

## CHAPITRE V

## OSTÉITE RHUMATISMALE

Le rhumatisme, dont les manifestations et les localisations sont si variées, peut atteindre le tissu osseux et donner ainsi naissance à une forme particulière d'ostéite, sur laquelle l'attention n'est réellement appelée que depuis les recherches de Gosselin, qui ont été confirmées par les observations d'Ollier, de Cadiat, Ferréol, Duplay, etc. Déjà Adams avait signalé des lésions osseuses, au voisinage des lésions articulaires d'origine rhumatismale; mais il avait, à peine, mentionné les ostéites diaphysaires, occupant de préférence les os longs, en dehors de toute inflammation des articulations voisines.

Aujourd'hui, nous savons que l'ostéite rhumatismale constitue une entité pathologique, au même titre que l'arthrite de ce nom, qu'elle peut siéger primitivement sur un point quelconque du squelette, avec ou sans arthrite concomitante, et se montrer aussi bien sur les diaphyses que sur les épiphyses, sur les os plats et courts que sur les os longs.

L'histoire de cette affection osseuse est de date récente, ainsi qu'on peut en juger par la mention des travaux qui ont particulièrement servi à rédiger cet article :

ADAMS (R.), *Traité du rhumatisme goutteux*, 1857; 2<sup>e</sup> édit., 1875. — GOSSELIN, *Nouveau Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXV, p. 535. — CADIAT, *Sur l'ostéite rhumatismale*. *France méd.*, 6 avril 1877. — *Revue de méd.*, 1882. — FERRÉOL, *Sur le rhumatisme ostéo-hypertrophique des diaphyses et des os plats*. *France méd.*, 9 juin 1877. — OLLIER, *Encyclopédie internationale de chirurgie*, t. IV, p. 280. — VERNEUIL, J. TEISSIER, POTAIN, DUPLAY, *Congrès de Blois*, 1884. — REYNIER et LEGENDRE, *Arch. de méd.*, juillet 1885. — MATHIEU, *Du rhumatisme osseux chez les jeunes sujets*. Thèse de Paris, 1884. — MOHAMED, *Observations de rhumatisme osseux*. *British med. Journal*, p. 827, 1882. — ELOY, *Ostéopériostite rhumatismale des métatarsiens*. *Revue génér. de chir.*, octobre 1888. — POULET, *De l'ostéopériostite rhumatismale*. Les fantassins du 5<sup>e</sup> zouave. *Arch. de méd. milit.*, 1887. — HERZOG et WEIL, *Périostite du maxillaire inférieur*. *Münchener med. Woch.*, 1889. — HOBBS, *Rhumatisme articulaire aigu, exostoses et nodosités cutanées*. *Bull. de la Soc. de méd. de Bordeaux*, 1895. — CHATIN, *Sur un cas d'ostéopériostite rhumatismale*. *Lyon médical*, 2 septembre 1894. — L. DOR, *Périostite albumineuse, hyperostoses et exostoses infectieuses*. *Arch. prov. de chir.*, janvier 1895.

**Anatomie et physiologie pathologiques.** — Les lésions du squelette, que l'on a eu assez rarement l'occasion de constater sur le vivant et sur le cadavre, varient naturellement avec la date et la marche de l'affection, avec le siège principal des accidents inflammatoires, etc. Si l'ostéite rhumatismale est une, en effet, dans sa cause essentielle — le rhumatisme — elle se présente avec des caractères différents, suivant la marche aiguë ou chronique de l'affection, et suivant sa localisation plus ou moins nette, sur telle ou telle partie du tissu osseux. Sous le nom d'ostéite rhumatismale, il faut distinguer des ostéomyélites ou plutôt des médullites, des ostéopériostites, des parostites simples, qui nous paraissent les lésions les plus fréquentes, et des périostites que l'on rencontre, de temps à autre, avec des arthrites. La clinique justifie ces divisions en diverses formes, que nous considérons comme existant anatomiquement,

mais sans pouvoir, avec de nombreuses autopsies, en demander confirmation à l'anatomie pathologique. Il s'agit, dans tous les cas, d'un processus inflammatoire, sans tendance à la suppuration, à la nécrose, faisant du rhumatisme osseux une véritable ostéite plastique.

