M. Lagout (1); elle a donné des résultats assez satisfaisants pour qu'il faille toujours y recourir avant de se décider à l'amputation du membre. Si après la ligature les battements reparaissaient dans la tumeur, on pourrait établir la compression sur l'artère au-dessus de la tumeur, ou sur la tumeur elle-même.

4° La *compression* de l'artère principale unie à la compression directe a échoué dans un cas (Lagout) cependant elle devrait être essayée avant la ligature, et rendrait sans doute les mêmes services que pour les autres anévrysmes. M. Richet conseille surtout la compression digitale.

Bibliographie. — Else, *Med. obs. and inquiries*, 1769, vol. III, p. 169. — J. Pearson, *Hist. d'une mal. de la tête du tibia, etc.*, in Med. comm., 1790, t. XI, p. 95, London. — Scarpa, *Obs. et réfl. sur l'anévrysme, etc.* trad. Delpech, obs. 10, p. 463 et 466, Paris, 1809.— Hogdson, *Traité des mal. des art. et des veines*, trad. Breschet, t. II, p. 310, Paris, 1819. Lallemand, *Obs. sur une tum. anévrysm., etc.*, in Rép. gén. d'an. et de phys., 1816, t. II, p. 137. — Breschet, *Obs. et réfl. sur les tum. sang. etc.*, in Rép. gén. d'an. et de phys., 1826, t. II, 2e partie, p. 142. — A. Bérard, *Dictionnaire* en 30 vol. (Os *path.*), 1840, t. XXII, p. 520, 2e éd..—Roux, *Faits et rem. sur les tum. fong. sang. ou anévry. des os*, in Bull. de l'Ac. de méd., Paris, 1845, t. X, p. 380. — Nélaton, *Éléments de path. chir.*, 1847-48, t. II, p. 34. — A. Bérard et Denonvilliers, *Comp. de chir.*, 1851, t. II, p. 340. — Roux, *Mém. sur les tum. fong. ou anévrysm.*, in Quarante années de prat. chirurg., 1854-1855, t. II, p. 436.— Gerdy, *Mal. des org. du mouv.* (Exost. par vaso-capill.), 1855, p. 291. — Vidal (de Cassis), *Traité de path. externe*, t. II, p. 397, 1855, 4e éd. — Cruveilhier, *Traité d'An. path. gén.*, 1856, t. III, p. 893. — Bouisson, *Sur les tum. puls. des os*, thèse de Paris, 1857. — Gentilhomme, *Rech. sur la nat. des tum. puls. des os*, thèse de Paris, n° 72, 1863. — Richet, *Rech. sur les tum. vasc. des os, etc.*, in Arch. gén. de méd., décembre 1864, janvier et février 1865.

## CHAPITRE XII.

### AFFECTIONS DU PÉRIOSTE.

### Art. I. — Lésions traumatiques.

Les lésions traumatiques du périoste sont intimement liées aux lésions traumatiques des os : ainsi les plaies, les contusions des os sont nécessairement accompagnées des mêmes lésions du côté du périoste ; le décollement du périoste a été examiné lorsque nous avons étudié la nécrose. Enfin, dans les fractures, le périoste a été déchiré dans une étendue plus ou moins considérable, et ce n'est que dans des cas rares, dans certaines fractures sans déplacement que le périoste n'éprouve pas de solution de continuité. Nous ne nous arrêterons donc pas sur ce point, car ce serait nous exposer à des rédites complétement inutiles.

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1858-59, t. IX, p. 258.



### Art. II. — Périostite.

L'inflammation du périoste, bien connue depuis le Mémoire de Crampton, publié en 1818, a été depuis cette époque le sujet d'études sérieuses. Cependant elle est souvent confondue avec les maladies des os dont elle n'est, d'ailleurs, dans une foule de cas, qu'un épiphénomène.

Nous joindrons à notre description l'histoire des abcès sous-périostiques aigus, récemment décrits avec le plus grand soin par M. Chassaignac.

