

décubitus dorsal sur un plan résistant. Nous ne saurions trop proscrire, dans le mal de Pott, les diverses variétés de corsets; les corsets plâtrés ou autres; ce sont des *cache-misère*, qui ne trouvent leur utilité qu'à une période donnée, comme soutien, comme moyen de renforcement, *lorsque la lésion osseuse est complètement guérie*. Le premier effet de l'immobilisation est de calmer les douleurs. Les malades peuvent se reposer, dormir et, de ce fait seul, leur état général reçoit déjà une grande amélioration. C'est surtout dans les formes ostéo-articulaires, que le repos combiné avec l'extension continue, au moyen des poids, procure un amendement immédiat dans les symptômes douloureux. Un autre avantage de cette méthode de traitement est de soustraire les parties malades aux irritations incessantes, dues aux mouvements fonctionnels, et de permettre ainsi aux lésions de marcher vers la cicatrisation. Pour le mal de Pott, qui a son siège sur la face antérieure des corps vertébraux, elle constitue le seul moyen local, capable de modifier l'évolution de la lésion tuberculeuse.

La *compression circulaire* avec la ouate et des bandes de flanelle est un excellent procédé pour favoriser la résolution des engorgements fongueux. Elle n'est malheureusement pas applicable partout, elle ne peut guère être employée que pour les affections des membres.

La *révulsion* sous ses diverses formes : teinture d'iode, vésicatoires, pointes de feu plus ou moins profondes, etc., peut être utile. Les cautérisations surtout calment les douleurs. Dans le mal de Pott, ces cautérisations superficielles, tout le long de la colonne vertébrale, sont le meilleur mode de soulagement. Nous connaissons un pauvre garçon aujourd'hui guéri, qui était atteint depuis quinze ans d'une ostéo-arthrite vertébrale avec pachyméningite, s'accompagnant de douleurs extrêmement vives. Couché, depuis cette époque, dans une grande gouttière, il n'avait pas, d'après ses calculs, subi moins de dix mille pointes de feu, pratiquées de temps à autre, par les gens qui l'entouraient lorsque les souffrances étaient trop violentes. Ces cautérisations au fer rouge, pratiquées sur le trajet de la colonne vertébrale, lui apportaient, seules, du soulagement.

Quant au massage, si utile dans d'autres affections des os et des articulations, il doit être proscrit dans les affections tuberculeuses du squelette; il provoque rapidement le ramollissement et la suppuration des fongosités. Il en est de même de certains traitements hydrothérapiques, conseillés sans discernement. Suivant la forme de tuberculose osseuse, ils activent également la production des fongosités et donnent souvent naissance à des abcès.

Le traitement chirurgical, à proprement parler, comporte divers procédés qui appartiennent à des *méthodes de nécessité et de choix*.

Les *méthodes de nécessité* s'appliquent aux lésions tuberculeuses profondes, sur lesquelles le chirurgien ne peut avoir une action directe; telles sont certaines tuberculoses vertébrales et pelviennes. Elles comprennent l'ouverture des abcès ossifluents, les injections modificatrices, etc. Les *méthodes de choix* sont constituées par l'emploi des moyens directs.

Les abcès d'origine osseuse doivent être ouverts largement avec le bistouri. A l'heure actuelle, avec l'antisepsie qui permet de se mettre complètement à l'abri des complications par infection secondaire des cavités purulentes, telles que septicémie, pyohémie, etc., l'ouverture doit être préférée à la méthode des ponctions aspiratrices et, cela va sans dire, à l'expectation, dans laquelle l'abcès est abandonné à lui-même. Elle conduit sur la membrane pyogénique, que l'on

peut parfois exciser, abraser, soit avec la curette, soit avec un linge rude, promené vigoureusement sur les parois et dans les culs-de-sac remplis de fongosités. L'incision permet, en outre, d'explorer la cavité de l'abcès et quelquefois de remonter jusqu'à la lésion osseuse, pour la détruire ou l'enlever complètement.

Injections modificatrices. — Les injections modificatrices servent à laver, à modifier la cavité des abcès préalablement incisés. Les solutions fortes d'acide phénique, les badigeonnages de la paroi avec des tampons trempés dans la solution de chlorure de zinc à 8 pour 100, dans le baume du Pérou créosoté (8/100), l'iodoforme, le nitrate d'argent, etc., sont les topiques le plus souvent employés.

