

Obs. X. — « Je me rappelle, dit-il, l'observation d'un homme affecté d'éléphantiasis, et en même temps d'un gonflement dans le tissu compact du tibia, qui avait pris une épaisseur remarquable : le périoste de cet os était très-épais, si peu adhérent à l'os, que le plus léger effort suffit pour l'enlever dans toute son étendue, et à fibres tellement prononcées qu'on l'aurait pris pour une portion de l'aponévrose plantaire ou palmaire lorsqu'il en fut séparé. »

A l'état d'hyperphlogose, le périoste est encore épaissi, mais en quelque sorte fongueux, et de la consistance d'une membrane muqueuse; c'est ainsi qu'on le trouve quand il est en contact avec un abcès, et qu'il fait partie de ses parois, ou bien quand il s'est amassé du pus entre lui et l'os. Dans ce cas, il a changé de fonctions. Au lieu de fournir une lymphe plastique et organisable, il sécrète une matière nuisible, propre à attaquer les parties avec lesquelles elle est en contact. Peu à peu la maladie fait des progrès, l'os finit par être érodé, et le périoste ramolli, usé et détruit.

Enfin, dans un dernier degré d'inflammation, que l'on peut appeler gangréneuse, le périoste, ramolli et frappé de mort, se détache tantôt sous formes de longs filaments blanchâtres, tantôt sous l'aspect de lames d'une couleur livide, selon la cause qui a produit la gangrène. On observe cette altération dans le scorbut, dans certains phlegmons érysipélateux des membres.

CAUSES DE L'INFLAMMATION DU PÉRIOSTE.

Il est un grand nombre d'agents qui, portant leur action sur le périoste, peuvent donner lieu, dans cette membrane, au développement de phénomènes inflammatoires. Nous pouvons les ranger naturellement en trois classes, que nous désignerons par les noms de causes externes, causes internes locales, causes internes générales.

1° Causes externes.

En décrivant les altérations traumatiques du périoste, nous avons déjà vu que les agents extérieurs, rangés sous le nom

d'instruments piquants, tranchants, contondants et chimiques, pouvaient agir sur cette membrane, soit en altérant, soit en exaltant ses propriétés vitales. Cette exaltation peut être portée au point de donner naissance à de véritables phénomènes inflammatoires. Tous les jours, par exemple, nous voyons une piqûre profonde de la pulpe du doigt produire le panaris du troisième degré (*paronychia maligna*); une contusion du crâne, du tibia, faire naître des érysipèles périostiques, des exostoses épiphysaires; des corps étrangers introduits dans l'oreille donner lieu à l'inflammation de la membrane fibro-muqueuse de ce conduit, et par suite à la carie du rocher. La compression lente et continue, résultant d'un décubitus trop prolongé, produit le même phénomène sur le sacrum, le trochanter, etc. La science est riche en observations de ce genre, je n'ai pas besoin d'en rapporter ici.

2° Causes internes.

Sous ce nom viennent se grouper toutes les conditions organiques morbides qui peuvent entrer pour quelque chose dans le développement de l'inflammation du périoste; elles peuvent se diviser naturellement en locales et générales.

1° CAUSES INTERNES LOCALES. — Ce sont les maladies aiguës ou chroniques des parties voisines du périoste. Toutes ces maladies cependant n'ont pas la même aptitude à produire l'inflammation de cette membrane. Parmi les plus importantes, je citerai : 1° l'existence d'un ulcère chronique sur une partie où le périoste est immédiatement en contact avec la peau, à la surface interne du tibia, par exemple. L'inflammation semble alors se propager par contiguïté. Les vieux *loups*, dit J. L. Petit, les ulcères variqueux des jambes sont souvent accompagnés d'altération du périoste; 2° la présence d'un foyer purulent immédiatement en contact avec la face externe du périoste. La plupart des pathologistes nient l'influence du pus sur le périoste, et pensent que les foyers purulents trouvés à nu sur

les os et accompagnés d'une altération plus ou moins profonde de leur membrane d'enveloppe sont toujours dus à une altération primitive de cette membrane ou de l'os lui-même. Quelques faits récents semblent cependant infirmer cette proposition trop absolue. Je citerai comme un des plus probants celui rapporté par M. Malieurat¹.

