

En ce qui concerne le **diagnostic** de ces cas, on devra songer à la possibilité d'une ostéite gommeuse (voir § 128). Nous entendons par là surtout ces formes d'ostéite qui, parfaitement semblables par leur aspect extérieur aux affections tuberculeuses que nous venons de décrire, se développent chez les enfants atteints de syphilis héréditaire, et dont on ne parvient parfois à reconnaître la véritable cause qu'en observant d'autres symptômes caractéristiques de la syphilis, ou en se basant sur l'anamnèse, sur l'influence du traitement spécifique.

Le **traitement** des affections osseuses que nous venons de décrire doit être, en général, franchement conservateur. Aussi longtemps qu'il ne s'est pas produit de fistules ni de suppuration notable, c'est la compression par des bandelettes de sparadrap, lorsqu'elle est applicable, qui donne les meilleurs résultats, particulièrement dans les formes molles de spina ventosa. Même l'existence d'une petite fistule n'empêche pas l'application de ce pansement. Un moyen beaucoup moins sûr dans son action, ce sont les badigeonnages énergiques de la peau avec de la teinture d'iode. Si le siège de l'affection ne permet pas l'emploi de la compression, on prescrira simplement l'application d'une pommade à l'acétate de plomb, au précipité rouge, etc. Lorsque l'intérieur de l'os est accessible à la canule d'une seringue, VOGT conseille d'avoir recours à l'injection d'acide phénique ou d'alcool. En outre, on prescrira un régime convenable et l'on instituera le traitement antiscrofuleux bien connu. Il va sans dire que les séquestres petits ou grands devront être enlevés. Lorsqu'il existe des fistules pénétrant jusque dans la cavité médullaire, on accélère la guérison en retirant par cette voie les granulations tuberculeuses avec la cuiller tranchante. Dans ces opérations, on s'aidera de l'anesthésie chloroformique, et afin d'éviter une perte de sang et de mieux voir ce que l'on fait, il est à conseiller de provoquer préalablement l'ischémie du membre suivant la méthode d'ESMARCH. Aussitôt l'opération terminée, on enveloppe la main dans un pansement antiseptique convenablement serré, et c'est alors seulement que l'on enlève le lien constricteur. Avec ce procédé l'écoulement sanguin est pour ainsi dire nul. Autrefois, après le nettoyage avec la cuiller tranchante, nous avions recours assez souvent au thermocautère, ou bien, à l'aide de ce dernier, nous cautérisons les granulations de la fistule sans avoir recours d'abord à l'emploi de la curette, procédant ainsi de la même manière que dans les autres os et articulations lorsqu'il s'agit de détruire des fongosités. Actuellement, le grattage des granulations doit être combiné avec l'emploi de l'iodoforme. Nous avons déjà obtenu dans un certain nombre de cas une prompte guérison à la suite de ce traitement, qui, à notre avis, permet de se passer de l'usage du thermocautère. En règle générale, il n'est pas indiqué selon nous, du moins chez les enfants, d'avoir recours à un traitement plus radical que celui que nous venons de faire connaître. Nous basant sur notre propre expérience, nous

croions devoir *déconseiller avant tout la résection*. Dans le spina ventosa, le périoste de la phalange a très peu de tendance à former de nouvelles couches osseuses, et, d'autre part, il arrive souvent que les granulations tuberculeuses envahissent de nouveau la plaie opératoire; ainsi, chez les malades que j'ai soumis à la résection, ou bien la plaie n'avait aucune tendance à la guérison, ou bien elle guérissait, mais en laissant un doigt absolument inutile. Quant à l'amputation, elle doit être réservée pour les cas les plus graves. Il est vrai que le chirurgien doit souvent s'armer de patience jusqu'au moment de la guérison.

§ 128. — Dans le cours des dernières années, on a publié un certain nombre de cas (LUECKE, BERG, MC CREADY, TAYLOR, RISEL, à la clinique de VOLKMANN), dans lesquels on avait affaire à des affections syphilitiques des os et articulations des doigts. Une partie de ces cas concernaient des adultes qui, à côté d'autres symptômes de syphilis, présentaient ceux de la **dactylite syphilitique**; on a observé également cette dernière chez des enfants affectés de syphilis héréditaire.

