

analogues sont dues, depuis, à Lannelongue et Achard, à Courmont et Jaboulay. Toutes ces expériences n'ont abouti à reproduire la suppuration osseuse qu'autant que l'injection a été faite dans les veines, et ce fait, joint à la constatation de Socin et Garré, qui ont retrouvé les microbes dans le sang, fait penser que c'est par cette voie qu'ils pénètrent.

La nécrose paraît liée à des conditions diverses, et, à côté des embolies microbiennes dans les vaisseaux des canalicules de Havers, il faut peut-être invoquer des actions vaso-motrices encore mal connues. Mais ce ne seraient là, d'après Dor, que des conditions prédisposantes, et la mort du tissu osseux serait due, comme vraisemblablement toute gangrène, à un véritable empoisonnement. Le poison serait ici une toxine spéciale, que Dor a pu isoler pour le staphylocoque, et à laquelle il a donné le nom de *nécrogène*, par opposition à un autre produit du même microbe qu'il appelle *pyogène* pour indiquer ses propriétés suppuratives.

OSTÉOMYÉLITES SECONDAIRES SPÉCIFIQUES. — L'ostéomyélite à pneumocoques survient parfois après une pneumonie bien caractérisée : mais elle n'offre alors rien de bien spécial et elle est bien plus fréquente sans pneumonie préalable. La seule ostéomyélite secondaire spécifique assez fréquente pour être importante à étudier est l'*ostéomyélite typhoïdique*.

Symptômes. — La variété des lésions anatomiques et de leur siège topographique, la diversité des agents pathogènes et de leur virulence, les différences observées dans la résistance individuelle, donnent à l'évolution clinique de l'ostéomyélite des caractères très variables suivant les cas. Nous prendrons pour type de description une forme d'intensité moyenne, due au *staphylococcus aureus*, et siégeant sur un os long des membres, extrémité supérieure du tibia par exemple. Le cas le plus simple est celui dans lequel le mal peut, au premier abord, sembler exclusivement local. Un enfant a reçu, dit-on, un coup au niveau du genou, a souffert un peu, puis la douleur s'est atténuée, mais pour reparaitre bientôt et devenir très intense, en même temps que la région gonfle et que la fièvre s'allume. Est-il bien vrai que même alors, malgré les apparences, les phénomènes locaux aient précédé les phénomènes généraux? Nous ne le croyons pas, et il est bien certain que nous sommes en présence d'une infection générale à localisation juxta-épiphytaire. Mais si le clinicien retrouve parfois les indices de cette infection initiale, il n'en est pas toujours ainsi et, en pratique, c'est entre diverses lésions manifestement locales que se posent les diverses questions de diagnostic.

Les *signes généraux* sont une fièvre intense, rarement précédée de frisson, continue, sans rémissions, avec exacerbation vespérale. Elle atteint au moins 39 degrés et dépasse souvent 40 degrés. Le pouls est très rapide; d'ordinaire il présente 120 pulsations ou plus à la minute. Nous en avons compté jusqu'à 160. Il reste généralement régulier et relativement plein, mais il peut être petit et intermittent. L'inappétence est la règle, et les vomissements sont souvent notés au début des accidents. La langue est d'abord épaisse, blanche, saburrale, puis, si la fièvre persiste élevée, elle devient sèche, rouge, notamment sur la pointe. Tantôt les enfants, très

abattus, ont l'aspect de typhiques, tantôt ils présentent une agitation extrême, simulant une méningite. Beaucoup plus caractéristique est un état d'anxiété qui se rencontre souvent. Les traits tirés et exprimant une profonde douleur, les yeux hagards, ils craignent quiconque s'approche d'eux et poussent des cris au moindre contact, au plus léger ébranlement de leur lit.

Cela répond aux formes fréquentes où la *douleur locale* est très vive. Continue, lancinante, elle est exaspérée par tout ce qui remue le membre. Ce sont des sensations comparables à celles des fractures, mais avec une intensité plus grande, dit Chassaignac. Aussi y a-t-il ici comme là une contracture de vigilance des muscles voisins, immobilisant le squelette dans la mesure du possible et donnant des attitudes variées suivant les groupes atteints, telle la flexion forcée de la cuisse sur le bassin dans l'ostéomyélite de l'os iliaque. Si l'on examine la région douloureuse, on y trouve un *gonflement* léger d'abord, faisant corps avec l'os et accessible seulement quand il s'agit d'un segment superficiel, comme le tibia. La tuméfaction se diffuse vite en hauteur et en longueur. Maxima là où les lésions osseuses sont maxima, elle occupe une longueur qui atteint rapidement la moitié, les deux tiers de celle du segment de membre et presque toujours la circonférence tout entière, égalisant tous les accidents de la surface du membre, saillies, dépressions et sillons normaux. Ainsi, dans l'ostéomyélite de la hanche, le pli de l'aîne est effacé, souvent aussi le pli fessier, et toute l'extrémité supérieure de la cuisse tuméfiée prend l'aspect dit « en gigot ». Et si les limites sont parfois assez nettes, brusques même, c'est plutôt au palper qu'à la vue.

