

CHAPITRE XIII

TRAITEMENT DES OSTÉOPATHIES

PAR

A. BROUSSE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier.

Dans ces dernières années, on a décrit deux types d'ostéopathies systématisées : l'*ostéite déformante* de Paget et l'*ostéoarthropathie hypertrophiante* de Marie ; c'est à ces deux types que nous limiterons l'étude thérapeutique des ostéopathies.

I

OSTÉITE DÉFORMANTE (MALADIE DE PAGET)

I

Considérations générales.

C'est en 1876 que sir James Paget en donna la première description. Après lui, un certain nombre d'observations sont publiées en Angleterre ; enfin quelques-unes sont mises à jour en France, en particulier par Lancereaux, Pozzi, Thibierge, qui fait sur ce sujet un important travail d'ensemble (*Archives de médecine*, 1890). Citons aussi les thèses de Richard (1887), Joncheray (1893).

A. *Symptômes*. — Pour Paget, c'est une affection de l'âge mûr, à marche lente et chronique, frappant les os longs, surtout dans leur diaphyse, en particulier ceux des membres

inférieurs et la clavicule ; parmi les os plats ou courts : le crâne, les côtes et la colonne vertébrale. Elle s'accompagne souvent au début de douleurs, mais respecte ordinairement la santé générale.

Cette maladie, étudiée dans son évolution, se caractérise essentiellement par des *douleurs* et surtout par des *déformations*.

1° *Douleurs*. — Les douleurs marquent habituellement le début de l'affection, elles siègent au niveau des os qui vont être altérés et paraissent en rapport avec le processus morbide qui s'opère dans l'os. Elles peuvent être très vives, aussi bien diurnes que nocturnes : tantôt continues, tantôt intermittentes, pouvant alors affecter la forme fulgurante.

Plus rarement, et ceci paraîtrait en rapport avec une évolution plus lente de l'affection, les douleurs font complètement défaut, et ce n'est qu'aux premiers signes de déformation que la maladie est reconnue, par exemple par la constatation que fait le sujet que sa tête est devenue trop grosse pour son chapeau.

2° *Déformations*. — Essentiellement constituées par l'augmentation de volume des os, elles s'accompagnent, pour les os longs, de déviations caractéristiques. Le malade présente alors, lorsqu'il est debout, un aspect tout spécial : le crâne hypertrophié est penché en avant ; le dos est voûté, les membres supérieurs pendent le long du corps et paraissent d'une longueur exagérée par suite du raccourcissement des membres inférieurs. En effet, les os de la cuisse et de la jambe, grossis dans leur diaphyse, présentent une large courbure à concavité interne ; en outre, les os des jambes sont fortement incurvés en avant, de sorte que, quand les pieds sont rapprochés, les genoux restent notablement écartés. Par suite de ces différentes incurvations, il se produit un raccourcissement plus ou moins prononcé des membres inférieurs.

C'est surtout au niveau de ces membres que les lésions sont le plus prononcées ; mais elles peuvent frapper aussi,

quoique rarement, les membres supérieurs, plus souvent le rachis, les côtes, la clavicule et surtout le crâne; la face reste généralement indemne, sauf, dans certains cas, le maxillaire inférieur.

Généralement les os sont frappés symétriquement.

Cependant, dans les formes incomplètes, certains os peuvent être frappés unilatéralement.

La *marche* de la maladie est essentiellement chronique et lentement progressive, et ne retentit pas le plus souvent sur l'état général. La terminaison fatale arrive habituellement par maladie intercurrente, qui dans beaucoup de cas se trouve être le cancer.

Les *lésions* sont essentiellement constituées par un mélange d'ostéite raréfiante et d'ostéite condensante.

L'*étiologie* est des plus obscures.

La maladie débute habituellement vers 50 ans, frappe également les deux sexes. Elle ne reconnaît nullement une influence héréditaire. On a signalé ses rapports avec l'arthritisme, et plus particulièrement avec le cancer. Les traumatismes paraissent dans certains cas avoir agi comme cause occasionnelle.

B. *Diagnostic*. — L'âge d'apparition de la maladie, sa localisation caractéristique sur les os longs et sur le crâne, son évolution, l'absence d'antécédents pathologiques particuliers, permettront de distinguer cette affection des autres ostéopathies (acromégalie, ostéo-arthropathie hypertrophiante), ainsi que des manifestations osseuses de la syphilis et du rhumatisme.

C. *Pathogénie*. — L'obscurité qui règne dans l'étiologie de cette affection ne saurait permettre de lui attribuer une pathogénie précise.

