

convient d'abord dans tous les cas où la marche naturelle de la maladie n'a pas été bouleversée par l'administration intempestive du mercure; il est indiqué, d'autre part, lorsque les muqueuses, le périoste et les os sont gravement compromis. Parmi les lésions les plus fréquentes des parties molles, je vous citerai les ulcérations des fosses nasales, des amygdales, du pharynx, de la langue, de la face interne des joues et des lèvres. Avec ces ulcérations, on rencontre ordinairement les condylomes larges et douloureux de la marge de l'anus, les tubercules muqueux du scrotum et de la partie interne des cuisses, etc. L'expression de tubercules muqueux appartient, comme vous le savez, aux syphilographes français. Dans ces diverses formes, l'iodure de potassium, soit seul, soit uni à la salsepareille, est le meilleur agent thérapeutique qui soit à notre disposition. Jusqu'à présent, nous ne sommes pas suffisamment renseignés sur la valeur relative de l'iodure de potassium et du sublimé dans ces cas particuliers qui indiquent à tous les praticiens, mercuristes ou non mercuristes, l'emploi de la salsepareille, des toniques et d'un régime substantiel.

## SOIXANTE-SEPTIÈME LEÇON.

### LA PÉRIOSTITE.

La connaissance de cette affection est due à sir Philip Crampton. — Causes de la périostite. — Maladies avec lesquelles elle peut être confondue. — Usages du périoste.

— Siège de la périostite.

Périostite du crâne. — Description de ses trois formes. — Emploi des mercuriaux à hautes doses. — Observation.

Périostite vertébrale. — Difficultés du diagnostic. — Périostite du sternum. — Rhumatisme plantaire.

Symptômes de la périostite. — Forme diffuse; — circonscrite. — Traitement. — Odonotalgie par inflammation du périoste alvéolaire.

MESSIEURS,

J'ai l'intention de consacrer notre conférence de ce jour à l'étude de la périostite. Cette maladie, je dois le dire, est très-incomplètement décrite dans le *Dictionnaire chirurgical* de Cooper et dans les autres ouvrages classiques; elle a été observée en même temps que la syphilis, mais on en a complètement méconnu la nature, jusqu'au jour où sir Philip Crampton a publié son mémoire dans le premier volume des *Dublin hospital Reports*. Dans bien des cas où l'on constate de la sensibilité cutanée et une augmentation de volume du membre, on conclut à une intumescence de l'os lui-même, bien qu'en réalité le périoste soit seul en cause. La périostite, messieurs, mérite d'être étudiée avec la plus grande attention, car elle est déterminée non-seulement par la scrofule et par certains états cachectiques, mais encore par l'abus du mercure et de quelques autres médicaments. Souvent cette affection ne reconnaît d'autre cause que l'influence du froid ou l'administration intempestive du mercure, et cependant on ne manque pas alors de la rapporter à une syphilis antérieure. Je n'ai pas besoin de vous dire

combien il importe d'éviter une telle méprise. Du reste, on commet bien d'autres erreurs : on croit à une névralgie alors qu'on a affaire à une inflammation du périoste; ou bien, lorsque celle-ci occupe le crâne, on conclut à une hémicrânie, parce que la douleur ne siège que d'un côté, et qu'elle présente des exacerbations à heures fixes, le plus souvent vers le soir. J'ai vu un médecin du plus haut mérite donner le carbonate de fer à hautes doses, pour guérir une céphalalgie unilatérale qui dépendait d'une périostite. J'ai eu connaissance, dans ma pratique privée, d'un fait exactement semblable; et dans une circonstance que je n'ai point oubliée, je suis tombé moi-même dans une erreur de ce genre.