*Périostite aiguë. Anatomie pathologique.* — Au début, le périoste, qui a conservé son épaisseur normale, est injecté, moins adhérent à l'os, qui de son côté présente, ainsi que le tissu cellulaire ambiant, une injection plus ou moins considérable. Un peu plus tard, la congestion du périoste est plus grande, cette membrane est épaissie, et moins adhérente à l'os ; mais si la maladie tend à passer à l'état chronique, l'afflux sanguin diminue, l'épaississement augmente et les adhérences avec l'os deviennent très-intimes. La suppuration envahit le périoste tantôt par sa face externe, tantôt par sa face interne ; dans le premier cas, celle-ci devient villeuse et forme la paroi profonde du foyer purulent ; quelquefois elle se laisse perforer par le pus qui alors se trouve en contact avec le tissu osseux ; dans le second, on observe un abcès sous-périostique, affection sur laquelle nous aurons occasion de revenir.

*Étiologie.* — La périostite est le résultat des causes locales et générales. Aux premières appartiennent les contusions, l'action du cautère actuel ou potentiel appliqué dans le voisinage d'un os superficiel, l'existence d'un ulcère, une amputation, l'ostéite, etc. Les causes générales sont les affections scorbutiques, rhumatismales, scrofuleuses et particulièrement la syphilis.

*Symptomatologie.* — Dans la périostite aiguë, les malades ressentent une douleur vive, quelquefois locale, d'autres fois s'irradiant plus ou moins loin ; celle-ci est continue ou intermittente, et s'exaspère par la pression. On observe, en outre, un gonflement plus ou moins considérable qui tient aux parties molles ou au périoste lui-même.

Les symptômes généraux ne s'observent que quand la périostite est un peu étendue ; il y a de la fièvre, de l'insomnie, quelquefois du délire, des soubresauts de tendons ; dans ces circonstances, la maladie peut entraîner rapidement la mort.

Il est rare que la périostite se termine par résolution, la suppura-

tion est le plus souvent la suite de cette affection ; des frissons vagues irréguliers, indiquent cette terminaison ; alors les douleurs sont moins intenses, la région malade présente un gonflement plus considérable, la fluctuation se manifeste. Si l'on ouvre le foyer purulent, on trouve quelquefois le pus à l'extérieur du périoste, mais d'autres fois entre le périoste et l'os. Le périostite passe souvent à l'état chronique, c'est-à-dire le périoste devient moins douloureux, augmente encore d'épaisseur, et cette forme de la maladie, encore peu connue, est considérée comme le point de départ de ces tumeurs qui sont généralement décrites sous le nom de *périostoses*.

La périostite est difficile à distinguer de l'ostéite et du phlegmon profond, mais à la vérité l'erreur est peu préjudiciable au malade. La marche de la maladie, l'intensité des symptômes généraux empêcheront de la confondre avec le rhumatisme et les névralgies.

*Traitement.* — Au début, on emploiera les antiphlogistiques locaux et généraux ; on a conseillé les vésicatoires, l'emplâtre stibié, les onctions d'onguent napolitain, d'onguent de sabine ; à l'intérieur, on a prescrit le calomel à haute dose, la teinture de colchique, etc. Le moyen qui paraît le mieux conjurer les accidents et prévenir la suppuration est l'emploi des incisions prématurées, profondes, c'est-à-dire qui pénètrent jusqu'au périoste et le divisent. Il va sans dire que quand on a reconnu la présence du pus, il faut se hâter d'ouvrir l'abcès par une large incision.

### Art. III. — Abcès sous-périostiques aigus.

Nous venons de voir dans l'article, précédent que dans la périostite il se formait souvent un abcès entre le périoste et l'os ; ajoutons qu'il est une espèce de ces abcès décrite dans ces derniers temps par M. Chassaignac sous le nom d'*abcès sous-périostiques aigus*, et qui présente un ensemble de symptômes tellement constants qu'il semble rationnel d'en faire l'histoire dans un chapitre spécial.

*Étiologie.* — M. Chassaignac a recueilli onze cas de cette affection, et les a constatés chez des enfants de onze à quatorze ans ; ils ont surtout été observés sur des sujets d'une chétive constitution. Quoi qu'il en soit, on les a vus se développer sous l'influence de mauvaises conditions hygiéniques, de celles qui chez des adultes auraient provoqué du rhumatisme ; plus rarement ils sont la conséquence de violences extérieures.