Obs. XI. — *Abcès de l'aisselle; foyer consécutif sous le grand pectoral; destruction des côtes et de leurs cartilages.* — Une femme âgée de quarante-deux ans, de bonne constitution, habituellement bien portante, entre, le 25 août 1855, à l'hôpital des cliniques, pour être traitée d'un abcès dans l'aisselle du côté droit. Arrivé à maturité, l'abcès est ouvert: du pus de bonne nature est rendu comme dans les abcès flegmeux. La suppuration devient abondante; des clapiers se déclarent, la malade maigrit, et au lieu de la cicatrisation du fond du foyer, il se trouve un trajet fistuleux qui remonte assez haut dans le creux de l'aisselle.

Vers le milieu de décembre, des douleurs vives se déclarent sous le grand pectoral droit; vésicatoire sur ce point; amélioration. Plus tard, symptômes pneumoniques. Mort le 14 janvier 1857.

A l'autopsie on a trouvé: 1° ankylose commençante de l'articulation scapulo-humérale droite; 2° deux trajets fistuleux dans l'aisselle conduisant dans des clapiers dont l'un existe entre le grand et le petit pectoral, l'autre s'étend jusqu'au bord supérieur de ce dernier. L'antérieur monte jusqu'au bord antérieur de la clavicule, et il forme dans l'espace coraco-claviculaire un clapier assez étendu; 3° vaste foyer rempli de pus crémeux et de bonne nature sous la partie antérieure du grand pectoral, s'étendant depuis la clavicule jusqu'au bord supérieur de la cinquième côte, et depuis le sternum jusqu'à l'insertion du petit pectoral. Ce foyer est tout à fait isolé de la cavité axillaire; 4° dénudation et érosion du bord antérieur et inférieur de la clavicule; même altération à la face externe des première, deuxième, troisième et quatrième côtes; disparition complète d'une portion de la troisième côte dans l'étendue de seize millimètres. Le poumon, les plèvres et les muscles thoraciques offrent aussi des altérations profondes que l'auteur décrit minutieusement.

1° *Existence d'une inflammation aiguë ou chronique dans les parties voisines.* — On voit souvent les phlegmons diffus, bornés d'abord au tissu cellulaire, se propager ensuite jus-

¹ *Gazette médicale*, t. V, p. 574.

qu'au périoste, détruire cette membrane et déterminer la nécrose des os sous-jacents. Souvent une simple inflammation de la pulpe dentaire amène le décollement du périoste et la suppuration.

D'autrefois, des tumeurs lentes dans leur développement produisent dans cette membrane une irritation chronique, sous l'influence de laquelle apparaissent divers phénomènes morbides dus encore à l'inflammation.

2° *Altération primitive des os.* — A cette occasion se présente une des questions les plus ardues, et qu'il est, je crois, impossible de résoudre parfaitement dans l'état actuel de la science. Cette question est la suivante: Étant donnée une affection organique d'un os et du périoste en même temps, déterminer par quel organe a commencé la maladie.

Il est des cas où la solution de ce problème ne présente aucune difficulté. Ainsi, quand les tubercules développés au milieu du tissu osseux se ramollissent, se font jour à la surface il est évident que l'inflammation du périoste qui survient dans cette circonstance est consécutive à l'affection de l'os.

Lorsque, à la suite d'une altération profonde ou d'une destruction complète de la moelle, l'os se nécrose, le périoste ne s'enflamme que secondairement. Les expériences faites encore par Troja, M. Cruveilhier, M. Heine, etc., ne laissent aucun doute à ce sujet.