Avant d'aller plus loin, j'ai quelques remarques à vous faire sur une opinion qui a régné pendant longtemps dans la science : on croyait que le périoste était l'agent de réparation des os; mais dans ce travail régénérateur, ce sont les vaisseaux de l'os lui-même qui ont la plus grande part d'action; le périoste ne concourt à la formation du tissu osseux qu'autant que ses vaisseaux sont intéressés. La formation du cal dans les fractures, le développement des os nouveaux dans les nécroses, l'organisation des nodi et des exostoses ne dépendent point du périoste en tant que membrane; ces divers processus n'ont d'autres agents que les vaisseaux de l'os lui-même et ceux du périoste. C'est seulement lorsque tous les autres vaisseaux ont été détruits, que le périoste appelé à les suppléer devient l'agent unique de nouvelles communications vasculaires. C'est principalement à Scarpa que nous devons les notions précises que nous possédons aujourd'hui sur la réparation des os; vous trouverez dans le *Dictionnaire de chirurgie* de Cooper le compte rendu d'un grand nombre d'expériences sur cette intéressante question.

Comme tous les autres tissus, le périoste est sujet à l'inflammation; mais il ne serait pas exact de croire qu'il y est plus particulièrement exposé que les autres organes. Ce serait là, il faut le dire, un véritable contre-sens de la nature: car le périoste est pour ainsi dire le seul revêtement protecteur de plusieurs os superficiels, tels que les tibias, les côtes, les os du crâne, ceux du coude et de plusieurs autres articulations. Vous savez tous à combien d'accidents le périoste est exposé dans nos foires d'Irlande, et dans les luttes au ballon qui ont lieu dans nos collèges; et vous savez aussi avec quelle tolérance cette membrane supporte toutes ces violences. L'expression *périostite* a été introduite dans la science par sir Philip Crampton : or, si vous vous rappelez ce que je vous ai dit sur la formation de l'os, vous ne serez pas étonnés

d'apprendre qu'il est aussi souvent affecté que le périoste lui-même; dans bien des cas, le travail morbide débute par l'os, et gagne ensuite le périoste. A cela près, la dénomination de sir Crampton est excellente. Je vous recommande aussi la lecture des travaux de M. Howship sur la formation et les affections des os; il a décrit et figuré les principales altérations anatomiques du tissu osseux, mais sa théorie sur la structure des os ne me paraît point encore suffisamment établie.

Dans la périostite, la texture toute spéciale de la membrane affectée modifie les symptômes ordinaires de l'inflammation. Le périoste est composé de tissu fibreux, et quoiqu'il ne présente pas une grande épaisseur, il est extrêmement solide et résistant : il se déchire difficilement, et il est dépourvu de toute élasticité : aussi, lorsque les parties qu'il recouvre augmentent de volume, il est tirillé et tendu, et c'est là l'une des principales causes des douleurs violentes qui caractérisent la périostite. Je n'ai pas besoin de vous rappeler que l'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané donne lieu à des douleurs bien moins pénibles que la phlegmasie des tissus sous-aponévrotiques; et vous trouverez signalé dans plusieurs ouvrages de chirurgie un fait qui démontre également l'influence de l'inextensibilité du périoste : dans la périostite, les douleurs sont parfois excessivement vives, bien que les lésions visibles soient peu avancées; dans d'autres cas où les désordres anatomiques ont atteint leur maximum, c'est à peine si le malade accuse quelque souffrance.

On observe assez souvent une corrélation remarquable entre certaines parties du squelette de chaque côté de la ligne médiane; on les voit être atteintes de périostite, soit en même temps, soit successivement. Ainsi, lorsque l'un des os de l'avant-bras, l'une des omoplates vient à s'enflammer, on voit se développer immédiatement ou quelques jours plus tard une affection semblable dans des points identiques du côté opposé. Quoique la périostite puisse attaquer tous les os, cependant elle a une prédilection marquée pour ceux du crâne, pour le tibia, le fémur, le sternum et les omoplates. Au sternum, elle est quelquefois suivie d'une carie qui aboutit à une vaste perforation de l'os. Vous avez pu constater cette altération chez un jeune homme qui était, il y a quelque temps, dans notre service; chez lui, on voyait à chaque battement du cœur, du pus mêlé de gaz s'écouler par cette ouverture : c'était un spectacle aussi singulier qu'effrayant.