*Symptomatologie.* — La maladie débute par une douleur extrêmement vive, profonde, s'exaspérant par la pression ou les mouvements et augmentant pendant la nuit. Cette douleur est locale, c'est-à-dire fixe dans le point où l'abcès s'est développé, et si elle se propage le



long du membre, cela paraît tenir à l'augmentation de l'étendue du décollement ; bientôt survient une tuméfaction très-considérable, sans changement de couleur à la peau, à moins que l'os ne soit très-superficiel, et l'on perçoit nettement la fluctuation. Puis le membre s'infiltre de sérosité. Dès que l'abcès a dépassé le périoste, soit que le pus l'ait détruit ou se soit fait jour par une petite ulcération, la peau s'enflamme, se perfore, et le pus coule au dehors par une petite ouverture qui peut rester longtemps fistuleuse et présenter des fongosités plus ou moins rouges. La quantité de pus formé par ces abcès est souvent considérable, la suppuration généralement mal liée, contenant quelquefois des caillots sanguins, est presque toujours de mauvaise nature, fétide, mélangée à des globules huileux, caractère qui lui est commun avec celle de l'ostéomyélite. Au-dessous de l'abcès, on trouve l'os nécrosé, et la cicatrisation ne se fait généralement qu'après l'élimination de petits séquestres lamellaires. Les articulations voisines de l'os malade sont intactes, ce qui différencie cette affection de l'ostéomyélite, dans laquelle les articulations sont compromises. Il n'est pas rare de voir des abcès se reproduire après une guérison apparente. M. Chassaignac désigne ces derniers sous le nom d'*abcès de retour*. Les symptômes généraux sont très-intenses, fièvre violente, état typhoïde, sécheresse et chaleur de la peau, amaigrissement, etc. Ces symptômes persistent avec toute leur intensité jusqu'à l'ouverture du foyer, alors ils disparaissent presque entièrement à moins que l'écoulement du pus ne se fasse pas facilement.

*Diagnostic.* — Cette affection peut être confondue avec le phlegmon diffus et l'ostéomyélite. Quoique le diagnostic soit souvent entouré des plus grandes difficultés, on peut distinguer ces affections aux signes suivants : dans le phlegmon, la douleur est moins vive, moins profonde ; dans l'abcès sous-périostique, la tumeur plus circonscrite fait corps avec l'os, la fluctuation s'y manifeste plus tôt, les téguments conservent leur couleur normale pendant plus longtemps. Le diagnostic de ces abcès avec l'ostéomyélite est beaucoup plus difficile ; nous devons dire cependant que les altérations articulaires appartiennent particulièrement à cette dernière affection. (Voyez *Ostéomyélite.*)

Le *pronostic* est fort grave, car non-seulement cette maladie peut faire succomber très-rapidement le malade, mais elle laisse toujours des traces profondes de son passage par sa durée et l'épuisement que détermine une suppuration aussi abondante.

*Traitement.* — Une ou plusieurs incisions profondes seront faites aussi promptement que possible ; on facilitera la sortie du pus soit par des contre-ouvertures, soit au moyen des tubes à drainage de M. Chassaignac ; des douches acidulées faciliteront l'élimination des séquestres. Ce n'est que dans les cas extrêmes que l'on devra recourir à l'amputation.

### Art. IV. — Périostoses.

On désigne sous ce nom des tumeurs qui se développent autour des os et qui paraissent siéger spécialement dans le périoste; les plus fréquentes sont celles qui sont décrites sous le nom de *tumeurs gommeuses*.

*Anatomie pathologique.* — Le périoste et le tissu cellulaire qui l'environne sont tuméfiés, transformés en une masse assez compacte, grise ou blanchâtre, qui, quand on la coupe, représente assez bien un ganglion lymphatique engorgé. Plus tard la tumeur se ramollit, elle est composée d'une substance demi-liquide qui a été comparée à une dissolution de gomme.

*Étiologie.* — Les tumeurs gommeuses s'observent surtout sur les os superficiellement placés; la syphilis constitutionnelle en est à peu près la seule cause.