Un gonflement plus ou moins étendu des couches parostales est la règle, dans les arthrites rhumatismales aiguës, tout au moins doit-on le supposer, de par l'hypertrophie des extrémités osseuses que nous avons souvent rencontrée, à une certaine distance, au-dessus et au-dessous des articulations malades. Cette augmentation de volume du squelette est-elle due à une infiltration séreuse plus ou moins abondante, des mailles du tissu cellulaire parostal, ou reconnaît-elle pour cause un simple épaissement inflammatoire de ce tissu conjonctif? le fait en lui-même n'a qu'un intérêt secondaire; il s'agit, à n'en pas douter, d'une propagation aux tissus fibro-séreux voisins de l'inflammation articulaire. Cette périostite externe secondaire ou parfois concomitante des arthrites aiguës peut se montrer primitivement et donner naissance, sur le trajet d'un os long par exemple, à une collection séreuse plus ou moins étendue, dont les caractères rappellent ceux d'un épanchement intra-articulaire. La poche, de dimensions variables, est constituée par un feutrage plus ou moins épais des couches cellulaires ambiantes; le plus souvent, elle ne serait pas isolable par la dissection. Ses rapports avec le squelette constituent son caractère essentiel. Séparée de lui par le périoste qui est probablement, dans sa couche profonde, le siège d'un certain degré d'hypérémie, de tuméfaction inflammatoire par voisinage, elle ne communique, en aucun point, avec le tissu osseux, ce qui revient à dire que l'on ne trouve nulle part d'ulcération, de perforation du périoste, conduisant sur un os dénudé.

La lésion est donc *parostale*, elle occupe le tissu cellulaire, lâche, lamelleux, qui est assimilable à une gaine séreuse cloisonnée.

À côté de cette périostite externe rhumatismale (Duplay) se place la périostite ou mieux l'ostéopériostite de même nature; c'est alors une inflammation superficielle de l'os, caractérisée par les signes d'une ostéite plastique, sèche ou exsudative.

Dans la première forme, les lésions ne doivent pas se différencier, par leurs signes physiques, de l'ostéite traumatique, de l'ostéite syphilitique. Elles ne justifient pas une description spéciale, elles appartiennent à la catégorie des ostéites productives ou hypertrophiantes. L'hyperostose est plus ou moins prononcée, parfois elle occupe toute l'épaisseur, la totalité de l'os, comme dans les faits qui ont été publiés d'ostéite rhumatismale du maxillaire inférieur; le plus souvent, si toute trace de la lésion n'a pas disparu, on constate des ossifications sous-périostiques, des saillies ostéophytiques persistantes. Dans la périostite exsudative, un épanchement séreux se produit entre le périoste et l'os. Il est, comme nous le verrons, telle variété de périostite albumineuse qui, reconnaissant pour cause l'action du froid et se terminant par résolution, peut être considérée comme une variété d'ostéopériostite rhumatismale. — L'ostéopériostite rhumatismale, à forme sèche, est-elle toujours hypertrophiante? nous ne le pensons pas, sans pouvoir en fournir la preuve anatomique. — Nous croyons à l'ostéite rhumatismale raréfiant, dans un assez grand nombre de cas, chez des adultes; tout au moins admettons-nous, sous l'influence de rhumatisme, un certain degré de raréfaction osseuse qui prédispose aux fractures. C'est ainsi que nous avons été, maintes fois, frappé de la

facilité avec laquelle se produisent certaines fractures du fémur, du tibia, de la rotule, chez des sujets manifestement rhumatisants, alors qu'ils avaient éprouvé, depuis un temps plus ou moins long, dans l'os fracturé, des douleurs que, par exclusion, on devait considérer comme rhumatismales.

L'ostéomyélite ou médullite dont l'existence nous semble démontrée par des douleurs centrales plus ou moins vives, sans gonflement de l'os, est, très probablement, caractérisée par des phénomènes congestifs du côté de la moelle, pouvant aboutir, en dernier ressort, à un état scléreux du tissu médullaire, à des ossifications intra-osseuses. Nous n'avons aucune autopsie à l'appui de cette manière de voir, mais chez quelques malades, l'intensité des douleurs, leur persistance, leur retour témoignent de poussées congestives susceptibles de laisser des traces plus ou moins durables.

