

l'aponévrose plantaire ; on l'observe surtout chez les laboureurs ; elle a chez eux pour cause prédisposante le labourage à la pelle. Voici quels sont les principaux caractères de cette affection, que je n'ai vue décrite par aucun auteur. Toutes les fois qu'il veut appuyer son pied par terre, à plat, le malade éprouve une douleur excessive dans la plante du pied ; cette douleur s'étend vers l'une des malléoles. Pour échapper à cette souffrance, le patient marche sur le talon ou sur le bord externe du pied, et il fléchit fortement les orteils pour relâcher l'aponévrose plantaire. Une pression sur le milieu de la plante du pied ou sur les chevilles augmente considérablement la douleur ; les malléoles ont généralement augmenté de volume, et les parties molles sont tuméfiées à leur niveau ; enfin le malade ressent des douleurs lancinantes spontanées dans l'articulation tibio-tarsienne. Cette affection n'est point rare, et il ne se passe pas d'hiver que nous n'en ayons quelques exemples à Meath Hospital ; nous la désignons familièrement entre nous sous le nom que je lui ai donné : *rhumatisme plantaire*.

De toutes les variétés de périostite, la plus douloureuse est sans contredit le panaris périostique ; mais l'étude de cette affection est du ressort de la chirurgie, et je me borne à la mentionner ici.

Au point de vue de sa modalité pathologique, la périostite présente deux formes distinctes, selon qu'elle est diffuse ou circonscrite. La première n'est pas de notre compétence ; elle ressortit au chirurgien ; néanmoins je vais vous rappeler en quelques mots quels en sont les principaux caractères. Comme son nom l'indique, elle occupe une portion plus ou moins étendue du périoste, elle se développe sous l'influence du froid ou de quelque autre cause accidentelle. Étrangère aux maladies générales et aux dispositions constitutionnelles, elle aboutit fréquemment à la nécrose.

La périostite circonscrite peut naître également sous l'influence du froid ; mais, dans la majorité des cas, il faut la rapporter à quelque cause spécifique, telle que le mercure, la vérole ou la scrofule. Beaucoup plus commune que la première forme, elle présente plusieurs variétés ; le périoste peut rester adhérent à l'os : alors, tandis que la membrane d'enveloppe s'enflamme et s'épaissit, le tissu osseux se vascularise et augmente de volume. Par suite de ce travail, qui se fait quelquefois avec une grande lenteur, l'adhérence du périoste devient plus solide, et le processus morbide aboutit à la formation de dépôts nouveaux. Dans certains cas, l'épaississement de la membrane fibreuse est très-considérable, et elle forme, au bout de quelque temps, une

tumeur circonscrite si dure et si résistante, qu'on la prend pour une tumeur osseuse. Pendant cette période, il y a de la douleur et de la sensibilité dans la région affectée, les téguments sont parfois tuméfiés et décolorés. Plus tard, les symptômes deviennent moins violents, le gonflement cesse de faire des progrès, la douleur et la sensibilité s'apaisent, mais elles ne disparaissent pas entièrement.

C'est alors que le périoste épaissi devient de plus en plus dense, et semble se transformer en un tissu fibro-cartilagineux. Une fois cette transformation opérée, il n'est pas certain que le tissu anomal puisse être repris par l'absorption ; cependant on a vu disparaître, dans l'espace de quelques mois, des tumeurs identiques par l'ensemble de leurs caractères avec celles dont nous parlons ici. D'ailleurs il existe bien d'autres états pathologiques dans lesquels nous voyons disparaître, soit du tissu cartilagineux, soit du tissu osseux, et ce travail d'absorption nous révèle l'influence d'une thérapeutique convenable, ou la toute-puissance de la nature abandonnée à elle-même.