Il est probable que les nécroses dues à une violente secousse, comme une chute d'un lieu élevé, par exemple, reconnaissent une cause analogue. La membrane médullaire, d'une structure frêle et délicate, a bien plus de chances pour être altérée dans cette circonstance que le périoste ou l'os, dont le tissu, ferme et résistant, peut supporter facilement des violences considérables.

Hévin (page 924) signale, d'une manière positive, les abcès de la moelle comme cause d'inflammation du périoste.

Je pense qu'il en est ainsi souvent dans la périostite diffuse, qui complique d'une manière si terrible les amputations des membres. La moelle, plus spongieuse et plus tendre, doit se

laisser facilement enflammer par le contact du pus, de l'air, des pièces de pansement, etc.

Cette inflammation, promptement transmise au périoste à raison des nombreux rapports qui unissent ces deux membranes, en détermine le décollement et la suppuration.

À côté de ces cas où le périoste paraît évidemment enflammé d'une manière secondaire, il est facile d'en grouper d'autres où le développement primitif de cette inflammation ne laisse non plus aucun doute. Ainsi le panaris dont nous avons parlé, qui, livré à lui-même, détermine ordinairement des accidents si terribles, et surtout la nécrose des phalanges, peut avorter subitement quand on lui applique un traitement convenable. Or, ce traitement, qui n'est autre que l'incision, n'aurait certainement aucune prise sur une maladie du tissu osseux, si celle-ci était primitive. Nous voyons fréquemment des tumeurs périostiques persister pendant de longues années, et ne déterminer la nécrose du tissu osseux qu'après un temps considérable. L'observation citée par M. Velpeau, dans sa *Thèse sur la contusion*, p. 64, est un exemple remarquable.

Obs. XII. — *Contusion du péricrâne, quatre abcès sous-périostiques, les uns avec nécrose, les autres sans altération des os.* — « Une vieille femme qui avait reçu des coups sur la tête deux ans auparavant se présenta dans mon service, à Saint-Antoine, en 1850, dit M. Velpeau; elle portait quatre tumeurs fluctuantes sur le crâne. L'une de ces tumeurs occupait la partie gauche et supérieure du front. Je l'ouvris largement. Elle était pleine d'un pus liquide, grisâtre et mal lié. L'os était raboteux, d'un blanc jaunâtre, et nécrosé dans l'étendue de trente-trois millimètres environ. Une plaque assez épaisse s'en est peu à peu détachée par écailles. La plaie s'est ensuite cicatrisée, en laissant un enfoncement à sa place. J'ouvris encore une des trois autres, mais par une simple ponction. Le pus était semblable à celui de la première, et le stylet y fit reconnaître la même altération de l'os. Après avoir suppuré longtemps, ses parois se sont recollées, en laissant aussi une dépression indélébile. Les deux dernières, un peu moins volumineuses, n'ont point été ouvertes. Elles se sont affaissées néanmoins, et guéries comme les précédentes. »

Mais il s'en faut de beaucoup qu'il soit toujours aussi facile de déterminer par quel organe a commencé la maladie. Dans la

plupart des cas de nécrose ou de carie, nous ne pouvons guère avoir à ce sujet que des probabilités.

Un malade reçoit une contusion sur le tibia. Une vive douleur se fait sentir, mais bientôt elle disparaît. Un mois après, une tumeur aplatie, douloureuse, se manifeste; elle marche rapidement vers la suppuration. On trouve l'os nécrosé et le périoste malade. Quel est le siège primitif de la lésion? C'est probablement l'os, mais il y a du doute. Une périostose syphilitique s'ulcère et laisse apercevoir l'os atteint de carie. La maladie a envahi le périoste puisqu'il y a périostose. Mais l'os est carié. Est-ce sous l'influence de la périostite ou sous l'influence directe de la cause syphilitique?

Du reste, quelle que soit l'origine de l'affection, il n'en est pas moins positif que le périoste est toujours, dans ces circonstances, le siège d'une inflammation plus ou moins vive, plus ou moins étendue.

