, lorsque la douleur est localisée dans un membre, on peut confondre cette maladie avec un rhumatisme, une périostite ordinaire simple, et un phlegmon diffus. Dans le *rhumatisme*, rare du reste chez les enfants, il existe, comme dans la maladie en question, une fièvre vive, mais elle s'accompagne de sueurs profuses, tandis que dans l'ostéite épiphysaire la peau est sèche. Les douleurs sont articulaires et peu vives dans le premier cas, très-intenses et situées au pourtour de l'articulation dans le second. Dans la *périostite ordinaire* la tuméfaction inflammatoire se voit d'abord sur un point quelconque du membre, non au niveau de l'épiphyse, et les phénomènes généraux sont moins marqués. Cette maladie, qui a du reste une grande analogie avec celle que nous étudions, atteint en général des enfants plus jeunes. Quant au *phlegmon diffus*, c'est une affection rare dans l'enfance. Il s'accompagne d'un gonflement général œdémateux du membre, et cette tuméfaction s'étend d'un segment du membre à l'autre, sans être arrêtée par une articulation, ce qu'on ne voit que tardivement dans l'ostéite épiphysaire.

PRONOSTIC. — Le pronostic de l'ostéite est toujours grave. La nature des parties atteintes par l'inflammation, la durée indéfinie du mal, sa terminaison par carie ou nécrose, et enfin le réveil de la phlegmasie lorsqu'on croyait le mal éteint, tout cela suffit bien à justifier la gravité du pronostic. De toutes les espèces d'ostéites des adultes, la forme raréfiante est la plus sérieuse. L'ostéite épiphysaire est une affection fort grave, et cela d'autant plus que, souvent méconnue, elle n'est point traitée à son début par les seuls moyens qui pourraient en arrêter la terminaison fatale.

TRAITEMENT. — Le traitement de l'ostéite doit être dirigé suivant les indications étiologiques. Dans l'ostéite syphilitique, on aura recours aux mercuriaux et à l'iodure de potassium. Toutefois, dans certaines ostéites évidemment syphilitiques, celles du crâne en particulier, l'influence du traitement général paraît nulle dans quelques cas, et dans tous peu considérable.

Les ostéites d'origine traumatique se trouvent très-notablement améliorées par des émissions sanguines locales et par des topiques émoullients. C'est dans le but d'agir plus directement sur les os, que Laugier a proposé et pratiqué de véritables saignées des os, en ponctionnant ceux-ci avec un perforateur approprié auquel on adapte une pompe aspirante. On a pu extraire ainsi, dans des expériences sur des animaux, de 40 à 45 grammes de sang. Ce moyen a été aussi appliqué sur l'homme par Laugier, et il nous souvient d'avoir vu dans ses salles, à l'hôpital de la Pitié, une malade atteinte d'ostéite métacarpienne douloureuse et sur laquelle on avait appliqué avec avantage ce procédé d'émission sanguine.

Il ne faut point craindre d'attaquer par les émissions sanguines ordinaires l'ostéite des scrofuleux. L'expérience apprend que ces saignées locales sont suivies d'une très-notable amélioration, mais on insistera en même temps sur le traitement tonique général.

Dans l'ostéite due à la propagation d'une phlegmasie voisine, lorsqu'une collection purulente repose sur un os, par exemple, il faut se hâter d'ouvrir une porte au pus de l'abcès. Si, dans ce cas, on trouvait l'os décollé, il ne faudrait point désespérer d'une guérison sans nécrose, car on voit assez souvent un os ainsi lésé se recouvrir complètement d'une cicatrice solide.

Quand on est appelé à traiter une *ostéite épiphysaire*, il ne faut pas se laisser aller au dangereux espoir d'arrêter la maladie par une médication générale, par des topiques émoullients ou révulsifs, par des applications de sangsues. Le seul moyen d'enrayer dans quelques cas le progrès de l'affection consiste à pratiquer sur le point malade une incision qui aille jusqu'à l'os. Si la maladie existe aux épiphyses supérieure ou inférieure du tibia, l'incision n'offre aucune difficulté, à cause de la situation superficielle des épiphyses; il n'en est plus de même pour l'ostéite épiphysaire inférieure du fémur. Il faut ici traverser une couche assez épaisse de muscles; mais cet obstacle ne doit point arrêter le chirurgien, qui peut parfois, à l'aide de ce moyen, conserver le membre malade. C'est ainsi que j'ai agi dans un cas des plus graves sur un enfant de six ans chez lequel la maladie se compliqua même d'une arthrite purulente. Un grand nombre d'incisions à la jambe, au niveau de l'épiphyse supérieure du tibia et le long de cet os, plus tard un débridement de l'articulation, permirent, après une longue suppuration, de conserver le membre. L'enfant est depuis deux ans complètement guéri.

Des pansements fréquents et des injections détersives dans les ouvertures faites à la peau peuvent assurer le succès de ces incisions. Si les accidents s'arrêtent, on se trouve le plus souvent en face d'un séquestre dont l'élimination est longue à se faire.

Si ces nombreuses incisions ne réussissent pas, l'amputation du membre doit être pratiquée. Dans le cas où au genou la diaphyse supérieure est atteinte, où l'articulation est pleine de pus, il faut faire l'amputation dans la continuité; mais au cas contraire on donnera la préférence à la désarticulation.

ARTICLE IV

ABCÈS DES OS

La suppuration des os peut être externe ou interne. Nous avons déjà parlé des abcès sous-périostiques à propos de la périostite, et nous étudierons plus loin, sous le nom d'*abcès ossifluents*, certaines collections purulentes qui, nées de l'os, se répandent au dehors. Pour le moment