Ces idées nous paraissent recevoir une éclatante confirmation par le travail de notre chef de laboratoire, le docteur L. Dor (*Arch. prov. de chir.*, janv. 1895) qui, dans une étude d'un cas de pseudo-rhumatisme infectieux expérimental, décrit ainsi les lésions histologiques : « Les cellules du cartilage de conjugaison ont entièrement disparu; il ne se fait plus aucune ossification à leur dépens, et les trabécules osseuses, qui indiquent la limite où se trouvait le cartilage, sont partiellement érodées et en voie de résorption; il existe aussi, à la périphérie de l'os, un processus d'ostéite destructive. Le tissu médullaire, qui sépare les vaisseaux embryonnaires néoformés, est composé de très petits amas d'une substance colorée en orangé par le picrocarmin, et dans lesquels on voit se former des ostéoblastes, qui paraissent naître là, directement, au sein de la moelle, par une transformation des cellules. Enfin, fait capital, il n'existe pas le moindre abcès, pas le plus petit amas de globules blancs, aucune infiltration embryonnaire; en un mot, rien qui rappelle une ostéomyélite ordinaire. »

Quant au rhumatisme chronique, qui se montre le plus ordinairement sur les épiphyses, au niveau des extrémités articulaires, il comporte tout un ensemble d'altérations du tissu osseux, dont l'étude rentre dans celle des arthrites sèches et des manifestations du rhumatisme goutteux. Pour Cadiat, l'arthrite sèche n'est qu'une variété d'ostéite rhumatismale, dont le début a lieu, en général, par une seule extrémité osseuse. Nous ne nous étendrons pas sur la pathogénie de l'ostéite rhumatismale, c'est là une question de pathologie générale qui ne saurait être résolue, et que nous ne soulèverons pas à propos du rhumatisme osseux. S'agit-il d'une maladie infectieuse avec une monade spécifique ou d'un état particulier créé par un ralentissement de la nutrition (Bouchard)? les recherches les plus récentes ne permettent pas de se prononcer, et l'examen des diverses théories proposées ne touche que de loin aux manifestations osseuses de ce que l'on peut encore appeler la diathèse rhumatismale.

**Étiologie.** — Les manifestations variées du rhumatisme sur le squelette relèvent d'un ensemble de causes, qui, dans l'espèce, n'offrent aucune particularité. Signalons, cependant, l'action du froid, du froid humide, si fréquemment mise en relief, dans les observations, et qui, pour être banale dans l'étiologie du rhumatisme, n'en a pas moins une grande importance. Cette cause, nous la mentionnons, à propos de la périostite albumineuse qui, chez les jeunes sujets, et pendant la période de développement, se montre de préférence, au niveau des portions juxta-épiphysaires.

Nous connaissons des exemples d'ostéo-périostite rhumatismale, frappant des os courts, des os plats; mais les os longs, les os superficiels, le tibia, le cubitus, la clavicule et le fémur sont le plus habituellement atteints. Chez l'adulte, cette périostite ossifiante occupe un point quelconque de la diaphyse, il est rare qu'elle se localise sur une épiphyse.

**Symptomatologie.** — Les symptômes qui la caractérisent sont plus ou moins accusés, et, hâtons-nous de le dire, ils n'ont par eux-mêmes aucune valeur spécifique. C'est ainsi que sur le tibia on constate une tuméfaction diffuse, peu considérable au début, en même temps qu'un peu de chaleur à la main. Ce gonflement de l'os n'atteint pas, en général, de grandes proportions; il est douloureux spontanément, à la pression, pendant la marche; mais les douleurs n'augmentent généralement pas pendant la nuit, se différenciant ainsi des douleurs nocturnes de la syphilis.

Parfois dans les inflammations parostales ou périostiques à processus exsudatif, les signes physiques seront différents.

L'os est augmenté de volume sur une étendue plus ou moins grande, on constate une certaine rénitence, parfois même de la fluctuation, laissant supposer une collection liquide. Le plus souvent, on croit à un abcès; se décide-t-on à intervenir par une incision, on est surpris de voir s'écouler, au lieu du pus que l'on attendait, un liquide séreux, filant, dont les caractères rappellent quelquefois, à s'y méprendre, la synovie. Dans des cas de ce genre, on a pu craindre, au voisinage d'une articulation, de l'avoir ouverte par mégarde, avec la pointe de l'instrument tranchant. L'incision donne issue, le plus habituellement, à une petite quantité de liquide qui, dans quelques circonstances, s'échappe en assez grande abondance. Parfois une fistule succède à la simple incision de la poche, elle fournit un liquide séreux, dont les caractères sont ceux de toutes les sérosités inflammatoires, ainsi que l'ont établi les analyses qui en ont été faites.