Bien que l'analogie nous démontre la possibilité de l'absorption de ces tumeurs fibro-cartilagineuses, dans bien des cas ces productions morbides persistent, parfois même elles se changent en un véritable nodus osseux, et voici comment s'opère la transformation : l'ossification commence dans le périoste épaissi ; en outre, du tissu osseux est produit sous forme d'un nodus circonscrit, qui s'élève de la surface externe de l'os lui-même. Avec le temps, la lamelle extérieure de l'os ancien est absorbée, et le nodus de nouvelle formation prend une texture spongieuse ; des canalicules se mettent en communication avec ceux de l'os générateur, qui se trouve ainsi surmonté d'une espèce de dôme osseux. Nous ne savons pas au juste à quel moment s'accomplissent tous ces phénomènes ; vous trouverez d'utiles renseignements sur ce point dans le travail qu'a publié M. Howship, sur les pièces du musée de M. Heaviside. Sur quelques-unes de ces pièces, la lame extérieure de l'os n'est point complètement absorbée, et les canalicules de nouvelle formation ne sont pas encore visibles. Cette affection donne souvent lieu à une véritable difformité. Vous avez pu voir, dans notre service des chroniques, un homme dont le tibia n'avait plus rien de la configuration normale. Lorsque cette périostite récidive plusieurs fois, elle détermine la formation de saillies irrégulières à la surface de l'os ; les crêtes de ce dernier s'émousent, ses courbures naturelles disparaissent, de sorte qu'il devient impossible d'en saisir la forme primitive : ces ulcérations sont très-fréquentes sur les tibias des prostituées. Dans la

première période, le périoste a une densité uniforme ; mais lorsque le travail morbide est plus ancien, du tissu spongieux apparaît dans les couches profondes de la membrane fibreuse épaissie, et ce tissu est revêtu d'une couche de tissu compacte. Il est donc évident, messieurs, qu'il existe au début une ligne de démarcation parfaitement nette entre le tissu nouveau et l'os ancien ; mais, dans la première période, on ne trouve plus entre eux aucune limite appréciable ; la fusion des canalicules est devenue complète.

Dans une autre variété de périostite, le périoste se détache de l'os sous-jacent, et il y a encore lieu d'établir ici quelques distinctions. Parfois il se forme, à la surface de l'os, dans un espace de temps qui varie entre vingt-quatre heures et huit ou dix jours, une tumeur bien circonscrite, qui est douloureuse et sensible à la pression ; cette tumeur est dure, et, au premier moment, elle donne la sensation d'un corps parfaitement solide ; mais si on l'observe d'un peu plus près, on constate une certaine élasticité. En fait, cette apparente solidité est tout simplement le résultat de la distension du périoste par le liquide épanché. Pendant la deuxième période, la douleur et le gonflement diminuent, les liquides exsudés sont repris par l'absorption, l'union naturelle de l'os et du périoste se reconstitue. Le plus souvent, cette évolution exige un certain temps : mais, dans certains cas, elle s'accomplit avec beaucoup de promptitude. C'est à cette forme de périostite qu'appartiennent ces tumeurs à marche rapide que nous voyons se développer, soit sur le cuir chevelu, soit sur d'autres points du corps ; elles cèdent très-rapidement sous l'influence des sangsues et des vésicatoires, et après une durée éphémère, elles disparaissent sans laisser aucune trace. Ce qui caractérise ces tumeurs, c'est l'absence de nécrose superficielle à la surface de l'os : aussi le travail de réparation est très-court, et dès que le liquide épanché est absorbé, rien n'empêche le recollement du périoste.

La variété que je viens de vous décrire ne s'accompagne pas nécessairement de l'ulcération des parties molles ; mais il est une autre forme également caractérisée par un épanchement liquide, dans laquelle il se fait une vascularisation anormale de l'os. La matière de l'épanchement finit par s'échapper à travers une ulcération des téguments, et la nature opère la guérison au moyen de granulations qui naissent de la surface vascularisée du tissu osseux ; ces granulations s'unissent à celles du périoste et des téguments, et la perte de substance se trouve ainsi réparée.