Dans un livre récent¹, M. Labadie-Lagrave range la maladie de Paget dans le groupe des *dyscrasies*, désignant sous ce nom des maladies dont l'origine serait en rapport avec l'altération de certaines glandes vasculaires sanguines.

1. LABADIE-LAGRAVE. — Maladies du sang, Paris, 1893.

Si cette origine paraît démontrée pour l'acromégalie, en rapport avec une lésion du corps pituitaire, rien ne permet, du moins actuellement, d'attribuer une pathogénie analogue à l'ostéite déformante.

Jusqu'à plus ample informé, nous croyons qu'elle doit être considérée comme sous la dépendance d'un trouble de nutrition et mérite, à ce point de vue, d'être rapprochée de l'ostéomalacie, dont certains auteurs la considèrent comme une variété (E. Vincent¹ propose de lui donner le nom d'*ostéomalacie hypertrophique bénigne*).

II

Traitement de l'ostéite déformante.

En l'absence d'étiologie et de pathogénie précises, la thérapeutique de la maladie de Paget ne comporte pas de médication spécifique, ni réellement curative. Le traitement sera donc purement symptomatique.

Les deux indications principales consisteront, étant donnés les symptômes caractéristiques de la maladie : 1° à combattre les douleurs; 2° à s'efforcer d'atténuer les déformations et d'arrêter leur marche progressive.

1° Les *douleurs* seront combattues par les agents analgésiques usuels, parmi lesquels les plus recommandables nous paraissent être le salicylate de soude, qui a donné de bons résultats dans un cas de Thibierge, et l'antipyrine.

Ce ne serait qu'au cas de douleurs très vives, localisées, à type fulgurant, qu'on serait autorisé à pratiquer des injections de morphine.

2° Contre les *déformations*, la thérapeutique est à peu près désarmée.

On a employé un grand nombre de médicaments parmi lesquels l'iode, l'arsenic, etc., mais sans résultats.

1. E. VINCENT. — Encyclopédie internationale de chirurgie, t. IV.

Ces déformations étant dues à un vice de la nutrition normale de l'os, puisqu'elles se produisent sous l'influence d'un double processus de ramollissement osseux et d'ossification exubérante, il nous paraît que, dans leur période formative, les préparations phosphorées, mais surtout phosphatées, trouvent ici leur indication; nous conseillons le phosphate de chaux sous ses différentes formes (le glycérophosphate de chaux trouverait peut-être ici une heureuse application).

Les déformations portant particulièrement sur les membres inférieurs, le repos sera indiqué, car elles sont exagérées par le poids du corps et, par suite, par la marche.

Une fois les déformations complètement constituées, comme elles n'empêchent pas les divers mouvements, qu'elles apportent simplement une certaine gêne à leur accomplissement, il ne nous paraît pas qu'il y ait utilité à avoir recours aux appareils orthopédiques, et encore moins à l'ostéotomie, qui a été proposée par Gibney, en Amérique.

Arrivé à cette période, le malade devient un infirme dont il faut s'efforcer de maintenir le bon état général par une hygiène appropriée (habitation confortable, vie tranquille, alimentation tonique et réparatrice, etc.)

II

OSTÉO-ARTHROPATHIE HYPERTROPHIANTE (MALADIE DE MARIE)

I

Considérations générales.

C'est en 1890 que P. Marie, dans un mémoire paru dans la *Revue de Médecine*, sépara de l'acromégalie, qu'il venait de décrire, un groupe d'ostéopathies systématisées, qui lui parut en rapport avec une affection chronique pleuro-pulmonaire et auquel il donna pour ce motif le nom d'*ostéo-arthropathie hypertrophiante d'origine pneumique*.

Depuis lors, de nombreux travaux ont paru sur cette question, parmi lesquels je signalerai seulement le mémoire de Rauzier, qui publie la première autopsie (*Revue de médecine*, 1891), les thèses de Lefebvre (1891) et Jamet (1893)¹.

A. *Symptômes*. — La maladie se caractérise par les *déformations* une fois constituées, le mode de début passant inaperçu le plus souvent. Ces déformations portent particulièrement sur les extrémités. Les mains frappent par leur volume excessif: en examinant de près, on voit que l'hypertrophie ne porte pas sur toute la main, qu'elle siège exclusivement sur les doigts, et d'une manière plus accentuée sur la phalange; de sorte que les doigts ont l'apparence de baguettes de tambour, et même au pouce de battant de cloche.

