

*Squelette de la cuisse.* — Le périoste du fémur présente, chez les jeunes sujets, une épaisseur remarquable ; il est rouge, très vascularisé, et se décolle facilement de l'os : aussi, les fractures du fémur, fréquentes chez les petits enfants, sont-elles presque toujours sous-périostées. Cette circonstance est éminemment favorable au traitement, mais peut induire en erreur quant au diagnostic, car il n'y a, le plus souvent, ni déformation, ni crépitation. Il existe de la douleur et de l'impuissance du membre, mais le symptôme pathognomonique est la mobilité anormale : en saisissant d'une main chaque extrémité de la cuisse, on obtient une incurvation du membre au niveau du point fracturé.

Je rappellerai que le fémur se développe par cinq points d'ossification, dont un primitif pour le corps et quatre complémentaires pour les extrémités. Les points complémentaires sont destinés à l'extrémité inférieure, à la tête, au grand et au petit trochanters ; le col est un prolongement du corps. Le point d'ossification de l'extrémité inférieure commence dans le cours du neuvième mois de la grossesse, et, à la naissance, il présente le volume d'un pois, circonstance importante en médecine légale, qui permet de reconnaître si un enfant est ou n'est pas venu à terme (Voy. les fig. 316, 317, 318, 319).

Les épiphyses supérieures se soudent à la diaphyse vers l'âge de seize à dix-sept ans ; l'épiphyse inférieure ne se réunit que vers l'âge de vingt à vingt-deux ans, et même plus tard : c'est, d'ailleurs, la dernière de l'économie à se souder. Le fémur continue encore à croître en épaisseur, mais, plus tard, le tissu spongieux se raréfie, le canal médullaire s'agrandit, le col se creuse, se remplit de tissu adipeux, d'où son extrême fragilité chez le vieillard.

On sait que l'accroissement des os en longueur se fait par l'interposition de la substance osseuse entre la diaphyse et l'épiphyse : il se produit donc en ce point un travail physiologique d'une grande activité pendant toute l'adolescence. C'est à cette circonstance qu'est dû le développement de l'ostéomyélite. Cette grave affection apparaît chez les sujets en voie d'ossification et, en général, chez ceux qui ont été surmenés de travail. Elle revêt parfois une forme bénigne, et on la désigne alors en général sous le nom d'*ostéite de croissance*, qu'il n'est pas toujours facile de distinguer d'une coxalgie au début.

L'ostéomyélite aiguë des adolescents est remarquable par l'intensité des symptômes généraux auxquels elle donne lieu au début, à ce point qu'elle est souvent confondue, à cette période, avec une fièvre typhoïde ; l'ouverture des abcès, qu'il est si important de pratiquer de bonne heure, se trouve ainsi retardée. Le lieu d'élection pour l'ouverture des abcès profonds de la cuisse est la face externe et antérieure. Dans ce point, en effet, l'os n'est séparé de la peau que par le biceps, et l'on ne rencontre ni vaisseaux, ni nerfs importants. Il est même possible de cheminer très profondément entre le vaste externe et le droit antérieur, de façon à n'être plus séparé du corps de l'os que par le vaste interne.

Le fémur est un des os longs le plus fréquemment atteints de nécrose. Celle-ci est consécutive à une ostéomyélite incomplètement traitée au début de la maladie, le canal médullaire n'ayant pas été largement ouvert. Lorsqu'un séquestre est invaginé et occupe toute la hauteur de la diaphyse, il n'y a souvent d'autre ressource que l'amputation. Si l'on jugeait à propos de tenter l'extraction du séquestre, c'est par la face externe de la cuisse qu'il faudrait mettre l'os à nu dans l'étendue nécessaire.