Dans une dernière forme de périostite, un épanchement liquide se fait au-dessous du périoste ; mais l'os ne se vascularise pas dans ses couches périphériques ; au contraire, la lame superficielle blanchit et meurt : ainsi se forme une lamelle mince et transparente, irrégulière et crébriforme, qui est éliminée un peu plus tard et se fraye une voie à travers les parties molles. Une fois cette exfoliation faite, les couches osseuses vascularisées produisent des granulations, et la réparation s'achève comme dans le cas précédent. Dans certains cas, la lame nécrosée n'est pas immédiatement éliminée, et elle subit des modifications très-singulières. Elle se perforé et se crible de trous, comme si elle était rongée par des vers ; alors les granulations de l'os sous-jacent font saillie par ces orifices, et les choses restent en cet état jusqu'à ce que le séquestre soit complètement expulsé.

Telles sont, messieurs, les principales formes de périostite. Je n'ai pas fait rentrer dans cette étude les altérations qu'on observe dans la scrofule : ici, en effet, les os sont affectés en même temps que le périoste, et il est permis de se demander jusqu'à quel point cette affection mérite la dénomination de périostite. Chez les individus cachectiques, le périoste est quelquefois atteint par un travail ulcératif qui a débuté par l'enveloppe cutanée : c'est ce que l'on observe, par exemple, dans le rupia, dans l'ecthyma, ou à la suite de certains furoncles ; mais je ne m'occupe pas pour le moment des faits de ce genre. Lorsque l'ulcération des téguments est secondaire, son étendue est toujours proportionnelle à la lésion des tissus profonds, et dans la première variété que j'ai décrite, la peau est presque toujours intacte. Dans les autres formes, il est très-avantageux de faire dès le début une incision qui pénètre jusqu'à l'os ; cette pratique, qui a été recommandée par sir Philip Crampton, calme les accidents inflammatoires ; elle limite par cela même l'étendue de la nécrose et restreint les dimensions de l'ulcération cutanée.

Si nous arrivons à l'étude des causes de la périostite, nous trouverons qu'elle se développe le plus souvent sous l'influence de certains poisons spécifiques (*specific poisons*), tels que la scrofule, le mercure ou la syphilis. Les salles de chirurgie vous offrent de fréquentes occasions de vous familiariser avec la périostite scrofuleuse ; les manifestations symptomatiques en sont généralement un peu atténuées ; la douleur et la sensibilité sont moins vives ; le gonflement est moins considérable ; enfin, on l'observe le plus ordinairement sur de jeunes sujets, chez lesquels nous ne pouvons accuser ni la vérole ni le mercure. Je sais bien que ces influences étiologiques viennent parfois

s'unir à la scrofule, même chez des individus peu avancés en âge; mais ces cas sont exceptionnels. Lorsque les malades sont plus âgés, ce n'est pas toujours chose facile que de faire la part exacte de la vérole et du mercure. Vous n'avez alors qu'une seule ressource : il faut vous renseigner exactement sur les antécédents. Si votre malade a pris du mercure pour se guérir d'accidents primitifs ou d'accidents secondaires; si, à la suite de ce traitement, il a été bien et dûment guéri; si, quinze jours ou un mois plus tard, il s'est exposé à l'action du froid; si le périoste est affecté sur plusieurs points identiques de chaque côté de la ligne médiane, vous pouvez conclure à une périostite mercurielle. J'ai été consulté la semaine dernière par un jeune homme qui portait plusieurs tumeurs périostiques. Je lui dis aussitôt : « Vous avez pris du mercure pendant les six semaines qui viennent de s'écouler. » Il l'avoua. « Vous êtes sorti pendant que vous étiez en traitement et vous avez pris froid. » Il en tomba d'accord; et je lui déroulai ainsi toute son histoire avec une parfaite exactitude; mon malade me regardait avec la même stupéfaction que s'il m'avait vu cent têtes. Dans les cas de ce genre, la périostite reconnaît pour cause l'action du froid sur un individu mercurialisé.

Mais je dois vous prévenir que dans certaines circonstances les difficultés du diagnostic sont plus grandes encore : la vérole et le mercure peuvent être simultanément en cause. C'est ce qui arrive souvent chez les individus déjà avancés en âge : ils ont éprouvé à plusieurs reprises des accidents syphilitiques, et ils ont subi un plus ou moins grand nombre de traitements mercuriels. La réunion de ces deux influences donne lieu à un état morbide des plus graves. Tel que le nautonier qui a également à redouter Charybde et Scylla, le médecin se trouve entre deux écueils : le mercure a amené une cachexie constitutionnelle, la syphilis a déterminé des affections locales. Peut-être même le problème est-il encore plus complexe, car toutes les influences qui détériorent la constitution favorisent le développement de la scrofule.