Lorsque l'inflammation du périoste débute dans le voisinage des articulations, elle s'étend souvent à la jointure elle-même, donnant ainsi

lieu à une arthrite périostique ; du tibia, la phlegmasie gagne fréquemment le genou ou le cou-de-pied ; de l'humérus ou du scapulum elle envahit l'articulation de l'épaule. L'articulation sternale de la clavicule est le siège de prédilection de la périostite. Sur les côtes, elle occupe le plus souvent la partie antérieure, et elle détermine parfois une carie pour laquelle Cittadini a conseillé une opération spéciale. Lorsque l'affection occupe le fémur, elle siège presque invariablement à la jonction du tiers moyen avec le tiers inférieur sur la face antérieure ou sur la face interne ; je ne sache pas que cette observation soit consignée dans aucun livre.

Dans son ouvrage sur les maladies vénériennes, Colles cherche à établir le diagnostic différentiel de la périostite et du *morbus coxæ* ; il est bon de savoir que la périostite fémorale est caractérisée non-seulement par la violence extrême de la douleur, mais surtout par sa résistance à tous nos moyens de traitement : il y a là pour la thérapeutique un véritable *desideratum*.

Il est une autre périostite que son importance recommande tout spécialement à notre attention : c'est la périostite des os du crâne. Or, il y a lieu d'en décrire trois variétés. La première est très-facile à reconnaître : les points affectés sont douloureux, sensibles à la pression ; il existe un gonflement et une induration nettement appréciables, et ces points tuméfiés sont pour la céphalalgie autant de centres d'irradiation. Dans la seconde variété, la douleur est moins accusée, elle n'a pas un point de départ aussi bien limité ; mais cependant le gonflement et l'épaississement du cuir chevelu sont évidents, pour révéler la nature de l'affection. Il y a aussi des cas dans lesquels l'inflammation plus diffuse occupe tout un côté du crâne, et détermine de vives douleurs ; ici encore nous pouvons arriver assez aisément à un diagnostic exact. Mais la troisième variété de périostite crânienne est beaucoup plus obscure. Jugez vous-mêmes. Un malade vient à vous ; il se plaint d'une céphalalgie sévère qui présente des exacerbations le soir, et il accuse une sensation pénible de pesanteur dans la tête. Si vous lui demandez de préciser le point dans lequel il souffre, il ne peut le faire exactement ; il accuse tour à tour la région frontale et une des régions latérales du crâne. D'un autre côté, vous ne pouvez découvrir sur le cuir chevelu aucun point qui soit douloureux ou gonflé. Les choses vont ainsi pendant un certain temps ; puis le malade perd complètement le sommeil, les rémissions de la céphalalgie sont moins longues et moins complètes, la douleur augmente d'intensité. Tolérable durant la journée, elle

devient horriblement pénible le soir, elle ne laisse pas au patient une heure de repos. Les plus hautes doses d'opium, les narcotiques les plus puissants, ne produisent aucun soulagement ; le repos au lit, les fomentations, les lotions froides, les liniments stupéfiants, la saignée même et les sangsues modifient à peine ces douleurs. Lorsque enfin vous avez eu recours à tous les moyens thérapeutiques que votre ingéniosité a pu vous suggérer, vous êtes contraints de reconnaître, non sans dépit, que les choses vont de mal en pis, et que votre science est complètement en défaut.

