

R. Blanchard, dans les examens microscopiques de ces os fracturés, a constaté les signes d'une ostéite raréfiante, bien caractérisée. Relève-t-elle directement, comme le pense Charcot, des troubles du système nerveux? Malgré les contestations antérieures de Volkmann, de Ball, il faut accepter actuellement l'opinion du savant médecin de la Salpêtrière, sans que, d'ailleurs, on s'entende bien encore sur la façon dont il faut comprendre cette action dystrophique du système nerveux.

Quant au traitement, il ne comporte pas d'autres règles que celles qui président à la thérapeutique des fractures ordinaires, mais le pronostic doit naturellement être plus réservé.

CHAPITRE X

DE LA MALADIE OSSEUSE DE PAGET

(OSTÉITE DÉFORMANTE)

En 1876, Sir J. Paget décrivait une maladie du système osseux, caractérisée par des déformations et par une évolution assez spéciales, pour qu'on en fit une entité pathologique nouvelle. Le nom de « maladie de Paget » fut aussitôt appliqué à cette affection; mais, par la suite, Paget lui-même, puis Thibierge, dans son article des *Archives générales de médecine* (1890), proposèrent, à sa place, le terme d'« ostéite déformante », afin d'éviter toute confusion avec une autre maladie de Paget, localisée dans le sein, et sans aucune relation avec la précédente (1).

Par la découverte du clinicien anglais se trouvait créé un nouveau groupe de lésions des os, à tendance hypertrophique, à allure chronique, de nature encore discutée, et qui s'est enrichi depuis, de l'acromégalie, de l'ostéo-arthropathie hypertrophique pneumique, et de la leontiasis ossea.

Étudiée surtout en Angleterre, l'ostéite déformante fut pourtant signalée en France, dès l'année de la publication de Paget (Bourceret, Huchard et Binet, etc.). La première description didactique que nous en ayons est l'article de Vincent (de Lyon) dans l'*Encyclopédie internationale de chirurgie*, travail bientôt suivi de ceux de Rozier (Thèse de Paris, 1884) et de Pozzi (*Gazette médicale*, 1885). Le nombre des cas publiés augmenta ensuite rapidement; mais, dans ses recherches sur l'acromégalie en 1886, et sur l'ostéo-arthropathie pneumique, en 1891, Marie dut faire la critique de plusieurs faits douteux, rangés à tort jusque-là dans l'ostéite déformante.

Le tableau clinique de l'affection a été complété par la thèse de Richard (inspirée par Lancereaux, Paris 1887), l'article de Thibierge, la thèse de Joncheray (Paris, 1895), et par les observations récentes de Chrétien, Marie, Moizard, Magdeleine, Robin, Meunier (2), etc.

(1) Voy. *Traité de chirurgie*, t. VI.

(2) Voy. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1894.

Enfin, H. Stilling (*Arch. de Virchow*, 1890), Gilles de la Tourette et Marinisco (1) en 1895, ont relevé, dans trois cas autopsiés par eux, la présence de lésions médullaires, qui, peut-être, pourront éclaircir la pathogénie, encore si obscure, de la maladie osseuse de Paget.