Prenez un individu atteint de syphilis, enfermez-le dans une chambre (comme l'exige le traitement mercuriel), soumettez-le à un régime peu substantiel : quels seront les résultats ? A la vérole et à la cachexie mercurielle vous verrez s'adjoindre la scrofule, hideuse trinité contre laquelle, je me hâte de le dire, nous avons beaucoup moins souvent à lutter aujourd'hui. Mais, il y a quelques années à peine, tous les syphilitiques étaient mercurialisés sans pitié ni merci, et souvent, hélas ! c'était la mort qui venait mettre un terme au traitement.

Dans notre propre ville, à Lock Hospital, on jugeait des progrès de la guérison d'après le nombre des pintes de salive qui étaient rendues par le malade. On observe à Leyden les têtes de plusieurs individus qui ont vécu pendant le dernier siècle; la raréfaction du tissu osseux y est vraiment extraordinaire : un phrénologiste serait singulièrement dérouté en face des ravages qu'ont subis les crânes de nos ancêtres. Un écrivain de l'antiquité, Hérodote ou Xénophon, je crois, rapporte que sur le champ de bataille on reconnaissait les têtes des Égyptiens à leur dureté. Je pense que les crânes du siècle dernier pourraient être aisément distingués à leur mollesse. Grâce au ciel, il n'en est plus ainsi aujourd'hui : depuis le commencement du siècle, la longévité est plus considérable, et dans plusieurs contrées la transformation qui s'est opérée dans le traitement de la syphilis aura pour résultat un accroissement notable de la population. Il y a là un progrès immense, et nous en sommes principalement redevables aux chirurgiens et aux médecins de la Grande-Bretagne.

Je me suis déjà occupé de ce sujet dans nos leçons sur la syphilis; mais je ne puis m'empêcher de vous rappeler ici combien nous devons de reconnaissance à sir Thomas Moriarty, à M. Mathias, à M. Carmichaël, ainsi qu'aux autres chirurgiens qui, les premiers, ont fait connaître les épouvantables effets de l'abus du mercure. Le docteur Thompson (d'Édimbourg) a aussi beaucoup contribué à nous éclairer sur cette question; mais je dois avant tout signaler les travaux remarquables de notre compatriote, M. Carmichaël. Lorsqu'il fit connaître ses opinions sur le traitement de la syphilis, la plupart des chirurgiens les regardèrent comme purement théoriques, et ils n'hésitèrent pas à décrier outrageusement la pratique de leur confrère. Certes, je ne veux pas dire qu'il faille accepter sans contrôle toutes les assertions de M. Carmichaël; mais on ne saurait nier qu'il ne nous ait rendu un important service, puisque c'est lui qui nous a prouvé que, dans la plupart des cas, la syphilis peut être guérie sans mercure.

La connaissance de ce fait, l'emploi plus judicieux du mercure, la pratique de la vaccine, l'amélioration notable des conditions hygiéniques, les progrès de la thérapeutique médicale et chirurgicale, telles sont les causes de la longévité qui a distingué le commencement de ce siècle. La durée moyenne de la vie de l'homme avait presque doublé, et nous pouvions espérer qu'en 1900 elle serait quatre fois plus considérable; à Londres, la mortalité s'était abaissée à la proportion de 15 pour 100, et les bénéfices des compagnies d'assurances s'étaient

notablement accrus; le docteur Hawkin pouvait à bon droit se féliciter, dans son livre (1829), de l'avenir plus heureux qui s'ouvrait devant nous; nous étions tous disposés à accepter ses prédictions favorables, lorsque malheureusement le choléra survint, qui renversa toutes nos espérances.