Il se peut qu'à votre première visite vous pensiez, d'après l'aspect du malade et le récit de ses souffrances, que le cerveau est le point de départ des accidents. Vous instituez donc tout d'abord un traitement antiphlogistique, et, pleins de confiance, vous en attendez le résultat ; mais les jours succèdent aux jours sans amener cette guérison dont vous étiez si certains, et vous vous prenez à douter de l'exactitude de votre diagnostic. Du reste, il faut en convenir, dans certains cas votre erreur est bien excusable : ainsi, lorsque avec une céphalée unilatérale vous constatez une chute partielle de l'une des paupières, vous vous alarmez à bon droit, et vous n'hésitez plus à localiser dans l'encéphale la cause première du mal. La chute de la paupière supérieure (ptosis) est un symptôme fréquent des affections cérébrales : aussi, dans les déterminations encéphaliques des fièvres, et en général dans toutes les maladies aiguës, lorsqu'un des yeux paraît plus petit que l'autre, par suite d'un certain degré de ptosis, c'est toujours un signe fâcheux. Mais, dans la variété de périostite que nous étudions en ce moment, il n'en est plus ainsi ; il y a bien une légère paralysie de la paupière, mais cette paralysie ne dépend point d'une lésion cérébrale, elle est causée par l'inflammation des cordons nerveux eux-mêmes. J'ai cru devoir vous signaler cette particularité, parce qu'elle est peu connue, et parce que ce symptôme, mal interprété, peut causer d'inutiles alarmes.

Et maintenant pourquoi est-il si difficile de reconnaître cette périostite ? pourquoi les os ne présentent-ils aucune sensibilité au toucher ? La raison en est simple : c'est la table interne qui est atteinte la première, et l'affection ne devient appréciable qu'au bout d'un certain temps. Lorsque vous avez employé huit ou dix jours en tâtonnements inutiles, vous découvrez tout à coup sur le cuir chevelu un point qui est manifestement douloureux à la pression, et alors seulement vous soupçonnez la véritable cause des accidents. Quant au traitement, il est bien simple : le mercure et l'iode sont les seuls agents efficaces.

Donnez un scrupule ou une demi-drachme (1<sup>er</sup>, 30 ou 2 grammes) de calomel par jour, et déterminez la salivation. Vous vous trouverez très-bien d'associer diverses préparations mercurielles, car certains individus sont plus rapidement impressionnés par l'une que par l'autre. Du reste, soyez-en prévenus, les symptômes de la périostite ne s'amendent pas aussitôt que la bouche est touchée; il faut aller plus loin et arriver à une saturation mercurielle complète : alors seulement vous verrez disparaître et la douleur et tous les autres phénomènes morbides. Vous avez eu un exemple de ce fait dans notre salle des chroniques. Un malade affecté de périostite était en pleine salivation depuis plusieurs jours, et c'est à peine si ses souffrances étaient un peu calmées. Qu'avons-nous fait ? Nous avons doublé la dose de calomel, et au bout de quelques jours cet homme n'avait plus que le souvenir de ses douleurs.

Il y a là une analogie remarquable avec ce que nous observons dans l'iritis ; une fois la salivation mercurielle établie, les accidents commencent à s'amender, parfois même ils disparaissent complètement. Aussitôt le praticien diminue la dose de mercure ; quelques jours se passent, et quoique le malade ait continué à prendre une petite quantité de calomel, quoiqu'il ait toujours la bouche affectée, les symptômes caractéristiques de l'iritis reparaissent, et ils vont reprendre leur gravité première, si l'on ne modifie pas le traitement. Dans une telle conjoncture, un débutant se laisserait aller au découragement, et il perdrait toute sa confiance dans l'efficacité du mercure, parce que la récurrence a eu lieu malgré la persistance de la salivation. Le médecin expérimenté prendra un tout autre parti : il redoublera immédiatement la dose du calomel pour déterminer une mercurialisation plus complète, et l'iritis disparaîtra comme par enchantement. Ce mode d'administration du mercure, le seul efficace dans l'iritis, est parfois également indiqué dans la périostite, dans l'arthrite, la péritonite ou la pleurésie, et il est extrêmement important que vous soyez parfaitement renseignés à ce sujet.

