

tion est attirée par des douleurs peu à peu aggravées, souvent à exacerbation nocturne. L'état général est médiocre, le sujet reste pâle, malingre, dort mal et mange mal; en l'interrogeant avec soin, on lui trouve un long passé d'accidents fébriles légers, de malaises mal expliqués. C'est, en effet, pendant des années que dure la maladie : elle débute pendant l'adolescence, ou à la fin de l'enfance et souvent n'est reconnue et opérée que chez l'adulte.

Cette durée, avec simple hydarthrose inconstante de la jointure voisine, rend déjà bien peu probable l'hypothèse d'une tumeur blanche. Les éléments de diagnostic différentiel avec cette lésion, avec la syphilis et l'ostéosarcome, sont déjà exposés précédemment. L'examen physique permet l'affirmation, en révélant qu'en un point de l'hyperostose la pression localisée éveille une douleur très vive. C'est en ce point qu'il faut trépaner l'os, et après ouverture large de la cavité on obtient en général une guérison radicale.

V

OSTÉITE DES NACRIERS

Il nous faut signaler une variété d'inflammation osseuse, peu connue en France, où l'un de nous a eu l'occasion d'en observer le premier un cas indigène : c'est l'ostéite ou l'ostéomyélite des nacriers, étudiée d'abord à Vienne en 1869, par Englisch, sous le nom d'inflammation multiple récidivante des os. Cette affection a reçu de Güssenbauer, en 1875, l'appellation de conchiolin-ostitis, puis de O. Weiss, en 1885, celle d'ostéite des tourneurs de nacre (Perlmutterdrechsler-ostitis), sous laquelle on la désigne habituellement.

Elle frappe les jeunes ouvriers tourneurs de nacre à l'époque de la puberté, et se caractérise par l'apparition sur un ou plusieurs os des membres ou de la face, quelquefois du tronc, de douleurs très vives, suivies du développement d'une tuméfaction douloureuse, dure et qui s'étend plus ou moins, pour régresser ensuite lentement. Cette lésion évolue en quelques semaines ou quelques mois, avec phénomènes généraux légers; elle récidive fréquemment.

Le malade est toujours un garçon de 15 à 18 ans; l'âge moyen d'après 24 observations est de 17 ans, les chiffres extrêmes étant 15 et 20 ans. Le sujet est frappé au bout de 18 mois à 2 ans de séjour dans les ateliers de tournage de la nacre, et le premier symptôme est toujours la douleur. Celle-ci apparaît au niveau d'un des os des extrémités ou de la face; d'abord sourde, elle devient, au bout de 8 à 10 jours, très aiguë et contraint le malade au repos. Elle est alors térébrante, déchirante, mais ne s'exaspère pas par les mouvements ou la palpation. Cette dernière ne décèle à ce moment aucune modification, ni dans les parties molles, ni sur les os; elle occupe toujours des points bien déterminés. L'état général reste assez bon, quoique se produise souvent une petite ascension thermique, qui ne dépasse guère 38°,5.

Environ trois semaines après l'apparition de la douleur, au point précis où elle a débuté, se développe un gonflement qui siège sur les os, toujours

à l'extrémité d'une diaphyse, lorsqu'il s'agit d'un os long. Cette tuméfaction



Fig. 9.

s'étale vers la partie moyenne de la diaphyse, et est nettement périostique. Comme le montre la radiographie, ses limites sont évidentes, marquées par

une sorte d'arête appréciable sous le doigt du côté du corps de l'os et surtout de l'épiphyse voisine. Au bout de peu de jours, les parties molles participent à l'inflammation. La tuméfaction est très douloureuse, d'abord molle à la palpation, plus tard ferme et résistante.

La plupart des os des membres, quelques os de la face et exceptionnellement du thorax peuvent être le siège des lésions. Les plus fréquemment atteints sont le cubitus et le radius, puis viennent, par ordre, l'omoplate, les métacarpiens et métatarsiens, le tibia et le péroné, la clavicule, le maxillaire inférieur, etc.

Sur chaque os, la localisation affecte un siège presque toujours le même chez les différents sujets. C'est ainsi que nous voyons atteints pour les os suivants :

Maxillaire inférieur	Branche horizontale dans tous les cas.
Clavicule	Extrémité externe et le corps, dans tous les cas.
Omoplate	Angle inférieur et bord spinal, dans presque tous les cas.
Humérus	Extrémité inférieure dans tous les cas.
Cubitus et radius	Extrémité inférieure le plus souvent.
Métacarpiens et métatarsiens	Base et corps dans tous les cas.
Fémur	Extrémité inférieure dans tous les cas.
Tibia	Extrémité inférieure dans tous les cas sauf un.
Péroné	Extrémité inférieure dans tous les cas.