Revenons à la périostite. Il n'est plus nécessaire aujourd'hui de prouver que le mercure peut déterminer à lui seul des affections des os; néanmoins je vous rappellerai l'histoire de William Byrne: il avait subi dans notre service un traitement mercuriel pour une affection du foie; quinze jours après sa sortie, il nous est revenu avec une périostite. Il y a quelque temps, le docteur Lendrick a donné des soins à un malade empoisonné par le sublimé corrosif; il a réussi à lui sauver la vie au moyen de la pompe stomacale et de l'albumine; mais cet homme a été pris d'une périostite grave.

J'arrive enfin au traitement de cette affection. Les sangsues, les vésicatoires pansés avec l'onguent napolitain donnent d'excellents résultats, surtout lorsque l'inflammation est récente et bien circonscrite; les frictions mercurielles sur la partie malade sont également très-utiles. Lorsque les vésicatoires ne produisent pas beaucoup d'effet, essayez de la pommade stibiée; et dans les cas rebelles, ayez recours à l'incision proposée par sir Philip Crampton. Lorsque la tumeur périostique s'abcède, si le fond de l'ulcération se couvre de granulations pâles et de mauvaise nature, si un fragment d'os doit être complètement détaché, cautérisez avec un crayon de nitrate d'argent, non pas toute l'étendue du trajet fistuleux, mais une portion de sa surface, et vous verrez survenir une amélioration rapide. Ce moyen de traitement a été introduit dans la pratique médicale par M. Nichol, et je vous recommande la lecture du mémoire qu'il a publié à ce sujet dans l'*Edinburgh medical and surgical Journal*.

Lorsque le malade est robuste, lorsqu'aucune raison spéciale ne contre-indique l'emploi du mercure, le sublimé corrosif donne des résultats non moins rapides que certains, surtout lorsque vous avez eu soin de pratiquer au préalable quelques émissions sanguines générales et locales. Ce traitement est encore le meilleur, alors même que vous avez affaire à une périostite mercurielle ou syphilitique, à la condition toutefois que votre malade soit d'une bonne constitution, et que ses forces soient intactes. Cette thérapeutique est tout particulièrement indiquée dans la périostite crânienne, et dans celle du corps du fémur. Dans ces deux cas, la mercurialisation, pour être efficace, doit

être poussée jusqu'à une salivation abondante, et il faut continuer le traitement pendant trois ou quatre jours après que la bouche est prise. Dans quelques cas, il est vrai, on voit les accidents disparaître avant le début de la salivation; mais ce sont là des exceptions sur lesquelles vous ne devez point compter. Lorsque les symptômes ne sont pas très-violents, il suffit de donner les pilules de Plummer, ou les pilules bleues à doses altérantes.

Chez les personnes délicates qui ont été très-épuisées par la maladie, on réussit encore quelquefois avec le sublimé; dans d'autres circonstances, le sirop végétal de Velno donne de très-bons résultats; il agit doucement et graduellement pour ainsi dire, sur la constitution, et bien des malades, à ma connaissance, lui ont dû le retour à la santé. N'oubliez jamais, messieurs, que le traitement mercuriel chez les malades des hôpitaux expose à de graves inconvénients: lorsqu'en effet ces malheureux rentrent chez eux, ils sont presque constamment exposés à la fatigue et au froid: de là des récidives, et bientôt leur situation est beaucoup plus grave qu'auparavant. Après les mercuriaux, le colchique, le tartre stibié, et surtout l'iodure de potassium, sont les remèdes les plus efficaces. Commencez votre traitement par les émissions sanguines générales et locales; puis donnez le colchique avec la magnésie et quelque narcotique, comme la liqueur sédative de Battley ou les gouttes noires (1), et vous obtiendrez des résultats très-remarquables. Pour ce qui est de l'iodure de potassium, je suis convaincu qu'il a plus d'efficacité dans la périostite que dans toute autre affection. Remarquez en outre que ce médicament est également utile dans toutes les formes de la maladie, qu'elle soit spontanée, syphilitique, mercurielle ou rhumatismale. Enfin, vous avez la ressource des diverses préparations antimoniales, et entre autres du vin stibié et de la poudre de James (2). Vous ne devez pas associer le colchique aux antimoniaux,

(1) La liqueur sédative de Battley est un soluté d'opium dans le vinaigre; mais, comme on ne peut la conserver sans y ajouter un peu d'alcool, ce qui détruit une partie de ses propriétés sédatives, cette préparation revient à la *teinture acétique d'opium*. (Dorvault, *l'Officine*.)