2° CAUSES INTERNES GÉNÉRALES. — Au premier rang nous devons placer la *syphilis*, regardée pendant longtemps comme à peu près la seule cause de la périostite, surtout de la périostite chronique; elle porte principalement son action sur les os compacts et superficiels, où elle détermine des périostoses, des gommés, des nodus, etc.; nous placerons comme pendant de la cause syphilitique l'*abus du mercure*.

Cette substance, dont l'emploi sagement dirigé sert avec tant de succès à combattre les pernicieux effets du virus syphilitique, peut, quand on l'administre sans discrétion, produire à peu près les mêmes résultats que la vérole, et souvent même il advient que chez les malades qui ont subi plusieurs traitements mercuriels mal dirigés, il est fort difficile, pour ne pas dire impossible, de distinguer l'influence de l'un ou de l'autre agent sur la production de la maladie.

Quelques pathologistes, S. Cooper entre autres, pensent même que la combinaison de la syphilis et du mercure est une des causes les plus puissantes du développement de la périostite. Cette question, encore en litige, restera, comme le dit

M. Sanson, toujours difficile à résoudre, parce que les sujets affectés de symptômes de vérole constitutionnelle portant sur les os ont fait, pour la plupart, usage du mercure.

Quand il agit seul, le mercure porte spécialement son action sur le périoste des os maxillaires et sur les gencives. Il en est de même du scorbut qui, porté à un haut degré, détermine la gangrène des gencives et fréquemment aussi celle du périoste de l'os maxillaire; mais il ne borne pas toujours ses ravages à la mâchoire. On sait que la nécrose, mais surtout la carie de presque tous les os, peuvent le reconnaître pour cause.

J. L. Petit, dans son *Traité des maladies des os*, p. 369, en rapporte un exemple remarquable.

Obs. XIII. — « J'ai vu, dit-il, dans l'hôpital de Bovigne, des scorbutiques dont j'ai fait l'autopsie, et j'ai remarqué que le périoste était détaché de l'os en bien des endroits, et que plusieurs avaient le périoste détaché de presque tous les os du corps; de sorte que, faisant incision le long des côtes, je les trouvais nues, âpres, inégales, détachées de leurs cartilages, et ne tenant que peu aux ligaments et tendons qui s'attachent à leur partie postérieure; il sortait de dessous le périoste une lymphe brune, noirâtre, tirant sur le rouge foncé, qui était d'une odeur insupportable: lorsque je faisais une incision le long des bras et des jambes jusqu'à l'os, je trouvais la même chose: dans quelques-uns je tirai les os entiers, hors leurs épiphyses que les tendons et les ligaments retenaient. »

Preuve évidente que les tendons ne s'insèrent pas seulement au périoste.

Les *scrofules*, qui sont, comme le dit M. Sanson (Thèse, p. 8), l'une des causes les plus énergiques de la carie, affectent spécialement les os courts et les extrémités spongieuses des os longs.

C'est à cette cause que l'on doit rapporter cette variété singulière de la périostite, dans laquelle le périoste séparé de la surface osseuse reste uni au cartilage articulaire, qui forme ainsi le fond d'une sorte de sac dans lequel existe une quantité considérable de pus. J'ai plusieurs fois, dans mes travaux anatomiques, eu l'occasion de disséquer des enfants atteints de cette affection.

Le *rhumatisme* est une cause généralement admise et incontestée de la carie; mais, comme le dit M. le professeur Sanson, il attaque toutefois d'une manière spéciale les tissus fibreux qui revêtent les os. C'est de ces tissus que l'inflammation se propage à celui des os sous-jacents. La carie rhumatismale, ajoute ce professeur, est presque toujours, à cause de cela, superficielle. Cette cause agit principalement chez l'adulte et souvent sur le corps des vertèbres.