En raison de la situation profonde du fémur, il est quelquefois difficile de constater le gonflement de son périoste : aussi cette variété de périostite est-elle l'objet de fréquentes méprises : on y voit une névralgie ou une sciatique, ou bien on la prend pour un abcès du corps de l'os, ou bien enfin on songe à un *morbus coxae*. Il est vrai qu'au bout de quelque temps, une tuméfaction bien appréciable vient redresser le diagnostic; mais le malade n'en a pas moins été épuisé par la douleur

et par l'insomnie. J'ai vu un de ces malheureux patients rester vingt nuits de suite sans goûter un instant de repos. Dans un des cas que j'ai observés, le sublimé corrosif a fait disparaître tous les accidents ; mais, chez les deux autres malades, le traitement mercuriel est resté absolument impuissant ; les narcotiques échouèrent également. Un séton au niveau de la région malade procura quelque soulagement.

Revenons à la périostite crânienne; elle prend quelquefois une forme chronique et attaque simultanément les deux tables de l'os de la manière la plus insidieuse. Voici un fait que j'ai observé il y a quelque temps :

Un jeune homme de bonne constitution et qui avait toujours eu une santé excellente, fut pris de violentes attaques d'épilepsie, qui se reproduisirent à intervalles très-rapprochés. Quelque temps auparavant, le malade s'était plaint de douleurs de tête, qu'il rapportait principalement au côté gauche du front. Pendant l'accès, les convulsions étaient plus marquées à droite qu'à gauche. Au bout de quelques mois, ce jeune homme dut renoncer à ses occupations habituelles. Les accès convulsifs, de plus en plus fréquents, avaient lieu maintenant trois fois par jour. Plusieurs médecins croyaient avoir constaté chez lui une saillie anormale du frontal et désiraient qu'on appliquât le trépan. Lorsqu'on regardait le malade en face, on n'apercevait aucune proéminence dans la région du front ; mais si on l'examinait de haut en bas, suivant la verticale de Blumenbach, on constatait un gonflement bien évident, comme si l'os avait été poussé en avant sur un point.

Ce jeune homme était malade depuis sept mois, lorsque je l'ai vu avec sir Philip Crampton et le docteur Colles. Nous avons repoussé d'un commun accord l'idée de la trépanation, parce que nous n'étions pas certains que le cerveau fût comprimé par une production osseuse, et parce qu'il existait sur le point suspect un peu de sensibilité à la pression ; nous craignons en outre qu'il n'y eût d'intimes adhérences entre le périoste interne et la dure-mère, aussi bien qu'entre celle-ci et le tissu cérébral. Dans ce cas, l'opération eût déterminé une inflammation générale de toutes ces parties. Nous avons conclu à l'existence d'une périostite interne avec altération de la dure-mère correspondante, et nous sommes convenus d'essayer le traitement mercuriel; nous avons dû nous borner aux frictions, parce que le mercure, pris à l'intérieur, déterminait chez ce malade des nausées et des vomissements. Au bout de huit ou dix jours, lorsque la bouche fut affectée, nous nous sommes réunis de nouveau en consultation. Il n'y avait, nous dit-on, aucune amélioration ; les accès étaient les mêmes qu'auparavant ; les

amis du eune homme (ils étaient aussi médecins) déclaraient que le mercure ne produisait aucun effet, et réclamaient à grands cris l'application du trépan; nous étions nous-mêmes fort désespérés. Cependant, en nous faisant renseigner sur les moindres détails, nous finîmes par apprendre que si les accès présentaient toujours la même violence, ils étaient un peu moins fréquents : cette frêle espérance suffit pour nous faire persévérer. Dès que la saturation mercurielle fut complète, les phénomènes s'amendèrent rapidement, et bientôt les convulsions disparurent avec les douleurs.