A la surface, les téguments sont peu colorés, rosés ou rouges selon la profondeur de l'os malade, mais presque toujours ils sont tendus, luisants, et laissent voir par transparence un lacis veineux très développé. Leur rougeur, avec empatement phlegmoneux, est un phénomène tardif dont il faut savoir se passer pour établir un diagnostic précoce.

Le *palper*, qui doit être fait avec douceur, révèle un œdème dur où le doigt s'imprime. Il fait quelquefois reconnaître une consistance assez ferme, presque rénitente surtout sur les limites, marquées par un *bourrelet* sous-cutané qui est presque caractéristique. Quand la *suppuration* s'est établie profondément, elle est très difficile à reconnaître si l'os est entouré de masses musculaires puissantes, telles que celles qui environnent le fémur. Il faut alors, comme l'ont conseillé Roux et Chassaignac, pour collecter le liquide sous les doigts, prendre le membre à pleines mains au-dessus et au-dessous de la partie tuméfiée ou faire pratiquer cette manœuvre par un aide. Même ainsi, les sensations sont obtuses la plupart du temps. Elles sont beaucoup plus nettes, on le conçoit, quand l'os est superficiel et fournit à l'épanchement purulent sous-périostique un plan résistant, très favorable pour obtenir la sensation de flot. Cette recherche de la fluctuation est d'ordinaire rendue très difficile par les douleurs qu'elle provoque. Aussi conseillons-nous de ne la faire que sous le chloroforme, immédiatement avant d'intervenir. Mais ces douleurs mêmes constituent un symptôme d'une importance capitale et d'une apparition très précoce. Lorsque des *pressions*

méthodiques, exécutées sur toute la longueur de l'os, réveillent en un point constant une douleur extrême, on est en droit de conclure que ce point est le siège de l'inflammation ou de la suppuration. Dans le cas particulier, c'est au niveau d'un cartilage conjugal qu'on provoque la souffrance.

Bientôt le pus, bridé un moment par le périoste, le détruit sur une étendue plus ou moins grande et fait irruption dans les parties molles, où il fuse, au hasard des résistances qu'il rencontre, dans le tissu cellulaire et les espaces intermusculaires, pouvant former parfois des collections énormes.

Après incision de l'abcès sous-périostique, la dénudation de l'os, perceptible à la vue ou à l'examen du stylet, est évidente dans les ostéomyélites d'os superficiels avec destruction périostique large; très difficile à retrouver, si l'os est profond, la perforation périostique étroite, et si le pus a suivi pour se rendre vers la peau un trajet tortueux.

Lorsque le drainage est complet, c'est-à-dire qu'il s'exerce dans la profondeur de l'os comme dans les couches superficielles, tous les phénomènes s'amendent, la douleur spontanée disparaît, le gonflement diminue, l'appétit renaît, les forces reprennent. Mais cela est plus lent à se produire qu'après incision d'un simple abcès des parties molles, et en particulier l'hyperthermie vespérale a coutume de persister assez longtemps.

Malgré cela, on voit au niveau de la plaie une tendance active à la réparation, se traduisant par la production de bourgeons charnus de bonne apparence. Mais assez vite, à un certain stade, la cicatrisation reste stationnaire et la plaie persiste en l'état, ou une fistule se constitue, pouvant durer de mois ou des années, la suppuration restant d'ailleurs médiocre. Si l'on sonde la plaie, on reconnaît la dénudation de l'os; puis, au bout d'un temps impossible à prévoir, on se rend compte que non seulement la partie sur laquelle frappe le stylet est dure et sonne *sec*, mais encore qu'elle est *mobile*. C'est le signe que le séquestre s'est séparé des parties voisines. Il ne faut d'ailleurs pas abuser de ce mode d'exploration, le plus souvent inutile.