*Symptomatologie.* — La maladie débute par une tumeur dure, à base large non circonscrite, comme adhérente à l'os, sans changement de couleur à la peau. La pression est peu douloureuse et ne diminue pas le volume de cette tumeur; bientôt celle-ci se ramollit, elle se laisse déprimer par les doigts, mais au lieu d'une fluctuation franche on perçoit une espèce d'élasticité caractéristique. Les malades ressentent une douleur plus ou moins vive, qui s'exaspère par la chaleur du lit. Les tumeurs gommeuses peuvent rester stationnaires pendant un temps fort long; si elles sont indolentes, elles ne constituent qu'une simple difformité; d'autres fois, sous l'influence d'un traitement convenable, elles diminuent peu à peu et finissent par disparaître. Enfin et assez souvent sous l'influence d'une violence extérieure, la maladie passe à l'état aigu, la peau rougit, s'enflamme, se perfore, l'ulcération donne passage à du pus mal lié, mêlé à des débris de la tumeur elle-même, et bientôt on observe un ulcère de mauvaise nature dont la cicatrisation est très-lente, et qui est fort souvent compliqué d'une nécrose superficielle de l'os sous-jacent.

*Diagnostic.* — Au début, cette affection peut être confondue avec une exostose, et nous devons le dire, ce n'est seulement que par la marche de la maladie que ces deux affections peuvent être distinguées. Quand la tumeur est ramollie on peut la confondre avec un abcès du périoste. Alors les antécédents et la sensation d'élasticité, caractère principal des tumeurs gommeuses bien différent de la fluctuation, permettent d'établir un diagnostic exact.

*Pronostic.* — Cette maladie est peu grave par elle-même, en ce sens qu'elle cède le plus souvent à un traitement approprié, mais elle



laisse des cicatrices adhérentes aux os, et est souvent fort longue à guérir.

*Traitement.* — Dès le début, les tumeurs gommeuses seront combattues par un traitement spécifique, frictions d'onguent napolitain, emplâtre de Vigo *cum mercurio;* à l'intérieur, de l'iodure de potassium à la dose de 1 ou 2 grammes par jour. Aux douleurs vives on opposera les antiphlogistiques, les émollients, les opiacés à l'intérieur et à l'extérieur.

Lorsque la tumeur est ramollie, on se hâtera de l'ouvrir, et le pansement sera fait avec de la charpie recouverte d'onguent mercuriel.

BIBLIOGRAPHIE. — J. L. Petit, *Traité des mal. des os*, édition, Louis, in-12, 1767, t. II, p. 282, 339. — Boyer, *Traité des mal. chirurg. etc.*, t. III, p. 562, 1814. — Crampton, *Dublin hospit. Reports*, t. I, 1818. — Graves, *Mém. sur la périostite*, in *Gaz. méd.*, p. 604, 1833. — Maisonneuve, *Le périoste et ses maladies*, thèse de concours pour l'agrég., Paris 1839 et *Clinique chirurg.*, 1863, t. I, p. 1. — A. Bérard, *Dict.* en 30 volumes (Périoste, maladies), 1841, 2e édit., t. XXIII, p. 532. — A. Bérard et Denonvilliers, *Comp. de chirurg.*, 1851, t. II, p. 344. — Gerdy, *Mal. des org. du mouv.*, 1855, p. 136. — Chassaignac, *Des abcès sous-périostiques aigus, etc.*, in *Mém. de la Soc. de chir.*, et *Traité de la suppuration, etc.*, 1859, t. I, p. 410. — Vidal (de Cassis), *Traité des maladies vénériennes*, 1859, p. 490, *Traité de path. externe, etc.*, 1861, 5e édition revue par Fano, t. II, p. 219. — Follin, *Traité élém. de path. externe*, 1861, t. I, p. 710.

## CHAPITRE XIII.

### AFFECTIONS DES ARTICULATIONS.

### Art. Ier. — Arthrite.

L'arthrite ou inflammation des articulations offre deux variétés bien distinctes ; ou bien elle est *traumatique*, c'est-à-dire qu'elle reconnaît pour cause toute espèce de violence extérieure, ou bien elle se développe spontanément sous l'influence du vice rhumatismal, et est décrite sous le nom de *rhumatismale*. Cette dernière espèce appartient à la pathologie médicale, et a été traitée par M. Tardieu (1). Quant à la première, comme elle n'est qu'un épiphénomène des lésions articulaires, elle se trouvera implicitement décrite dans les divers articles dont nous nous occuperons. (Voyez *Plaies et contusions des articulations*, etc.)

(1) *Manuel de pathologie et de clinique médicales*, 1865, 3e édition.