Lorsque la syphilis, la scrofule ou l'abus du mercure déterminent une périostite vertébrale, ce sont généralement les corps des vertèbres qui sont atteints. Cependant, si la vérole a été seule en cause comme influence étiologique, cette proposition perd de son exactitude; elle n'est absolument vraie que pour la scrofule ou l'hydrargyrose. Chez les individus dont la constitution a été ruinée par l'action combinée de la syphilis et de la mercurialisation, il n'est pas rare d'observer les symptômes du *collum obstipatum*. Si alors vous dirigez contre ces accidents le traitement ordinaire, l'affection ne tarde pas à être confirmée : c'est ce que j'ai vu chez un gentleman qui garda une roideur persistante du cou par suite de l'ignorance de son médecin. La périostite vertébrale peut se propager rapidement aux ligaments et aux tendons voisins, et produire ainsi une difformité. J'ai déjà vu plusieurs faits de ce genre, et si je vous les signale ici, c'est parce que vous ne les trouverez pas indiqués dans vos livres. Vous pourrez toujours arriver à un diagnostic exact en examinant attentivement la région vertébrale, et en étudiant les effets de la pression sur les apophyses. Une fois que vous saurez à quoi vous avez affaire, employez les sangsues, les vésicatoires répétés, la décoction composée de salsepareille (1) et l'iodure de potassium. Si ce traitement n'est passuivi du succès, donnez les mercuriaux et, à moins que l'affection ne soit déjà trop ancienne, vous la guérirez certainement.

(1) Décoction de salsepareille composée.

℞ Décoction de salsepareille bouillante. . . . .	4 pintes = 1900 grammes.
Sassafras coupé. . . . .	} aa 10 gros = 40
Bois de gaïac râpé. . . . .	
Réglisse contuse. . . . .	
Savon. . . . .	3 gros = 12

Faites bouillir pendant un quart d'heure et filtrez.

(Pharmacopée de Londres.)

(Note du TRAD.)

Les vertèbres du dos et celles des lombes peuvent être également atteintes de périostite, et, dans ce cas, on peut croire qu'il s'agit d'un mal de Pott, ou de la névralgie spinale de Teale; il est de fait que le diagnostic n'est pas toujours facile. Le périoste du sacrum et du coccyx s'enflamme aussi quelquefois, et cette phlegmasie est extrêmement douloureuse. Dans le cours de l'année dernière, j'ai été consulté deux fois par des femmes qui souffraient dans cette région; la douleur, constamment très-vive, présentait des exacerbations qui causaient à ces malheureuses d'abominables tortures; les souffrances atteignaient leur maximum lorsque les malades étaient assises: aussi avaient-elles fini par se confiner chez elles et par ne voir personne. Je ne crois pas qu'il s'agit chez elles d'une périostite, c'était bien plutôt une forme spéciale de névralgie hystérique. Les fomentations et les liniments stupéfiants, les antispasmodiques et les toniques à l'intérieur ont fini par triompher de cette singulière affection; elle n'a pas été, que je sache, signalée par les auteurs.

Lorsque la périostite occupe le sternum, on risque fort de la prendre pour une affection des viscères thoraciques. Il y a quelque temps, un jeune homme, pour lequel j'ai été consulté plus tard, était pris de douleurs violentes dans la poitrine; son père en fut vivement alarmé, et, craignant que ce ne fût là le signal d'une phthisie imminente, il emmena son fils à Londres pour le faire changer d'air, et pour consulter un médecin. Pendant le voyage, le malade prit froid, et le médecin lui prescrivit un traitement exclusivement dirigé contre l'affection pulmonaire. Lorsque ce jeune homme fut de retour à Dublin, il éprouvait toujours les mêmes douleurs, et je fus mandé auprès de lui. Il se recula vivement lorsque je plaçai mon stéthoscope sur le point douloureux, et après un examen attentif, je demeurai convaincu que l'affection était entièrement limitée au périoste. Il faut être prévenu toutefois que, dans certains cas, l'inflammation finit par atteindre les organes contenus dans la poitrine; le sternum est un os extrêmement poreux, et il se peut fort bien qu'une périostite de longue durée en détermine la perforation.

D'autres méprises peuvent être commises lorsque la périostite occupe les côtes: alors, en effet, on peut la prendre pour un rhumatisme des muscles intercostaux, et même pour une pleurésie. Cette périostite costale est une cause bien fréquente de douleurs et d'élançements dans la poitrine.

Il est une autre variété de périostite qui se propage des os du pied à