Formes. — Telle se présente le plus souvent l'ostéomyélite, mais elle peut affecter des *formes* différentes.

A. — SUIVANT L'ÉTAT ANATOMIQUE. — I. — Dans une première forme, après avoir débuté par des phénomènes généraux d'une intensité variable, moindres que ceux que nous avons vus jusqu'ici, l'ostéomyélite s'accompagne d'un gonflement douloureux assez intense; mais la suppuration ne se montre pas; la résolution est parfaite si l'inflammation est restée localisée à l'os, mais il peut persister une raideur ou une ankylose si l'articulation voisine a été affectée.

II et III. — La deuxième forme est caractérisée par la *suppuration*, mais *limitée au périoste*. Elle comprend deux variétés toutes deux suspectes. Dans l'une, il n'y aurait de pus qu'en dehors du périoste (*périostite externe*), cas possibles mais certainement très rares, et qui résultent le plus souvent de ce qu'on n'a pas su reconnaître la perforation du périoste et la communication de l'abcès extérieur avec le pus osseux. La seconde, *périostite phlegmoneuse*, présenterait l'abcès sous-périostique, mais avec intégrité de la moelle centrale. Que cette apparence existe, cela n'est pas douteux; mais

nombreux sont aujourd'hui les exemples qui montrent que l'on ne saurait cliniquement y compter; nombreux les malades qui, paraissant guérir vite d'un abcès sous-périostique, présentent quelques mois plus tard des séquestres profonds. Par contre, il est des faits, rares il est vrai, où malgré la suppuration profonde il y a guérison sans nécrose. La prompt terminaison n'est donc pas elle-même un signe absolu.

Rien au surplus ne distingue cliniquement au début cette forme de la troisième, dont nous ne disons rien de plus ici, car c'est elle que nous avons prise pour type.

IV. — La *destruction partielle du cartilage conjugal* est une menace immédiate pour l'envahissement de l'épiphyse et la formation d'une *pyarthrose*, qui caractérisent la 4^e forme. Le gonflement dépasse fortement alors les limites de l'os. Il envahit toute la région articulaire et se poursuit même au delà. La jointure est-elle accessible à l'exploration? on trouve la synoviale distendue et fluctuante. La douleur déterminée par tout mouvement est augmentée, la fièvre est plus forte et présente de plus grandes oscillations, l'état général est plus profondément touché. Par ce mécanisme, souvent l'infection se propage à l'autre extrémité articulaire, l'altère parfois au point de causer des luxations pathologiques ou détermine des lésions de tout l'os qui la porte. Le pronostic vital est aggravé si l'on n'intervient rapidement et le pronostic fonctionnel doit être très réservé, à cause du danger d'ankylose et souvent d'ankylose dans une attitude vicieuse.

V. — Que le cartilage cède complètement, détruisant toute union entre l'épiphyse et la diaphyse, qu'il y ait en un mot *décollement aigu de l'épiphyse* ou mieux *de la diaphyse*, presque constamment accompagné d'arthrite purulente, nous avons la 5^e variété. Aux signes de l'arthrite, sur lesquels nous ne revenons pas, se joignent alors ceux, toujours assez obscurs, du décollement. L'arthrite et la déformation considérable de la jointure doivent y faire *penser*. Il y aura *probabilités* plus grandes si le membre prend une attitude nouvelle, inexplicable avec les rapports normaux des surfaces articulaires; *certitude*, lorsqu'on trouvera de la mobilité anormale dans l'épiphyse au lieu même du cartilage conjugal, et mieux encore lorsque l'extrémité diaphysaire, décollée et luxée, fera sous la peau une saillie.

B. — SUIVANT LA MULTIPLICITÉ DES FOYERS. — Nous n'avons vu jusqu'ici que les cas à foyer unique. Il en est souvent de multiples. Ollier a décrit l'*ostéite bipolaire*, où les deux extrémités de l'os sont frappées. Plus souvent ce sont d'autres points du squelette qui sont pris, sans aucune règle. Tantôt on trouve simultanément chez le même enfant plusieurs foyers, tantôt c'est successivement qu'ils se montrent, laissant parfois un intervalle entre leurs évolutions successives, empiétant d'autres fois les uns sur les autres. Dans le premier cas, la fièvre, complètement éteinte, se rallume; dans le second, il y a seulement exagération d'une hyperthermie persistante. Les signes locaux sont souvent beaucoup moins accusés que lors de la première atteinte, et les symptômes généraux sont aussi plus insidieux. Aussi, chez tout enfant atteint d'ostéomyélite, faut-il examiner tout le squelette dès que la température s'élève. A ce prix, on peut obtenir la guérison successive des divers

foyers, alors même qu'ils sont nombreux. Ces foyers secondaires sont localement souvent plus bénins que le primitif. Ils aggravent le pronostic en ce qu'ils témoignent d'une infection intense.