Le début de la maladie est annoncé par un petit frisson et par un mouvement fébrile plus ou moins intense, qui peut apparaître, de temps à autre, dans la forme chronique, sous l'influence de poussées inflammatoires.

Quant à la marche de l'affection, elle est subordonnée aux caractères anatomiques de la lésion. L'ostéo-périostite rhumatismale des os longs, à forme plastique, est chronique, de longue durée; elle donne lieu, de temps en temps, à des accidents subaigus, caractérisés par une périostose de dimensions et de volume variables, elle se termine sans suppuration et sans nécrose. La résolution peut être complète, mais il n'est pas rare de voir persister un certain degré d'hyperostose. Cette terminaison par résolution s'observe également dans l'ostéo-périostite et la périostite externe avec épanchement, l'exsudat se résorbe et l'os revient à son volume primitif. La purulence du liquide, la suppuration de la poche seront secondaires, elles ne se produiront qu'après l'incision de la tumeur, si une antisepsie rigoureuse n'a pas mis la plaie à l'abri de l'infection.

Il faut soumettre à une critique sévère les observations qui ont été publiées, car, dans le nombre, il en est beaucoup qui sont des cas de pseudo-rhumatismes infectieux.

On ne doit penser à l'ostéite rhumatismale<sup>(1)</sup> vraie que lorsqu'on observe,

(1) Chatin, *Lyon médical*, septembre 1894.

premièrement, l'alternance de poussées osseuses avec des poussées articulaires franchement rhumatismales, et, deuxièmement, le succès thérapeutique indiscutable de l'antipyrine.

**Diagnostic.** — Le diagnostic des manifestations osseuses du rhumatisme repose sur les divers symptômes que nous avons signalés, mais les signes locaux n'ont point, par eux-mêmes, une valeur suffisante; aussi devra-t-on grandement tenir compte de l'absence de traumatisme, de syphilis, de l'âge du malade, de ses antécédents, du bon état de sa santé, etc., ces dernières causes permettant d'écarter l'idée d'une lésion tuberculeuse. Un élément important d'appréciation est la coïncidence d'attaques rhumatismales actuelles ou antérieures, dans d'autres régions.

La médullite se différencie, au début, de l'ostéo-périostite, par l'acuité des douleurs, sans gonflement, de l'os, et les périostites de l'ostéite, par une tuméfaction plus superficielle, s'accompagnant parfois de fluctuation. Ces distinctions, du reste, relativement au siège de l'inflammation, sont un peu artificielles, et la douleur que l'on rencontre dans toutes les ostéites aiguës n'a pas toujours de caractère particulier; nous l'avons vue plus vive pendant la nuit, se produisant à heure à peu près fixe, sans que le malade fût syphilitique. Chez quelques sujets, les souffrances rebelles constituent, par leur ténacité, le caractère prédominant. L'ostéite, qui peut être de nature rhumatismale, revêt alors une physionomie distincte, elle constitue une affection à part, qui, malgré des lésions anatomiques semblables, mérite un nom spécial : *ostéite à forme névralgique*, et une description particulière.

Quant à la confusion qui a été commise entre une ostéite rhumatismale et un ostéo-sarcome, elle nous paraît devoir être facilement évitée dans la plupart des cas d'ostéo-périostite diaphysaire, et l'on ne doit songer à une opération, résection ou amputation, qu'après avoir demandé au temps ou à un traitement approprié le contrôle d'un diagnostic, parfois embarrassant, dans les premiers temps de l'ostéite rhumatismale. Sur les os plats et courts, le gonflement est quelquefois considérable; il donne naissance à des exostoses, à des stalactites, mais ce sont là des lésions du rhumatisme chronique, dans l'examen desquelles nous n'avons pas à entrer, car elles appartiennent, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, à l'histoire de ce dernier.

Si l'affection se localise aux maxillaires, on songera à l'existence du *leontiasis ossea* de Virchow, à cette singulière maladie généralement symétrique, qui s'accompagne d'œdème chronique, consécutif à des poussées inflammatoires de la peau. Le *leontiasis ossea* débute, en général, par les maxillaires supérieurs (thèses de Baumgarten, de Milliat, Paris 1892), tandis que l'ostéite rhumatismale frappe, de préférence, le maxillaire inférieur.