Étiologie. — Sans être très rare, l'ostéite déformante n'aurait été observée,

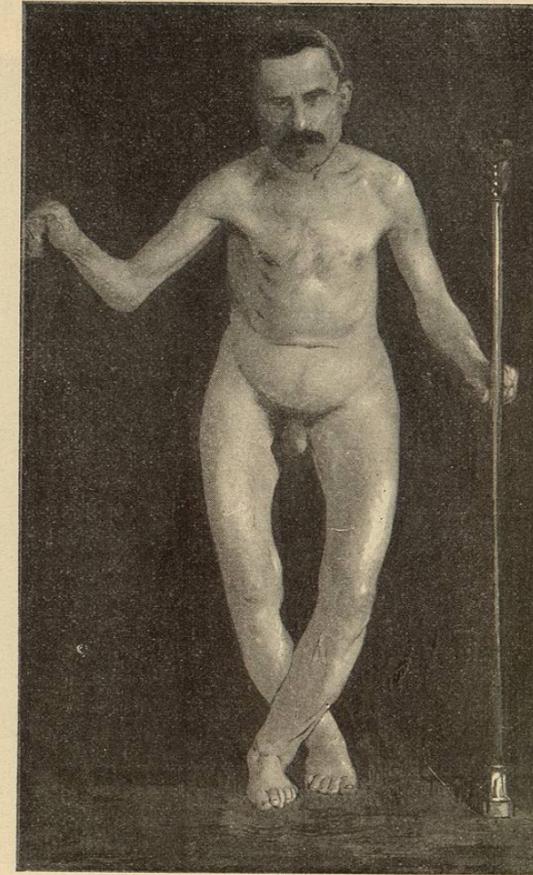


FIG. 502. — Ostéite déformante de Paget avec membres inférieurs croisés en X, l'un devant l'autre, par contracture très marquée des muscles adducteurs. (Malade présenté par A. Pic à la Société des sciences médicales de Lyon, séance du 21 octobre. — Voy. *Province médicale*, 7 novembre 1896.)

d'après la dernière statistique de Joncheray, que dans une soixantaine de cas, ainsi répartis : 40 en Angleterre, dont plus de 20 appartenant à J. Paget; 15 en France; 1 en Allemagne; 4 ou 5 en Amérique. Il faut ajouter à ce total les 5 nouveaux cas de Magdeleine, Robin, Meunier (1894) et 4 cas lyonnais, dont trois appartiennent à A. Pic.

(1) *Ibid.*, 1895.

D'après Hutchinson (1889), si l'affection est de notion récente, elle aurait néanmoins existé de tout temps; lui-même l'aurait reconnue dans une observation de Saucerotte (1801), et il en aurait, en outre, retrouvé les traces sur un pariétal, exhumé d'un sarcophage égyptien (?).

Tous les sujets atteints étaient des adultes, dans 2 cas seulement, ils étaient âgés de vingt-huit et trente ans, presque toujours, il s'agissait de malades entre quarante-cinq et cinquante-cinq ans.

L'hérédité et le sexe semblent sans influence. Il en est de même des différentes

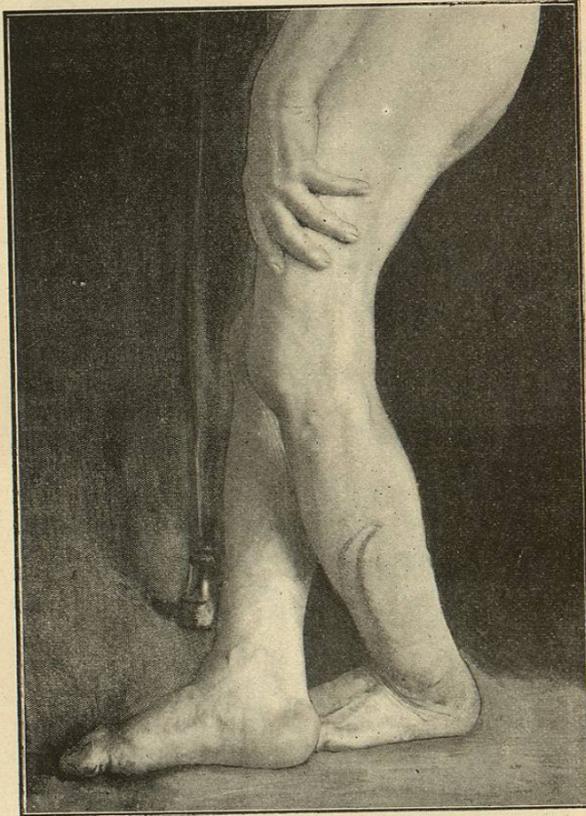


FIG. 505. — Membres inférieurs du malade d'A. Pic.