De cette forme on doit rapprocher les *ostéalgies*, sur lesquelles Poncet (de Lyon) a récemment attiré l'attention par la thèse de Mialaret, consacrée à l'*ostéomyélite larvée*. A une période variable, tantôt au cours, tantôt à la suite de l'attaque aiguë, surviennent des douleurs très vives, pouvant persister fort longtemps et devenir de l'ostéite névralgique, mais beaucoup plus ordinairement passagères et guérissant spontanément. Elles ne s'accompagnent d'ailleurs pas d'autre signe local ou général et reconnaissent vraisemblablement pour cause une infection locale très atténuée par embolie. Ces foyers peuvent, après résolution en apparence complète, suppurer au bout de plusieurs mois ou même de plusieurs années.

C. — SUIVANT LA LOCALISATION. — La topographie des lésions joue dans leur évolution un rôle important, soit parce que, difficiles à reconnaître à cause de leur profondeur, elles évoluent plus librement et ne sont opérées que plus tard, soit parce que leur voisinage avec certains organes entraîne des complications spéciales.

Crâne. — Au niveau du crâne, les phénomènes généraux sont très prédominants. Aux signes d'infection générale se joignent des troubles cérébraux : délire, somnolence, hébétude — rarement convulsions, — céphalée des plus intenses de forme et de localisation variable, souvent frontale, occipitale ou totale, quelquefois prédominante au niveau de la zone osseuse affectée — et se présentant là avec des caractères quelque peu différents, c'est-à-dire se manifestant comme une douleur très vive et lancinante. Pendant plusieurs jours, peu de signes locaux, pas de rougeur, peu de gonflement, si la lésion attaque la table interne. Et cependant les lésions évoluent vite. La nécrose est rapide et survient en peu de jours, si les complications profondes, méningite, phlébite des sinus, encéphalite, lui laissent le temps d'évoluer. Simultanément apparaissent de nombreuses manifestations viscérales. Le pronostic est donc des plus graves.

Rachis. — Dans une étude récente M. Grisel montre l'importance qu'il y a à distinguer l'ostéomyélite du corps vertébral et celle de l'arc postérieur. Cette localisation est un peu plus fréquente que la première, contrairement à ce qu'on observe dans la tuberculose. Ordinairement limitée à une portion seulement de cet arc, principalement aux apophyses au voisinage de leurs points complémentaires, elle s'étend parfois à tout l'arc. Assez fréquemment plusieurs vertèbres sont frappées à la fois. Les abcès siègent dans la gouttière vertébrale, parfois multiples et étagés, plus souvent étendus, dissociant les muscles, perforant l'aponévrose dorso-lombaire. Ils peuvent se prolonger dans l'intérieur du canal rachidien. Ceux qui naissent de l'apophyse transverse sont susceptibles de se porter soit en arrière comme ceux du reste de l'arc, soit en avant comme ceux du corps. L'ostéomyélite de l'arc postérieur présente souvent de la nécrose avec élimination de séquestres.

L'ostéomyélite du corps ne frappe généralement qu'une seule vertèbre,

mais l'attaque le plus souvent profondément et vite. De bonne heure il y a disjonction épiphysaire : ostéite raréfiante, thrombose. On ne connaît cependant pas de faits d'élimination de séquestres, car, dit Grisel, les cas où se produisent ces graves désordres sont rapidement mortels; ceux qui guérissent sont ceux qui ont surtout consisté en abcès sous-périostiques. De ce fait, on ne connaît pas de gibbosité proprement dite analogue à celle du mal de Pott et les déformations rachidiennes persistantes sont rares. Elles sont parfois causées par d'énormes hyperostoses qui, prédominant sur l'un des côtés du corps vertébral, occasionnent (on les observe plutôt au cou) un torticolis spécial sur lequel M. Lannelongue a particulièrement attiré l'attention.