La goutte est à peu près dans le même cas. Sous son influence, le périoste peut être le siège d'une sécrétion tophacée. Il y a peu de temps encore, j'en ai observé un cas des plus curieux.

Enfin, certaines rétrocessions, certaines métastases, certains mouvements dits critiques, après les maladies aiguës, ont quelquefois produit l'inflammation du périoste, et par suite des abcès avec ou sans carie, avec ou sans nécrose.

La rétrocession de quelques exanthèmes, la phlébite, certaines fièvres dites purulentes, sont dans le même cas; nous en citerons des exemples à l'article *abcès*.

Je ne sais jusqu'à quel point on peut admettre, comme cause de carie et par suite de périostite des vertèbres, l'épuisement produit par le coït ou la masturbation.

Symptômes.

C'est ici que la distinction de la périostite en aiguë et chronique, circonscrite et diffuse, peut nous être de quelque utilité. Les phénomènes morbides, en effet, présentent des variétés si nombreuses, qu'il serait difficile de les faire rentrer tous dans un même paragraphe, sans laisser une certaine obscurité dans la description.

1° PÉRIOSTITE AIGÜE. — Les phénomènes dus à la périostite aiguë sont, comme presque dans toutes les inflammations, locaux et généraux.

Les premiers sont la *douleur*, la *rougeur*, la *chaleur* et la *tuméfaction*.

Douleur. — Le périoste, qui dans l'état physiologique peut, comme nous l'avons vu plus haut, laisser des doutes sur sa sensibilité, nous offre cette propriété développée au plus haut degré dans son inflammation aiguë. Certaines variétés de cette inflammation peuvent être mises au nombre des maladies les plus douloureuses; telles sont, par exemple, le *paronychia maligna*, la périostite de la tête, etc. Tantôt, comme dans la première affection, la douleur est continue et accompagnée de battements violents; d'autres fois, comme cela se remarque souvent dans la seconde, elle offre des intermittences marquées. Ordinairement fixe et bornée au point enflammé, elle semble quelquefois envoyer des irradiations qui l'ont fait prendre pour une névralgie. Dans certains cas, elle augmente peu sous l'influence de la pression; mais parfois elle devient atroce au moindre contact. La chaleur extérieure, celle du lit surtout, l'exaspère d'une manière notable. Souvent elle revêt des caractères spéciaux, selon la cause de l'affection qui lui donne naissance. C'est ainsi que, sous l'influence de la cause syphilitique, rhumatismale, elle acquiert une intensité considérable pendant la nuit, tandis qu'elle offre le jour une rémission sensible.

Rougeur. — Ce phénomène ne se rencontre que rarement, et quand il existe, il est dû à l'extension de l'inflammation du tissu sous-cutané. On conçoit, par conséquent, qu'on la rencontrera plus souvent dans la périostite des os superficiels que dans celle des os profondément situés.

Chaleur. — Ce symptôme apparaît surtout avec intensité dans le panaris; il est, comme la rougeur, en harmonie avec l'intensité de l'inflammation, et résulte de même de son extension aux tissus voisins.

Tuméfaction. — Fort peu prononcée dans le plus grand nombre des cas, on a pu souvent la méconnaître, surtout au début de la maladie. Tantôt molle et pâteuse, elle est plus ordinairement rénitente; tantôt locale et circonscrite, elle est quelquefois large et diffuse comme dans l'érysipèle. On a même basé sur cette variété de formes une distinction de la périostite aiguë en circonscrite et diffuse. Je ne parle point ici des caractères

tères que présente la tuméfaction, quand déjà des sécrétions gommeuses, osseuses, se sont opérées dans le lieu malade. Nous aurons plus tard occasion de nous en occuper.

A côté de ces symptômes locaux apparaissent fréquemment d'autres phénomènes sympathiques et généraux.

Le malade cité dans la première observation du mémoire de Crampton (voyez Obs. XIV), et qui présentait une périostite aiguë circonscrite à la partie supérieure du tibia, était en proie à une fièvre violente. Son pouls battait cent vingt pulsations par minute. Il était petit et faible, la langue était blanche, et l'estomac ne pouvait supporter aucune alimentation.