Verneuil a préconisé les injections d'éther iodoformé. L'éther, en se volatilisant dans la poche purulente, dépose sur tous les points de la paroi l'agent modificateur. Quand l'abcès est de petit volume, on peut se contenter de le ponctionner et d'injecter dans sa cavité une solution d'iodoforme dans de la glycérine.

La liqueur de Villate, les solutions de créosote, de chlorure de zinc (Lannelongue), rendent encore des services, notamment dans les trajets fistuleux de vieille date.

Cautérisations. — Les pointes de feu profondes dans les foyers fongueux ou dans les os cariés agissent, d'une part, en détruisant directement une certaine quantité de tissu malade, et d'autre part, grâce au calorique qu'elles abandonnent et qu'elles font rayonner autour d'elles, en modifiant à distance les colonies de bacilles tuberculeux. (E. Vincent, *De l'arthrotomie ignée et du chauffage articulaire*. In *Rev. de chirurgie*, janvier 1884.)

Les *méthodes de choix*, qui ont pour but la destruction du foyer pathologique, comprennent divers procédés, qu'on emploie seuls ou simultanément. Ce sont, en première ligne, toutes les opérations sanglantes, depuis l'incision avec simple grattage ou évidemment d'une lésion tuberculeuse superficielle, jusqu'à l'ablation sur une plus ou moins grande hauteur de l'os malade : résections diaphysaires, articulaires, etc., enfin les cautérisations profondes avec le fer rouge.

On donnera, suivant les cas, la préférence à tel ou tel procédé; c'est ainsi que chez les enfants, dans la tuberculose caséuse des os courts, dans les ostéoarthrites du carpe, du tarse, par exemple, on aura volontiers recours aux cautérisations interstitielles, aux tunnellisations avec le fer rouge. Ce sont là des opérations plus conservatrices que la résection, que le raclage, par suite de la difficulté où l'on se trouve de différencier les portions du squelette qui doivent être enlevées ou conservées. Nous ne pouvons envisager ici les indications opératoires auxquelles donnent lieu les diverses tuberculoses osseuses. Cette étude nous entraînerait trop loin; elle appartient, du reste, pour une grande part, à l'histoire des ostéoarthrites tuberculeuses et du traitement qui leur convient. Il nous suffit de formuler quelques règles générales, qui dominent la thérapeutique de la tuberculose osseuse.

L'intervention sanglante est, dans le plus grand nombre des cas, lorsque la lésion est abordable, l'opération de choix.

Il faut intervenir le plus rapidement possible, avant la formation des abcès, avant l'apparition des fongosités, alors qu'il n'existe aucun signe apparent d'altération osseuse, en dehors d'une douleur fixe, augmentée par la pression et par les mouvements, dès que le diagnostic est, nous ne disons pas *certain*, mais *probable*. On évite ainsi la suppuration, les lésions diffuses, on fait alors une opération économique.

De telles interventions sont le plus souvent atypiques; la conduite du chirurgien est subordonnée à l'étendue, à la profondeur de la lésion, en un mot, aux constatations qu'il peut faire aisément, sur des tissus exsanguiés par l'application préalable de la bande hémostatique.

S'agit-il de lésions relativement anciennes, les conditions sont tout autres. Pour les membres, dans les ostéo-arthrites tuberculeuses, on fera chez les enfants de la conservation à outrance, on aura recours aux cautérisations, aux résections qui sont les opérations de choix, à cette période de la vie et pendant la jeunesse. Plus tard, chez les adultes, chez les vieillards, on devra souvent amputer, mais ici encore des distinctions devront être établies d'après le siège de la bacillose, sa forme, son étendue, etc.

Les lésions diffuses, la forme maligne de la tuberculose osseuse, nécessitent également le sacrifice du membre.

Quant à la cautérisation avec le fer rouge, que l'on emploie fréquemment pour compléter l'action de la curette, de la gouge, elle sera surtout réservée aux foyers fongueux, aux os cariés. Elle agit, d'une part, en détruisant directement une certaine quantité de tissu malade et, d'autre part, en modifiant à distance les micro-organismes qui infiltrent les tissus. Dans ces cautérisations interstitielles, alors que le fer rouge traverse, de part en part, des os malades, enflammés et graisseux, il faut rejeter le thermo-cautère dont le rayonnement est trop faible, pour employer les cautères habituels.

Dans les cautérisations transcurrentes du genou, du pied, etc., nous avons toujours la précaution d'inciser la peau au niveau du trajet que doit parcourir le fer rouge. C'est le moyen d'éviter à la peau des pertes de substance étendues, qui mettent un temps souvent considérable à se réparer et qui laissent des cicatrices profondes.