Les abcès du corps peuvent se porter en avant et alors s'ils siègent au cou ils sont accessibles parfois au toucher pharyngien, au dos ils forment des collections sous-pleurales, aux lombes ils déterminent fréquemment des accidents de psoriasis. Leur tendance la plus grande les porte cependant en arrière. Entre deux apophyses transverses ils se dirigent vers la masse sacro-lombaire et forment un abcès en bissac.

Enfin, comme l'ostéomyélite de l'arc postérieur et plus qu'elle, elle détermine des abcès du canal rachidien. Ces collections généralement continues avec les précédentes, parfois isolées, restent généralement presque toujours, quelle que soit leur origine, en dehors de la dure-mère. Cette membrane se laisse soulever d'ordinaire sur une région seulement, quelquefois sur sa circonférence tout entière. Elle ne se rompt qu'exceptionnellement. Il peut donc n'y avoir qu'action mécanique simple, comme en témoigne parfois la disposition rapide de la paraplégie après ouverture de l'abcès. Plus souvent l'inflammation se propage par contiguïté et il y a méningite ou méningomyélite.

Comme dans toute autre localisation, le début est très variable : tantôt douleur locale perçue à l'occasion d'un trauma léger, intermittente d'abord, aggravée ensuite; tantôt signes généraux prédominants qui égarent le diagnostic. Sur ceux-ci nous ne revenons pas, car ils sont communs à tous les sièges d'ostéomyélite et n'ont de particularité qu'une intensité plus grande, et nous passons aux signes locaux qui seuls permettent le diagnostic. La douleur rachidienne, quelquefois sourde, est d'ordinaire lancinante, aiguë, térébrante, presque toujours diffuse sur une longueur assez grande; on l'éveille par la pression sur la partie malade, apophyses épineuses, lames, apophyses transverses, mais cela peut manquer, au début surtout, dans l'ostéomyélite des corps sans que cette absence permette de conclure à l'intégrité du rachis. La souffrance est extrêmement vive à l'occasion de tous mouvements, et peut-être pour ce motif, peut-être par irritation directe, survient une contracture extrêmement intense, fixant le rachis autant et plus que dans un mal de Pott. C'est le même air « guindé, soudé, tout d'une pièce, » surtout apparent dans les segments normalement les plus mobiles, c'est-à-dire cervical, dorso-lombaire et lombaire. Cette contracture siège surtout sur les muscles sacro-lombaire, carré des lombes, grand dorsal. Elle peut s'étendre à toutes les couches musculaires du dos et même à celles de l'abdomen. Le malade, dans le *décubitus dorsal*, rarement latéral, ne

peut seul s'asseoir sur son séant ni même se soulever un peu. Quelquefois il paraît atteint d'une méningite cérébro-spinale avec raideur de la totalité du rachis, sa tête « creusant l'oreiller ». D'autres muscles peuvent présenter la même contracture. Dans deux observations de M. Lannelongue, il y avait psôitis secondaire avec cuisse fléchie, en abduction et rotation externe.

Au bout de peu de jours, du gonflement apparaît le long du rachis et particulièrement dans la région lombaire, avec de la rougeur, de l'œdème, un développement énorme des veines sous-cutanées. On perçoit un empatement profond, mais la fluctuation reste le plus souvent obscure malgré la précaution recommandée de s'assurer un plan résistant par la main d'un assistant posée à plat sur le ventre.

Lorsque la collection est évacuée, les symptômes généraux s'amendent rapidement et la guérison survient. Mais il y a souvent des accidents d'ostéomyélite prolongée, avec réapparition d'abcès plusieurs mois après la première atteinte, et élimination de séquestres. Le pronostic est très grave en raison de la profondeur des lésions, des difficultés du diagnostic, des rapports topographiques, de la peine que l'on a à aborder le foyer initial.

Il varie d'ailleurs beaucoup suivant le siège ainsi qu'il ressort du tableau suivant de Grisel :

SIÈGE DE LA LÉSION.		GUÉRISONS.	MORTS.
Ostéomyélite	sous-occipitale	1	4
—	cervicale	2	2
—	dorsale	7	5
—	lombaire	15	15
—	sacrée	0	6
—	du corps	7	22
—	de l'arc	16	8

L'incision latérale précoce, aussi large qu'il est nécessaire, la trépanation si possible, en tout cas le drainage large de la cavité suppurante, sont les meilleures conditions pour l'améliorer. Il est probable qu'un nombre notable de malades meurent faute de diagnostic, donc de traitement.