Les ongles participent à l'hypertrophie: ils sont très étalés et bombés, et prennent l'aspect de verre de montre ou de bec de perroquet, selon qu'on les regarde de face ou de profil. La région métacarpienne est indemne, mais le poignet est très augmenté de volume, par suite de l'hypertrophie considérable des épiphyses inférieures des os de l'avant-bras.

Les autres segments du membre supérieur sont rarement atteints.

Du côté des membres inférieurs, altérations de même ordre: renflement terminal des doigts de pied, élargissement et incurvation des ongles, hypertrophie du cou-de-pied par débordement des malléoles, gonflement et légère flexion des genoux, augmentation de volume des rotules.

Enfin, fréquemment il existe une cyphose dorso-lombaire compliquée souvent d'un certain degré de scoliose.

Pas de déformation habituelle du côté de la tête. On a signalé dans certains cas une hypertrophie de la clavicule, de l'épine de l'omoplate, du sternum, des extrémités costales.

Du côté des fonctions, il y a un certain degré de gêne dans les mouvements par suite des déformations des extré-

1. Voir, pour la bibliographie et les détails symptomatiques, l'article très complet inséré par RAUZIER dans la quatrième édition du *Traité pratique des maladies du système nerveux* de M. GRASSET, t. II, p. 240.

mités articulaires; les malades deviennent maladroits de leurs mains, surtout pour les travaux délicats; la marche, également, peut devenir difficile, et même impossible à une période avancée de la maladie.

B. — *L'évolution* de cette maladie est essentiellement lente et progressive. La durée en est généralement longue. La terminaison fatale arrive, non par les progrès de la maladie, qui n'altère pas l'état général, mais, le plus souvent, du fait de la maladie pleuro-pulmonaire provocatrice ou d'une affection intercurrente.

Chez les enfants, l'évolution est plus rapide, mais en revanche, elle peut rétrocéder et guérir.

C. — Les *lésions* consistent, d'après les recherches de Lefebvre, en une médullite subaiguë avec hyperplasie et condensation de l'os sous-périoste. L'analyse chimique a montré dans les os malades l'augmentation des matières organiques et surtout des matières grasses, la diminution considérable du phosphate et du carbonate de chaux, remplacés en partie par du phosphate de magnésie.

D. — Quant au *diagnostic*, c'est avec l'acromégalie que l'ostéo-arthropathie hypertrophiante prête le plus à confusion. Ce qui permettra de distinguer celle-ci, ce sont : la localisation des ostéopathies aux doigts et surtout à la phalange, la déformation spéciale des ongles, l'absence de lésions à la tête, tandis que dans l'acromégalie, c'est l'extrémité (mains ou pieds), dans sa totalité, qui est hypertrophiée; les déformations s'y rencontrent aussi à la face, particulièrement au niveau du nez et du maxillaire inférieur, lequel présente une hypertrophie énorme.

Enfin l'ostéo-arthropathie est dans la plupart des cas en rapport avec une affection pleuro-pulmonaire, ce qui permet d'accentuer encore les différences qui la séparent de l'acromégalie.

Elle présente certaines analogies et pourrait être au début confondue avec les doigts hippocratiques de la tuberculose, mais, dans cette dernière affection, outre que les lésions sont

exclusivement limitées aux extrémités digitales, elles portent plus spécialement sur les parties molles.

E. *Étiologie*. — La maladie frappe surtout les adultes et, parmi ceux-ci, présente une grande prédilection pour le sexe masculin. On peut l'observer aussi chez les enfants, et elle porte alors également sur les deux sexes. Mais ce qui domine l'étiologie de cette forme d'ostéopathie, c'est, ainsi que Marie l'a mis en lumière dès l'abord, la coexistence habituelle d'une affection pleuro-pulmonaire chronique à sécrétion abondante, souvent purulente, ayant débuté longtemps avant l'affection osseuse.

Dans ces derniers temps, on a publié un certain nombre de cas qui font exception à cette règle et dans lesquels l'ostéopathie aurait débuté à la suite de pyélo-néphrite, de rhumatisme chronique, etc. Nous signalerons en particulier trois cas dans lesquels l'origine syphilitique a été signalée (cas de Schmidt, de Smirnoff, de Chrétien).

P. *Pathogénie*. — Marie admet que l'affection pleuro-pulmonaire provoque l'ostéopathie par le mécanisme suivant : les toxines, émanant des germes qui entretiennent l'affection des voies respiratoires, seraient transportées par la voie sanguine et iraient se localiser aux extrémités, où elles provoqueraient un travail lent d'irritation osseuse.