« diathèses » : rhumatisme chronique incriminé par Richard, syphilis, etc. On n'a signalé, non plus, aucun fait de contagion directe ou indirecte. Le cancer, observé si fréquemment à l'autopsie de ces malades, doit être envisagé comme une complication.

Symptômes. — Un seul groupe de symptômes est constant, même à la période d'état, ce sont les déformations trophiques, en général symétriques du squelette, portant surtout sur les diaphyses des os longs et sur les os du crâne.

Le malade se présente dans une attitude bien spéciale (attitude simienne), de sénilité précoce, tassé sur lui-même plutôt que soudé, comme dans la maladie de Parkinson. La tête et le tronc sont inclinés vers le sol, les membres inférieurs demi-fléchis, les jambes en colonnes incurvées, les bras tombants, trop lourds pour la canne, qui semble maintenir péniblement l'équilibre peu stable de l'ensemble.

Si l'on examine alors les déformations dans leurs détails, on constate que la calotte crânienne, parfois énorme, toujours trop large avec ses pariétaux qui bombent et ses fosses temporales nivelées, écrase la face, dont le squelette a conservé ses dimensions normales. Le maxillaire supérieur pourtant est souvent proéminent et épaissi.

Le cou semble raccourci; la tête plonge en avant des épaules, qui se détachent du tronc, par suite de l'exagération de courbure et d'épaisseur des clavicules. Les bras, mal attachés, et surtout les avant-bras, ont leurs contours altérés par l'atténuation des reliefs musculaires; noyés dans l'empâtement du squelette, ils paraissent aussi trop longs, par le fait du tassement du tronc.

La colonne vertébrale, en effet, peu incurvée mais plutôt redressée et inflexible en totalité sur le sacrum, est rigide, avec des apophyses épineuses hyperostosées, formant des saillies exagérées. Les côtes, immobilisées en arrière, tendent à se recouvrir, elles vont à la rencontre des os iliaques, restreignant d'autant la place laissée aux organes abdominaux et au jeu du diaphragme, et donnant au thorax des contours glo-

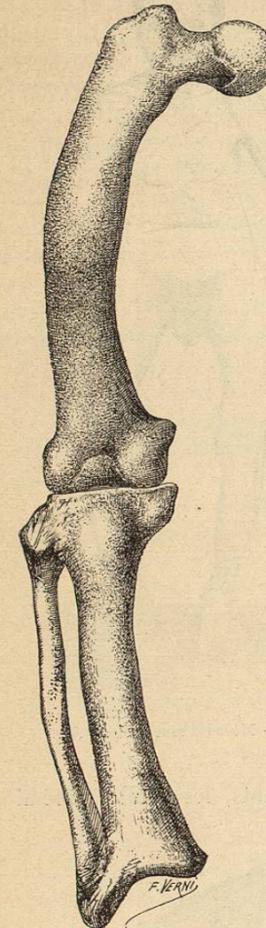


FIG. 504.

FIG. 504. — Squelette du membre inférieur droit dans la maladie de Paget (A. Pic), appartenant au sujet de la figure 502, mort accidentellement. — Hyperostose considérable avec ostéite condensante. — Poids du fémur 1 kil. 230 grammes.

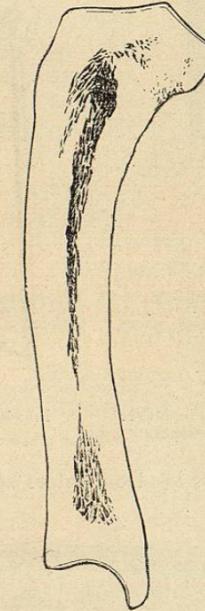


FIG. 505.

FIG. 505. — Coupe du tibia droit, atteint d'ostéite déformante, avec disparition presque complète, du canal médullaire par ostéite condensante. — (Sujet d'A. Pic.)

buleux, que l'on a rapportés aussi à l'emphysème pulmonaire, très souvent concomitant.

Les omoplates, de même que les os du bassin, participent, quoique à un moindre degré, à l'élargissement des pièces du squelette. Mais, c'est dans les