Cage thoracique. — Rare au niveau du sternum, relativement fréquente sur les côtes et principalement localisée sur leurs extrémités, l'ostéomyélite est facile à reconnaître lorsque le pus se porte vers la face externe; elle simule, quand elle se manifeste au niveau de l'extrémité vertébrale, à la face interne, un épanchement pleural qui peut d'ailleurs coexister et être dû à la propagation du processus inflammatoire. Il y a, en effet (Berthomier), de la matité, du souffle et de l'égophonie, signes qui disparaissent lorsque l'abcès, s'étant caractérisé du côté des parties molles, d'abord par du gonflement et de l'œdème, puis par de la fluctuation, est enfin drainé.

Bassin. — Goullioud, qui a étudié cette localisation sous l'inspiration d'Ollier, en a montré la gravité dans tous les cas et a insisté sur ce fait que pour l'os iliaque, comme pour tous les os, l'ostéomyélite se cantonnait de préférence sur les points où la croissance est maxima, c'est-à-dire jusqu'à l'époque de la puberté (ostéites pré-pubertiques) vers le cartilage en Y; à

partir de 18 ans, âge où se montrent les points osseux accessoires des bords, à la périphérie de l'os (ostéites postéro-pubertiques). Dans l'une et l'autre forme il y a des désordres étendus, des fusées purulentes en tous sens, des décollements épiphysaires, et la terminaison est souvent mortelle. Dans la première, il y a constamment arthrite suppurée de la hanche avec toutes ses conséquences générales et fréquemment avec des conséquences locales qui sont les luxations pathologiques par destruction du rebord supérieur du cotyle et le décollement de la tête fémorale. Ces accidents sont d'ailleurs plus souvent la conséquence de l'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur à cause du siège intrasynovial du bulbe de cet os. Quel que soit le point de départ, la luxation s'observe fréquemment, nous avons ailleurs insisté sur ce point, malgré l'intégrité du squelette, du fait seul de lésions ligamenteuses principalement liées elles-mêmes à un épanchement purulent ou non. Le ligament rond est rapidement détruit d'ordinaire. La capsule elle-même cède à sa partie postérieure et les os se disjoignent. Cliniquement, on observe une fièvre des plus intenses avec des douleurs atroces, gonflement énorme et œdème de toute la région, contracture musculaire très marquée du psoas-iliaque dans l'ostéomyélite de la fosse iliaque interne.

Os courts. — Ce qui les caractérise, c'est la rapidité avec laquelle se prennent les articulations voisines, et ce, sur une étendue généralement assez grande. Ne sait-on pas les dispositions complexes que présentent au pied et à la main les synoviales articulaires? La nécrose est fréquente et la gravité reste notable, indépendamment même de toute détermination articulaire, comme le prouve l'étude du panaris ostéomyélique.

D. — SUIVANT LES AGENTS INFECTIEUX. — Plusieurs microbes, avons-nous vu, sont capables de produire les lésions ostéomyélitiques, mais Lannelongue et Achard ont établi que leurs déterminations diffèrent quelque peu.

Le type précédent est celui de l'ostéite à staphylocoques.

1° *Ostéomyélite à streptocoques.* — L'évolution locale est plus prompte; le pus, rapidement collecté, est plus liquide et plus séreux que dans l'infection staphylococcienne. Il n'y a pas d'empatement périphérique, pas de bourrelet, pas de réseau veineux sous-cutané, mais une infection angioleucitique se traduisant par une rougeur diffuse, érysipélateuse, des traînées de lymphangite tronculaire, l'engorgement des ganglions. Souvent ce sont des nouveau-nés qui sont ainsi frappés et l'on trouve l'origine de l'infection dans des accidents puerpéraux de la mère. Ces formes s'accompagnent moins souvent de nécrose et d'ostéomyélite prolongée.

2° *Ostéomyélite à pneumocoques.* — Consécutives à des accidents respiratoires ou primitives, les ostéomyélites à pneumocoques ont, dès le début, une intensité forte, mais l'évolution est rapide. Le pus verdâtre, crémeux, bien lié, se collecte en peu de jours, très souvent il reste sous-périostique. Malgré cela, les complications articulaires sont fréquentes, mais présentent une gravité moindre que dans les autres formes.

3° *Ostéomyélite à bacilles d'Eberth.* — Elle survient presque toujours pendant la convalescence, mais quelquefois longtemps après guérison, par évolution tardive et lente de foyers qui avaient débuté à la convalescence,