Les récidives si fréquentes de la tuberculose osseuse obligent le chirurgien à surveiller pendant longtemps les opérés, à diriger leur traitement jusqu'à la complète cicatrisation et, dans le cas de résection articulaire, à assurer le rétablissement de la fonction du membre réséqué. Le traitement général joue, en pareil cas, un rôle considérable, en même temps que, par les moyens déjà indiqués, on luttera contre les réinoculations possibles et la transformation des bourgeons en fongosités. — Ces réinoculations sont particulièrement à redouter dans les ostéites iliaques, costales, etc., dont elles assombrissent beaucoup le pronostic.

CHAPITRE IV

LÉSIONS SYPHILITIQUES DES OS

La syphilis, à tous ses degrés d'évolution (*périodes secondaire et tertiaire*), quelles que soient l'origine et la date d'apparition de la contagion (*syphilis acquise, congénitale ou héréditaire tardive*), atteint le tissu osseux.

On peut décrire de deux façons différentes les lésions syphilitiques des os : étudier successivement les lésions qui frappent les différents plans ou parties constitutives du système osseux : périoste, tissu compact, moelle, diaphyse

et épiphyses, sans tenir compte de l'âge, de la forme de la syphilis, quitte à faire remarquer, chemin faisant, que telle ou telle localisation se rencontre, de préférence, à telle ou telle période et dans telle ou telle forme de la vérole; ou bien examiner, dans un premier chapitre, toutes les lésions, profondes et superficielles, de la syphilis secondaire d'abord, puis passer à l'étude des altérations diverses de la période tertiaire et enfin terminer par une description générale de la syphilis osseuse, héréditaire, précoce et tardive. Cette deuxième méthode est préférable, car elle répond au tableau clinique de la syphilis osseuse, dans laquelle les lésions prennent souvent une physionomie particulière, suivant les différents âges et les différentes formes de l'affection et alors que, souvent, toutes les parties de l'os sont simultanément intéressées. Dans le cours de cette étude, nous indiquerons les principaux travaux dont nous sommes inspiré.

I

LÉSIONS DE LA SYPHILIS SECONDAIRE

La syphilis peut porter son action sur le système osseux peu de temps après l'accident primitif, au moment de l'apparition des lésions les plus précoces, telles que la roséole et les plaques muqueuses. L'histoire de ces manifestations osseuses hâtives de la vérole se résume, presque tout entière, dans l'étude des *périostites* et des *périostoses*. La syphilis secondaire touche profondément le tissu lymphoïde, et l'on s'explique alors aisément les lésions précoces de l'os, qui est, en somme, baigné de tissu médullaire, de leucocytes. « Quoi de plus rationnel, en effet, dit très justement Jullien, que d'attribuer le soulèvement du périoste à la tuméfaction de la couche médullaire qui le tapisse, et qui fatalement, comme la rate, comme les amygdales, ou tout organe lymphoïde, subit l'influence du virus? »

Les os du crâne, surtout le frontal, les côtes, le sternum, le tibia, sont les lieux d'élection de ces périostites, qui se révèlent d'une façon soudaine. Après les douleurs, souvent très prononcées et survenant principalement pendant la nuit (*douleurs ostéocopes*)⁽¹⁾, apparaît dans les régions superficielles une tuméfaction inflammatoire plus ou moins accusée, dure, et de la largeur d'une pièce de 1 ou de 2 francs environ. La pression y est parfois fort mal supportée; certains sujets atteints de périostite de l'os frontal ne peuvent, par exemple, tolérer le contact du chapeau. Les périostites sterno-chondro-costales, bien décrites par Mauriac, créent des foyers douloureux fixés aux parois de la poitrine, qui doivent entrer, pour une certaine part, dans les causes de la dyspnée (*asthme syphilitique*), que l'on observe souvent à cette période.

Ces périostites disparaissent, parfois, sans laisser de traces. Elles ne suppurent et n'aboutissent à la nécrose sous-jacente que dans des cas très exceptionnels, mais elles laissent souvent après elles, une ossification localisée, assez

(1) Les douleurs ostéocopes, sourdes, diffuses et mobiles pendant la journée, deviennent plus intenses la nuit et ne cessent qu'à l'apparition du jour. C'est la chaleur du lit qui donne peut-être lieu à leur redoublement d'acuité; les boulangers qui travaillent et sont levés la nuit, souffrent plutôt le jour, quand ils se reposent, que la nuit, quand ils veillent, et les Kabyles qui couchent sur la terre, sans lit, seraient exempts de ces douleurs nocturnes (Rollet).