Dans le panaris, dans l'érysipèle profond du crâne surtout, les symptômes généraux sont encore plus développés. D'autres fois, quand, par exemple, la lésion occupe le périocrâne, des phénomènes sympathiques se manifestent dans les organes encéphaliques.

Pour mieux faire comprendre la succession de ces phénomènes, nous allons rapporter quelques-uns des cas les plus remarquables de cette affection.

Obs. XIV. — *Observation de périostite aiguë terminée par suppuration*¹. — « En 1812, J. Sergisson, ouvrier bijoutier, demeurant à James-street, âgé de vingt-six ans, d'une pâle complexion, mais d'une forme athlétique, me consulta, dit Crampton, pour ce qu'il appelait une douleur au genou. Je le trouvai poussant des cris causés par la douleur; sa figure était pâle et couverte d'une sueur froide. Sur la partie supérieure de la surface plate du tibia il y avait une tumeur diffuse, d'un rouge pâle, s'étendant à peu près à deux pouces au-dessous de l'articulation du genou; elle était lisse, dure et très-douloureuse au toucher. Cet homme me dit qu'il n'avait pas dormi depuis douze nuits; qu'il était épuisé par les souffrances, et qu'il ne lui restait rien dans l'estomac. Son pouls avait cent-vingt pulsations, petites et faibles; sa langue était blanche, mais non couverte. Il me dit qu'il avait souffert, deux ans auparavant, d'une semblable attaque; qu'on lui avait mis des sangsues et des vésicatoires, sans qu'il eût éprouvé de soulagement. Un chirurgien lui appliqua ensuite un emplâtre caustique qui, d'après son dire, fit en peu de temps une ouverture à la peau, et bientôt après il eut du soulagement par l'expulsion d'une substance. La blessure

¹ Dublin Hospital reports, 1818; tome Ier.

resta ouverte pendant plusieurs mois, mais à la fin un petit morceau d'os en étant sorti, elle se ferma en peu de jours. Je pratiquai immédiatement jusqu'à l'os une incision de trois pouces de longueur; l'opération semblait faire éprouver au malade une douleur plus grande qu'à l'ordinaire; la blessure saigna librement, mais je ne pus découvrir aucune trace de matière purulente. Le lendemain, le malade me dit qu'il avait passé une très-bonne nuit, qu'il n'éprouvait plus de douleur. La blessure fut pansée légèrement et guérit dans peu de temps. Trois semaines après, Sergisson put reprendre ses occupations ordinaires. Dans l'année 1815, le même homme eut une douleur semblable sur le même membre, mais un peu plus bas, sur le tibia, que la précédente. La maladie fut traitée de la même manière et avec le même succès. »

Obs. XV. — M. T..., âgé de quatorze ans, d'une taille remarquable pour son âge, gros, mais non musculeux, sujet à de fréquentes attaques de fièvre, eut, le 1^{er} septembre 1816, une petite tumeur sur le côté droit de l'arc osseux du nez. Au bout d'un ou deux jours, elle s'enflamma et devint érysipélateuse; elle occupait tous les téguments du côté droit du nez.

Le 5, les symptômes fébriles furent si forts, quoiqu'il eût fait usage des fomentations et des purgatifs, qu'on lui tira trois cent soixante-sept grammes de sang du bras. Le 6, on lui en tira cinq cents grammes, et il eut un soulagement apparent. Le 8, le gonflement continuait à s'étendre jusqu'à la paupière de l'œil droit; le pouls étant dur et fort, on lui tira de nouveau cinq cents grammes de sang, ce qui ne produisit aucune amélioration.