Cette ingénieuse théorie, qui s'applique à la plupart des cas, paraît en défaut pour ceux dont l'origine est extra-pulmonaire, et surtout pour ceux qui sont en relation avec la syphilis, à moins que l'on n'admette, avec Chrétien, que dans ces derniers cas le virus syphilitique joue le même rôle que la toxine pulmonaire.

II

Traitement de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante.

Nous venons de voir que l'ostéo-arthropathie hypertrophiante a dans la plupart des cas une étiologie précise : en

dehors de quelques cas rares où elle paraît en rapport avec la syphilis, c'est presque toujours sous la dépendance d'une affection pleuro-pulmonaire chronique qu'elle se développe. De là deux grandes indications dans le traitement de cette affection :

1° *Combattre la maladie provocatrice*; 2° *s'efforcer d'amener la résolution des lésions ostéo-articulaires*.

1° Pour remplir la première indication, le traitement variera suivant la nature de la cause.

Si l'on soupçonne la syphilis, il ne faudra pas hésiter à employer le traitement spécifique, car dans le cas de Schmidt il a donné un succès. On donnera la préférence au traitement mixte (iodure et frictions ou injections mercurielles, sirop de Gibert), que l'on emploiera d'une façon intensive et avec une certaine persévérance.

Dans la plupart des cas, il s'agit plutôt d'une maladie pleuro-pulmonaire à sécrétion putride. Si l'on admet la pathogénie très logique indiquée par Marie, qui place le point de départ de la maladie dans les toxines du foyer respiratoire, on voit toute l'importance qu'il y a à agir sur ce foyer.

C'est là, en effet, l'indication capitale. On devra s'efforcer par tous les moyens de tarir la source de ces sécrétions pathogènes : on aura recours pour cela aux différentes méthodes antiseptiques qui s'adressent aux voies respiratoires et qui diffèrent suivant qu'il s'agit d'une affection broncho-pulmonaire ou bien d'une affection pleurale. Dans le premier cas, on aura recours aux préparations de goudron, de créosote, d'eucalyptol, etc., prises à l'intérieur ou administrées en inhalations; dans le second cas, on emploiera les lavages antiseptiques de la plèvre, qui, suivant les circonstances, devront être accompagnés d'une intervention chirurgicale.

Cette thérapeutique a donné de bons résultats dans un certain nombre de cas et vient ainsi confirmer la doctrine pathogénique de Marie. C'est en particulier chez les enfants qu'elle réussit le mieux (Moizard, Marfan, Jamet), et elle a pu en pareil cas procurer une guérison complète.

2° Contre l'ostéo-arthropathie elle-même, nous étions jus-

qu'à présent complètement désarmés : les iodiques, les arsenicaux, etc., donnés à l'intérieur, restaient complètement impuissants, de même que l'application locale des différents révulsifs.

MM. Demons et Binaud (de Bordeaux)¹ viennent de faire entrer la thérapeutique de cette maladie dans une voie nouvelle, en appliquant à sa cure les injections de liquide organique, mais de liquide organique spécialisé, de *suc pulmonaire*. Ce suc pulmonaire est préparé de la façon suivante : on prend 20 grammes de poumon de mouton coupé en petits morceaux, on les fait macérer pendant une demi-heure dans 60 grammes de glycérine; on ajoute 120 grammes d'eau bouillie naphtolée à saturation et on laisse macérer le tout pendant une demi-heure; puis on filtre, on introduit dans l'appareil de d'Arsonval et on filtre de nouveau à la pression de 60 atmosphères, après avoir laissé la solution pendant vingt minutes en contact avec l'acide carbonique.

Dans le cas publié par ces auteurs, il s'agissait d'une ostéo-arthropathie consécutive à une pleurésie purulente; les injections de suc pulmonaire, préparé comme nous venons de l'indiquer, ont été pratiquées tous les trois jours, en injectant chaque fois une seringue de Pravaz dans la région scapulaire. Ces injections, qui sont bien supportées, ont amené une amélioration très considérable, d'abord la fermeture du trajet fistuleux pleural, puis la rétrocession partielle des manifestations ostéo-arthropathiques, en même temps que le retour complet des mouvements normaux et le rétablissement de la force musculaire.

C'est là un résultat très encourageant, et, quel que soit le mode d'action de cette médication, qu'elle agisse soit indirectement en modifiant l'affection pleuro-pulmonaire primitive, soit directement sur les lésions ostéo-articulaires, il y a là une voie à poursuivre.

Espérons que l'expérience ultérieure confirmera pleinement le succès de cette première tentative.

1. DEMONS et BINAUD. — *Archives générales de médecine*, août 1894.