TAYLOR, auquel nous devons un certain nombre d'observations, distingue deux formes de cette affection. Dans l'une se produit, dans le tissu sous-cutané, une tuméfaction gommeuse diffuse, qui se distingue par l'absence de douleurs et s'étend peu à peu au doigt (ou à l'orteil) tout entier. Elle envahit bientôt aussi le périoste, et surtout les articulations, se localisant volontiers à l'appareil ligamenteux, de sorte que le doigt est tout d'abord raide et ne peut se mouvoir. Souvent le cartilage est aussi détruit par suite du défaut de nutrition qui résulte de la pression exercée par le tissu gommeux développé sur les ligaments. Lorsqu'ensuite la tuméfaction est en voie de résorption, on perçoit de la crépitation au niveau des articulations, lesquelles recouvrent leurs mouvements et, grâce au relâchement des ligaments, ont une tendance à se porter dans l'hyperextension et l'hyperflexion ou à se fléchir latéralement. Quant aux os, ils ne sont pas affectés à un haut degré.

La seconde forme admise par TAYLOR, offre évidemment la plus grande analogie avec l'affection que nous venons de décrire sous le nom de spina ventosa. Les masses gommeuses se développent rarement sous le périoste, le plus souvent dans la cavité médullaire ou dans la partie épiphysaire de l'os. Dans le premier cas, elles s'étendent à toute la phalange, tandis que dans le dernier, elles n'intéressent qu'une extrémité articulaire et envahissent également l'articulation.

Le plus souvent, les symptômes consistent dans une intumescence plus ou moins considérable de la phalange avec tension de la peau. Plus tard, le gonflement peut disparaître, surtout si l'on a institué le traitement antisiphilitique, ou bien les masses gommeuses développées dans le tissu médullaire, déterminent la résorption de l'os et peuvent être une cause prédisposante de fracture, ou encore elles se ramollissent et perforent la peau. La fistule ainsi formée suppure, et elle devient volontiers le point de départ d'une ulcération syphilitique bien caractérisée, avec décollement de la peau et coloration violacée des bords décollés.

Dans cette dernière forme de dactylite syphilitique on observe volontiers

une complication articulaire, le plus souvent sous la forme d'une hydarthrose, avec relâchement secondaire de l'articulation.

D'après ce que nous avons dit plus haut au sujet du spina ventosa, on comprend facilement que l'on puisse confondre avec cette affection la forme de dactylite syphilitique que nous venons de décrire ; or le diagnostic a ici d'autant plus d'importance que cette dernière maladie exige un traitement spécifique, et qu'elle guérit dans la plupart des cas ; assez souvent, il est vrai, la guérison ne s'opère qu'au bout d'un temps assez long. Dans l'un des cas du premier groupe de TAYLOR, on obtint la guérison, mais avec un allongement de la phalange malade.

Rappelons également que le **lupus** s'attaque assez souvent aux phalanges. En général, cette affection envahit tout d'abord les parties molles et pénètre ensuite dans l'os. Cependant, on dit avoir observé des cas de lupus des phalanges offrant les mêmes caractères que le spina ventosa, c'est-à-dire que le lupus semblait avoir débuté sous la forme ostéomyélique, alors que les téguments étaient intacts. La guérison de cette maladie ne s'opère sans doute jamais qu'après la destruction de toute la phalange ou d'une partie de cette dernière, destruction qui entraîne une déformation permanente du doigt. Dans le cours des dernières années, les chirurgiens ont modifié d'une façon essentielle leur manière de voir sur la nature du lupus qu'ils considéraient, en effet, comme étant une tuberculose locale de la peau ; aussi le fait rapporté plus haut a-t-il perdu tout ce qu'il paraissait avoir d'étrange autrefois. Nous ne sommes plus surpris de nos jours de voir succomber à une tuberculose du genou ou des poumons un malade affecté de lupus depuis longtemps.

§ 129. — Dans notre étude des processus inflammatoires des doigts, nous avons dû commencer par les parties profondes, c'est-à-dire par les gaines tendineuses, les os et les articulations, car c'est ainsi seulement que nous pouvons comprendre l'importance des inflammations nées dans les couches superficielles.