Lors de ma première visite, il avait un accès de fièvre violente, après lequel il devint presque comateux, sa respiration stertoreuse; avant cela, sa respiration semblait avoir été bonne; son pouls plein et fort avait cent vingt pulsations. Son nez, la paupière de l'œil droit et les téguments de cette partie du front étaient érysipélateux; ses deux yeux étaient fermés. Toutes ces parties étaient si sensibles, que le plus léger attouchement lui occasionnait une douleur vive, qui le faisait sortir de son coma. Un peu de pus était sorti de la narine droite, et du pus avait été craché mêlé avec du sang.

Un point au-dessus du sourcil droit, vers lequel il portait la main avec difficulté, était la partie la plus douloureuse. En ouvrant ses yeux avec mes doigts, la pupille semblait large et immobile, et une couche de lymphes claire et coagulable formait une espèce de couvercle sur la cornée de chaque œil. Les sangsues, les vésicatoires, etc., furent employés de nouveau; mais il mourut, sans aucun effort convulsif, le 12 au matin.

Examen du cadavre. — En enlevant le péri-crâne, le périoste couvrant l'os frontal du côté droit nous parut plus épais qu'à l'ordinaire, et était d'un rouge foncé dans quelques parties. Il était complètement détaché des os sous-jacents, et sa surface la plus interne était couverte d'une matière puru-

lente épaisse, couleur gris clair. En fendant cette membrane jusqu'à l'arcade sourcilière, une quantité considérable de matière purulente s'échappa de tous côtés, et un stylet put passer facilement d'avant en arrière dans l'orbite entre l'os et le périoste, et de haut en bas, derrière le muscle temporal, aussi loin que la partie postérieure du palais.

En enlevant la partie supérieure du crâne, la surface externe de la dure-mère, qui correspondait au périoste détaché, fut trouvée détachée de la table interne du crâne; sa surface était sombre, floconneuse, et recouverte par un mucus puriforme et grisâtre. La structure de la surface la plus interne de la dure-mère était moins altérée, mais elle était plus généralement recouverte de matière purulente, que l'on rencontra en plus grande quantité sur la partie de la membrane qui recouvre la partie antérieure de l'hémisphère droit, mais il n'y avait pas une partie de la surface interne de la dure-mère qui n'offrit des traces de suppuration.

La pie-mère était peut-être plus vasculaire qu'à l'ordinaire; mais l'arachnoïde était parfaitement transparente, et aucune trace d'effusion ne se remarquait sur sa surface, excepté cependant la partie la plus élevée du lobe antérieur du côté droit; et là la pie-mère, dans une étendue de cinquante-quatre millimètres, était en suppuration. Cette partie malade correspondait exactement, par sa position et son étendue, à un grand morceau de périoste enflammé, épais, et d'un rouge foncé. Le cerveau était peut-être plus vasculaire qu'à l'ordinaire, et il y avait à peu près quarante-cinq grammes d'eau dans les ventricules.

Le côté droit de la face était gonflé, et la paupière supérieure s'avancait au-devant du sourcil. Une fluctuation obscure pouvait se sentir sous la peau de la partie la plus supérieure du nez. En enfonçant le bistouri jusqu'à l'os, une quantité de matière purulente sortit de dessous le périoste, qui était dans un état de suppuration, et tellement séparé des parties sous-jacentes, qu'un stylet pouvait facilement passer entre cette membrane et les os, soit de bas en haut, sur l'os frontal, soit d'avant en arrière, sur la surface supérieure de la fosse orbitaire jusqu'au crâne, soit de haut en bas, sur l'os maxillaire jusqu'à la bouche.

2° SYMPTÔMES DE LA PÉRIOSTITE CHRONIQUE. — La plupart des phénomènes que nous venons de passer en revue devant leur origine à l'acuité de l'inflammation, il est facile de prévoir que dans la périostite chronique, où l'inflammation n'a plus la même activité, les symptômes qui en dépendent auront aussi moins d'acuité et d'énergie.

1° *Douleur.* — Elle n'apparaît plus ici à ce degré d'intensité terrible que nous lui avons vu dans le panaris; quelquefois