Mais le diagnostic le plus difficile à établir est celui de l'ostéite rhumatismale vraie, avec les ostéites pseudo-rhumatismales infectieuses; ce diagnostic ne saurait être fait, lorsqu'on ne peut pas s'appuyer sur l'existence simultanée ou antérieure de manifestations rhumatismales bien confirmées.

**Pronostic.** — Le pronostic n'est pas grave. Abandonnée à elle-même, l'ostéite rhumatismale se résoudra spontanément après un temps plus ou moins long, ou laissera à sa suite une hyperostose variable, qui pourra être le point de départ de poussées congestives douloureuses, mais qui ne sera pas,

la plupart du temps, susceptible de suppurer et de donner lieu à une nécrose. A la face, sur le maxillaire inférieur, on a vu l'hyperostose s'accompagner d'une déformation des plus accusées; elle aura d'autant moins de chances de disparaître, que l'affection sera plus ancienne, et l'ostéite condensante plus marquée.

**Traitement.** — C'est surtout dans la période hyperémique, c'est-à-dire, au début de l'ostéite, qu'il sera permis de compter sur l'efficacité du traitement. La première indication est de condamner au repos la région malade, puis de lutter localement, avec les divers moyens thérapeutiques journallement mis en usage, contre les manifestations rhumatismales.

L'immobilisation, les sudations locales, la révulsion à l'aide de vésicatoires, de pointes de feu, etc., sont particulièrement à recommander dans la forme plastique.

On insistera longtemps, au début, sur le traitement médical, et, en particulier, sur l'antipyrine, se souvenant que Terme a rapporté au congrès de Blois un cas où la trépanation put être évitée, grâce à cette médication, et que l'observation de Chalin est aussi très démonstrative à cet égard.

Si les douleurs sont vives, si elles ne cèdent pas à ces divers moyens thérapeutiques, il ne faut pas hésiter, on aura recours à un large débridement périostique, pratiqué en plein foyer inflammatoire. Nous recommandons, en pareil cas, une incision cruciale, dépassant aux quatre points extrêmes les limites du mal. Le périoste est-il notablement épaissi, l'os sous-jacent hyperémié présente-t-il des signes d'ostéite, on ne s'en tiendra pas à ce débridement linéaire; avec le détache-tendon, manœuvrant à partir de chaque angle de la plaie, on décollera méthodiquement le périoste. On obtient ainsi une saignée osseuse plus abondante et une décompression plus complète des tissus enflammés.

Cette intervention chirurgicale, qui doit être précoce et qu'il n'est pas permis aujourd'hui de différer, avec la sécurité complète donnée par les méthodes antiseptiques, sera, la plupart du temps, suffisante. Si l'on supposait une ostéomyélite, il faudrait recourir à la trépanation de l'os, à l'ouverture du canal médullaire avec la gouge et le maillet, soit immédiatement, soit plutôt dans les premiers jours qui suivent l'incision périostique, alors que la persistance de la douleur indique nettement, que le débridement n'a pas été suffisant. Nous entrons, du reste, dans de plus grands développements sur la trépanation osseuse, à propos de l'ostéite à forme névralgique, dont elle constitue le véritable traitement. Dans le cas de collection liquide, si l'épanchement ne paraît pas se résorber, sous l'influence du repos, des révulsifs, on ne différera pas l'incision de la poche. S'agit-il d'une ostéo-périostite superficielle, d'une périostite externe, un lavage antiseptique et des pansements compressifs amèneront, le plus souvent, une guérison rapide. En résumé, contrairement à l'ancienne pratique, nous sommes partisan d'une intervention sanglante hâtive, lorsque l'os est, depuis un certain temps, gonflé, douloureux à la pression; lorsque l'épanchement ne se résorbe pas. Les débridements périostiques ou intra-osseux s'imposent toutes les fois que la douleur résiste à la révulsion, à l'emploi de la quinine, de l'antipyrine, etc. Nous ne saurions, sur ce sujet, entrer dans plus de détails et, à propos de l'ostéite rhumatismale, passer en revue toute la série des moyens thérapeutiques proposés contre le rhumatisme.