Plusieurs os sont ordinairement frappés sur le même sujet, au cours, soit d'une seule, soit de plusieurs poussées. Il n'existe d'ailleurs aucune règle pour l'association des localisations sur les différents os.

Cependant les lésions symétriques sont fréquentes. En outre, pour les métacarpiens et les métatarsiens, ces os sont toujours envahis en série régulière, à partir du deuxième et en se dirigeant vers le bord cubital de la main ou le bord externe du pied.

Les articulations voisines ne sont jamais envahies. Il n'y a pas de tendance à l'ulcération, quoique l'on puisse, en présence d'une masse qui est souvent manifestement fluctuante, penser à une collection purulente. On observe, au bout de quelques semaines en général, une transformation osseuse de la tumeur, qui diminue ensuite lentement pendant plusieurs mois.

Les traumatismes violents ou répétés, la fatigue locale ne paraissent pas influencer sur l'apparition du processus. Mais une première atteinte reste rarement isolée, et, lorsque le malade, à peu près guéri, a repris son travail, il est très fréquent de voir se développer au bout de quelques mois une ou plusieurs localisations nouvelles.

D'ailleurs, récidives ou nouvelles atteintes cessent après la soudure complète des épiphyses et la maladie disparaît, quand le sujet dépasse l'âge de 20 à 25 ans.

Ajoutons enfin que, dans aucun cas, les accidents, bien qu'ils paraissent

débiter le plus souvent au voisinage d'un cartilage de conjugaison, ne sont suivis de troubles dans la croissance de l'os.

Nous ne possédons aucune donnée sur l'anatomie pathologique de cette maladie, mais l'étiologie et la pathogénie ont été longuement étudiées par Englisch et Güssenbauer. Il paraît nettement ressortir de leurs travaux que le principal facteur de l'affection est la poussière de nacre, très fine, et très abondante dans les ateliers. Celle-ci, pénétrant dans le sang par les voies respiratoires, y perdrait, au contact de l'acide carbonique, ses sels calcaires, tandis que la trame organique, la conchioline, irait former dans la moelle osseuse de petites embolies. Cette théorie, sans rien offrir d'in vraisemblable, n'a pour elle aucune preuve. — En outre, il existerait, au dire d'Englich, une relation de cause à effet entre l'envahissement primitif constant d'une extrémité diaphysaire et le trajet des artères nourricières de l'os, la maladie commençant toujours, dit-il, à cette extrémité de la diaphyse vers laquelle se dirige l'artère nourricière. Mais les faits sont en contradiction avec cette théorie.

L'affection est relativement fréquente en Autriche, exceptionnelle en France. Ceci tient à une meilleure hygiène des ateliers dans notre pays, et à ce fait que beaucoup des ouvriers nacriers travaillent en province, dans de bonnes conditions d'aération.

Le pronostic est assez favorable, puisque tous les cas observés se sont terminés par résolution spontanée avec retour parfait des fonctions.

Les éléments de gravité relative sont l'immobilisation du malade pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, et surtout la fréquence des récidives ou atteintes nouvelles qui jusqu'à 25 ans menacent l'individu s'il continue le métier de nacrier.

La guérison est toujours obtenue par un traitement très simple, dont l'air pur, privé de poussières de nacre, le repos et une bonne alimentation font tous les frais.

VI

TUBERCULOSE OSSEUSE ET ARTICULAIRE

Anatomie pathologique. — L'étude de la tuberculose osseuse et ostéo-articulaire a passé, dans notre siècle, par les mêmes phases que celle de la tuberculose pulmonaire; et si, après les recherches des initiateurs, les travaux de Richet, de Nélaton, ont eu pour but de décrire des lésions réunies par la théorie uniciste, les dualistes ont peu de temps après fait ici également leur œuvre éphémère, bientôt réduite à néant par la découverte du bacille de Koch. Ce microbe présente-t-il des variétés de virulence, et peut-on ainsi, jusqu'à un certain point, individualiser, avec Arloing, les lésions scrofuleuses? Cette question ne sera pas débattue par nous et nous nous bornerons à décrire les lésions.

Ces lésions sont constituées soit par des granulations grises, soit par des granulations jaunes; et à cette forme enkystée on peut opposer l'infil-