Pour les gouttes noires, voyez, tome I, la note de la page 160.

(2) Le vin émétique de la *Pharmacopée de Londres* est ainsi composé:

℞ Tartrate d'antimoine et de potasse. 2 scrupules = 2gr,60

Vin de Xérès. 1 pinte = 475

Dissolvez.

Pour la composition de la poudre de James, voyez, tome I, la note de la page 183.

(Notes du Trad.)

en raison de la susceptibilité de l'estomac, mais vous pouvez les unir tous deux aux narcotiques. D'ailleurs, ces derniers doivent être donnés pendant toute la durée du traitement, car ils ont l'immense avantage de calmer les douleurs.

Lorsque la périostite devient chronique, prescrivez la salsepareille avec l'acide nitrique; nous ne connaissons pas le mode d'action de cet acide, mais il est évident qu'il assure les bons effets de la salsepareille. En résumé, messieurs, vous avez à votre disposition quatre méthodes de traitement : le traitement par le mercure : toutes les fois qu'il est applicable, c'est le plus efficace et le plus rapide; — le traitement antiphlogistique par les saignées, les sangsues, le colchique, les antimoniaux et les narcotiques; — le traitement par l'iodure de potassium : il sera toujours préférable d'associer ce médicament à la salsepareille; — quatrième, enfin, le traitement par la salsepareille, l'acide nitrique, les narcotiques et le changement d'air : c'est ce dernier qui convient lorsque la périostite est devenue chronique.

Avant de terminer notre conférence, je dois vous dire quelques mots d'une affection fort analogue à la périostite, et qui détermine l'ébranlement des dents : je veux parler de l'inflammation des alvéoles et du collet des gencives. Dans certains cas, cette affection débute par la dent elle-même ou par les gencives; mais l'inflammation commence aussi par le périoste alvéolaire; de là elle atteint les gencives, elle les rend turgides et spongieuses, et produit de vives douleurs; puis les dents perdent peu à peu leurs rapports naturels, soit avec les alvéoles, soit avec les gencives, et elles finissent par tomber, quoiqu'elles ne portent en elles aucune cause de mort.

A une certaine période, le travail morbide donne lieu à un écoulement qui se fait entre les gencives et le périoste enflammé. En présence de ces accidents, beaucoup de médecins se bornent à un traitement purement local; souvent même, je dois le dire, ils obtiennent la guérison par des applications répétées de sangsues sur les gencives; dans les cas très-rebelles, ils n'hésitent pas à inciser le tissu gingival et le périoste. L'année dernière, un de mes malades fut traité de la sorte, et quoiqu'il reçut les soins d'un chirurgien très-habile et d'un dentiste non moins distingué, il perdit successivement une bicuspidee et une molaire de la mâchoire supérieure gauche. L'extraction de ces dents apaisa momentanément ses douleurs, mais au bout de peu de jours elles reparurent aussi violentes que par le passé. Voyant alors que toutes

les dents incisives étaient ébranlées, apprenant qu'elles ne tarderaient pas à tomber, ce malade eut recours, dans un accès de désespoir, à un célèbre homœopathe, dont l'habileté et les doses infinitésimales furent absolument impuissantes. Alors enfin mon client me revint, et me raconta toutes ses infortunes; je me rappelai, aussitôt, que je l'avais guéri l'année précédente d'une périostite du sternum et des côtes, et que j'avais dû ce succès à l'iodure de potassium. Je lui en fis donc prendre 30 grains (1^{re}, 80) par jour, et j'eus la satisfaction d'obtenir une amélioration rapide; la douleur et les accidents inflammatoires disparurent, et dans l'espace de dix jours les dents s'étaient complètement raffermies dans les alvéoles. Ce malade était âgé de trente-quatre ans, et il avait une excellente constitution; sa périostite était de nature rhumatismale.