La main qui n'est pas protégée par les vêtements, se trouve exposée aux influences nuisibles des divers agents morbifiques extérieurs. Aussi peut-elle être le siège de nombreux processus pathologiques, dus à la pénétration, dans et sous la peau, d'éléments capables de provoquer une inflammation. Les agents les plus divers peuvent agir d'une façon fâcheuse sur l'organisme ; une partie d'entre eux sont connus : ce sont les microbes, cause de suppuration. D'autres, par contre, nous sont tout à fait inconnus : tantôt ils n'utilisent que les voies vasculaires de la peau pour *infecter tout l'organisme*, tantôt ils provoquent des phénomènes phlegmoneux diffus qui cèdent à un traitement convenable ou déterminent, au contraire, une mortification étendue des tissus, ou sont même le point de départ d'une gangrène progressive de tout le membre supérieur.

Dans la grande majorité de ces cas, cependant, l'infection locale ne donne naissance qu'à un *foyer inflammatoire circonscrit*, à un *abcès* ou à un *furoncle*. Lorsque ce foyer a des propriétés particulièrement infectieuses, il peut en résulter une nouvelle infection. Mais à supposer même

que les agents phlogogènes qui s'y trouvent contenus ne soient pas aussi délétères, on observe volontiers, lorsqu'on n'a pas institué un traitement convenable, une *diffusion du processus inflammatoire*, par suite de la propagation de ce dernier à la gaine tendineuse, aux os et aux articulations.

Pour mieux faire comprendre ce que nous venons de dire, rappelons tout d'abord l'action du **poison cadavérique**. Ce dernier, lorsqu'il a pénétré dans une petite blessure du doigt, peut, sans donner naissance à une inflammation locale sérieuse, arriver dans les vaisseaux et les glandes lymphatiques, et provoquer très rapidement les symptômes d'une septicémie grave. Parfois l'action du poison s'épuise ou tout au moins s'atténue considérablement grâce à la séquestration de la substance infectieuse dans une glande lymphatique où elle donne lieu à la formation d'un abcès. Toutefois la marche de la maladie n'est pas souvent aussi favorable. La substance infectieuse peut, en effet, ce qui n'est pas rare du tout, franchir les voies lymphatiques et déterminer une pleuro-pneumonie septique du même côté ou du côté opposé, ou même des deux côtés à la fois, ou bien encore donner lieu à d'autres métastases. Un fait tout particulièrement fâcheux, c'est que, parfois, des substances capables de provoquer une infection septique grave, peuvent rester un certain temps comme séquestrées dans un ganglion lymphatique, puis à la suite d'une cause occasionnelle quelconque, telle qu'une marche pénible, un léger trauma, un choc sur la région de la glande infectée, entrer de nouveau dans la circulation et déterminer les phénomènes graves et même mortels signalés plus haut.

Dans d'autres cas, on voit se développer aussitôt après l'accident, une tuméfaction phlegmoneuse à marche très rapide intéressant le doigt, pour envahir ensuite la main et tout le membre supérieur. La peau fortement tendue prend une teinte violacée ; des phlyctènes apparaissent sur le doigt blessé, et bientôt aussi sur la main, l'avant-bras et le bras ; la peau devient bleuâtre et froide et la gangrène, dès lors évidente, remonte jusqu'à l'épaule et même plus haut. On n'a aucun motif sérieux de désigner sous le nom de « panaris septique » ce phlegmon gangréneux qui doit certainement son développement à l'action d'un poison putride grave, et qui, ainsi que je l'ai observé moi-même plusieurs fois, apparaît non seulement à la suite d'une infection cadavérique, mais aussi après des blessures très légères, en apparence bien inoffensives, se produisant au milieu des occupations habituelles de la vie. C'est ainsi que j'ai vu, comme PITHA, succomber au bout de 24 heures à un pareil phlegmon un individu qui s'était fait au doigt une simple égratignure en coupant du pain. Les malades que j'ai vus succomber à cette affection, sont morts au milieu des symptômes de collapsus avec abaissement de température. A ces cas de phlegmon gangréneux viennent se relater d'autres dans lesquels un phlegmon diffus à marche rapide donne lieu le plus souvent à des abcès plus ou moins étendus avec vaste nécrose des tissus, et, s'il n'entraîne pas la mort, ne guérit qu'après un long traitement et de nombreuses incisions, et en laissant volontiers une gêne fonctionnelle plus ou moins considérable.

A la suite de **piqûres d'insectes** ou d'une **infection charbonneuse de la main**, on peut voir cette dernière devenir le siège d'une tuméfaction à marche rapide s'étendant bientôt dans l'avant-bras et le bras. C'est surtout dans la